



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación

Cambios en la inteligencia emocional asociados a una intervención basada en la Terapia de Interacción entre Padres e Hijos en familias con niños y niñas diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciatura en

Psicología Educativa

Presentan

Virginia Hernández Medina
Laura Mónica Juárez Girón

Querétaro, Qro. Marzo, 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Cambios en la inteligencia emocional asociados a una intervención basada en la Terapia de Interacción entre Padres e Hijos en familias con niños y niñas diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

por

Laura Mónica Juárez Girón
Virginia Hernández Medina

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: PSLIN-289997



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación
Licenciatura en Psicología Educativa

**CAMBIOS EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL ASOCIADOS A UNA
INTERVENCIÓN BASADA EN LA TERAPIA DE INTERACCIÓN ENTRE
PADRES E HIJOS EN FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciatura en Psicología Educativa

Presentan:

Virginia Hernández Medina
Laura Mónica Juárez Girón

Dirigido por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

SINODALES

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela
Presidente

Dra. Fabiola Martínez García,
Sinodal

Dr. José Jaime Paulín Larracochea
Sinodal

Dr. Guillermo Hernández González
Sinodal

Dr. Agustín Jaime Negrete Cortés
Sinodal

Dra. Candi Uribe Pineda
Director de la Facultad de Psicología y Educación

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Marzo 2024

Resumen:

Introducción. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más común. Las niñas/os con este diagnóstico pueden mostrar dificultades para autorregularse, esta falta de regulación también puede observarse en la Inteligencia Emocional (IE). En la edad preescolar, los tratamientos con mejores resultados son los Entrenamientos Parentales de Manejo Conductual (EPMC). La Terapia de Interacción Padres-Hijo (TIPH) es un EPMC con alta eficacia en niñas/os con problemas de conducta, sin embargo, son pocos los estudios que han presentado evidencia de su eficacia en el TDAH y menos aún los que han explorado los cambios en IE asociados a esta intervención. Objetivo. Conocer los cambios en la IE de niñas/os con TDAH, asociados a una intervención basada en la TIPH. Método. Se realizó un estudio mixto, de alcance correlacional, de diseño pre-experimental y muestra no probabilística. Resultados. Se incluyeron a 4 familias de niños/as con TDAH (1 niña). Dos familias concluyeron las 2 fases del EPMC y dos concluyeron solo 1 fase. Se identificó una tendencia a la mejora en la IE. Todas las subescalas de la prueba utilizada incrementaron su puntaje con excepción de una: IE total (antes \bar{X} =81.5, después \bar{X} =89.7) Estado de ánimo (antes \bar{X} =104.5, después \bar{X} =111.2), Intrapersonal (antes \bar{X} =110.7, después \bar{X} =107.7), Interpersonal (antes \bar{X} =87.5, después \bar{X} =91.2), Manejo de Estrés (antes \bar{X} =74.7, después \bar{X} =83.5) y Adaptabilidad (antes \bar{X} =70.7, después \bar{X} =87.5). Disminuyeron las conductas disruptivas y aumentaron las habilidades parentales. Conclusión: La TIPH es una EPMC efectiva en la disminución de las conductas disruptivas y el aumento de las habilidades parentales, y parece prometedora en la promoción de la IE en niñas/os con TDAH.

Palabras clave:

TDAH, Inteligencia Emocional, Terapia de Interacción entre Padres e Hijos.

Abstract:

Introduction. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder. Children with this diagnosis may show difficulties in self-regulation; this lack of regulation can also be observed in Emotional Intelligence (EI). In preschool age, the treatments with the best results are Parental Behavior Management Training (PBMT). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a PBMT with high efficacy in children with behavioral problems; however, few studies have presented evidence of its effectiveness in ADHD and even fewer have explored the changes in EI associated with this intervention. Aim. To know the changes in the EI of children with ADHD, associated with an intervention based on PCIT. Method. A mixed study was carried out, with a correlational, pre-experimental design and a non-probabilistic sample. Results. Four families of children with ADHD (1 girl) were

included. Two families completed both phases of the PBMT and two completed only 1 phase. A trend towards improvement in EI was identified. All subscales of the test used increased their scores with the exception of one: total EI (before \bar{X} =81.5, after \bar{X} =89.7) Mood (before \bar{X} =104.5, after after \bar{X} =107.7), Interpersonal (before \bar{X} =87.5, after \bar{X} =91.2), Stress Management (before \bar{X} =74.7, after \bar{X} =83.5) and Adaptability (before \bar{X} =70.7, after \bar{X} =87.5). Disruptive behaviors decreased and parenting skills increased. Conclusion: TIPH is an effective PBMT in reducing disruptive behaviors and increasing parenting skills, and seems promising in promoting EI in children with ADHD.

Agradecimientos:

Laura

Gracias a mi familia; a mi madre, Herminia; a mi padre, Mónico, por estar presentes y brindarme su apoyo incondicional no solo a lo largo de este proceso académico, sino desde que esa niña de 8 años expresó su sueño por ser Psicóloga, los amo. Gracias por celebrar cada pequeño paso acumulado en este camino de formación académica y profesional, y por sostenerme en cada momento difícil. Agradezco a mi abuela, Juventina y a mi abuelo, Mónico, que no pudieron ver este logro, pero sé que me abrazaron todo este tiempo, y su energía y apoyo me acompañó en cada paso que he dado. Agradezco a los amigos y amigas que estuvieron para animarme en todo momento, así como a cada profesor y profesora con los que me encontré a lo largo de mi trayecto académico. Expreso mi gratitud a mi colega y amiga Virginia Medina, por acompañarme en este viaje, donde no solo se convirtió en mi equipo de trabajo, sino en parte de mi familia, quien a pesar de los días difíciles y cansados, no me ha dejado sola, te admiro y quiero. A la Dra. Cintli Carbajal, quién es para mí una fuente de inspiración y me ha brindado su acompañamiento durante estos años, compartiendo su experiencia y sus conocimientos. A mis compañeros Karla, Victor y Naye, de quienes he recibido todo el apoyo para lograr llegar a esta meta, por su escucha y asesoramiento. A todo el equipo que forma parte de este trabajo y del programa Intervención Psicológica Basada en la PCIT, por ser un espacio que me recibió con las puertas siempre abiertas, por la gran importancia y aportación que ha tenido en mi formación como psicóloga educativa. Agradezco a las familias que formaron parte de esta investigación y que me permitieron ser parte de un proceso tan importante para ellas, que confiaron en mí y que me dejaron enseñanzas innumerables. A mí, por no desistir de mis sueños, por seguir a pesar del cansancio y de las dificultades, por lo mucho que disfruté este proceso, por todo el amor y compromiso que he dejado en este trabajo, y por lo orgullosa que me siento de formar parte de esta disciplina.

Virginia

Es un honor poder expresar mi gratitud a todas las personas que hicieron posible cumplir este sueño de estudiar la licenciatura en psicología educativa y poder realizar esta tesis colectiva.

En primera instancia agradezco a la mujer que más admiro en la vida, a mi madre Ana María, que es la mujer que siempre me ha inspirado a seguir y luchar por mis sueños sobre todas las cosas, agradezco que ella me diera la oportunidad de estudiar una carrera profesional y su apoyo incondicional en todo momento, pero sobre todo su amor y cariño en los momentos más difíciles de la universidad y por motivarme a seguir adelante por más difícil que fueran los obstáculos.

Agradezco a mi familia, mis hermanos, mis abuelos, mi pareja por ser esa fuerza y por motivarme a seguir preparándome profesionalmente. Agradezco a mi compañera, amiga y colega Laura Mónica, por ser un ejemplo admirable en la universidad, por ser mi compañera de tesis y apoyarme en todo momento, agradezco que los 4 años de universidad fue una gran compañera y juntas compartimos demasiados momentos agradables, que serán un lindo recuerdo para la posteridad, así mismo me siento muy orgullosa de la gran psicóloga educativa que es el día de hoy. Agradezco a mi profesora y asesora de tesis la Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela por ser una mujer ejemplar que inspira a sus estudiantes a prepararse y seguir creciendo profesionalmente, agradezco su apoyo a lo largo de la carrera universitaria y por enseñarme el gusto por la investigación científica. Agradezco a todos mis amigos y al equipo PCIT por acompañarme en esta trayectoria, por todo su apoyo y conocimiento que me brindaron, sin ellos esta tesis no hubiese sido posible, son personas maravillosas que se convirtieron en parte importante de mi vida, gracias equipo PCIT. Finalmente agradezco a las familias participantes por la confianza y por permitirme realizar esta investigación con la finalidad de aportar un poco al campo de la ciencia en los trastornos del neurodesarrollo y la Inteligencia Emocional y poder seguir fomentando la investigación en este campo.

índice:

Resumen.....	3
Agradecimientos.....	5
Introducción.....	11
1. Marco teórico.....	12
1.1. Concepto de emoción.....	12
1.2 Inteligencia emocional (IE).....	14
1.3 Modelo de Inteligencia emocional de Bar- On.....	18
1.4 TDAH.....	22
1.5. TIPH: Terapia de interacción entre padres e hijos.....	34
2. Antecedentes.....	40
3. Planteamiento del problema.....	42
4. Justificación.....	43
5. Preguntas de investigación.....	44
6.Hipótesis de investigación.....	44
7. Objetivos de investigación.....	45
8. Metodo.....	45
8.1. Criterios de inclusión.....	45
8.2. Criterios de exclusión.....	45
8.3. Criterios de eliminación.....	46
9.Instrumentos.....	46
9.1. Entrevista anamnésica, semiestructurada.....	46
9.2. Escalas de Conners.....	46
9.3. BarOn EQ- i:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes (7-18 años).....	46
9.4. Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés para, Eyberg Child Behavior Inventory).....	48
9.5. Inventario de Conducta para Maestros de Surtter- Eyberg Revisado (ICMSE-R o SESBI- R por sus siglas en inglés, Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory- Revised).....	48
9.6 Hoja de progreso TIPH.....	48
9.7. Hoja de tarea IDN.....	50
9.8. Hoja de codificación IDP.....	50
9.9. Hoja de tarea IDP.....	51
10. Procedimiento.....	51
11. Resultados.....	53
11.1. Descripción de los participantes.....	53
11.2. Resultados cuantitativos.....	53
11.3 Resultados por caso.....	65
12. Discusión.....	109
13. Limitaciones de estudio.....	113
14. Discusión.....	113
15. Bibliografía.....	113

16. Anexos.....	123
16.1. Anexo 2: Escala de Conners para padres.....	123
16.2. Anexo 4: BarOn EQ- i:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes.....	126
16.3. Anexo 5: Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés, The Eyberg Child Behavior Inventory).....	129
16.4. Anexo 6: Inventario de Conducta para Maestros de Sutter- Eyberg Revisado (ICMSE-R o SESBI- R por sus siglas en inglés, Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory-Revised).....	131
16.5 Anexo 7: Hoja de progreso TIPH.....	132
16.6. Anexo 8: Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres- Hijos - III (SCIDPH o DPICS- III por sus siglas en inglés, Dyadic Parent- Child Interaction Coding System - III).....	133
16.7. Anexo 10: Hoja de codificación IDP.....	137
16.8. Anexo 11: Hoja de tarea IDP.....	138
16.9. Anexo 12 : Entrevista anamnéstica, semiestructurada.....	139

índice de tablas, figuras y anexos:

Tabla de contenido

TABLAS

Tabla 1: Enfoqué Sistémico del modelo de Bar0n.....	30
Tabla 2: Enfoqué Topográfico de los 15 factores de la IE.....	31
Tabla 3: Tabla Guía de interpretación de las puntuaciones transformadas CI.....	47
Tabla 4: Habilidades EPIDE (Frecuencia para lograr la maestría)	49
Tabla 5: Habilidades a evitar y maestría a lograr.....	50
Tabla 6: Características de la codificación de IDP.....	51
Tabla 7: Características generales de los participantes.....	54
Tabla 8: Resultados de la prueba de Inteligencia Emocional de Bar0n (IE).....	55
Tabla 9: Evaluación de las habilidades por hacer, previa y posterior a la intervención con la TIPH.....	58
Tabla 10: Evaluación de las conductas por evitar, previa y posterior a la intervención con la TIPH.....	60
Tabla 11: Resultados individuales de la IE en el caso 0HMJ01.....	65
Tabla 12: Resultados de la prueba conners para padres en el caso 0HMJ01.....	73
Tabla 13: Resultados individuales de la IE en el caso AGD04.....	77
Tabla 14: Resultados de la prueba conners para padres en el caso AGD04.....	84
Tabla 15: Resultados individuales de la IE en el caso SGCG05.....	86
Tabla 16: Resultados de la prueba conners para padres en el caso SGCG05.....	94
Tabla 17: Resultados individuales de la IE en el caso UJTC06.....	99
Tabla 18: Resultados de la prueba conners para padres en el caso UJTC06.....	106

FIGURAS

Figura 1: Enfoque de los componentes de la IE.....	30
Figura 2: Enfoque Topográfico de los 15 factores de la IE.....	31
Figura 3: Evaluación de la IE, previa y posterior a la intervención con la TIPH.....	55
Figura 4: Evaluación de la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas antes y después de la intervención con la TIPH.....	56
Figura 5: Evaluación de la percepción del número de conductas problemáticas antes y después de la intervención con la TIPH.....	56
Figura 6: IDP: Evaluación de las habilidades parentales entrenadas previa y posterior a la intervención con la TIPH.....	59
Figura 7: Evaluación de las conductas por evitar, previa y posterior a la intervención con la TIPH.....	60
Figura 8: IDP: Porcentaje de instrucciones efectivas.....	61
Figura 9: Evaluación de la escala de conners para padres antes y después de la intervención con TIPH.....	57
Figura 10: Evaluación de la escala conners para profesores antes y después de la intervención con la TIPH.....	64

Figura 11: Registro del inventario de conductas para maestros de Sheyla Eyberg-Revisado antes y despues de la intervención con la TIPH.....	64
Figura 12: Evaluación de IE para el caso 1: OHMJ01.....	67
Figura 13: ICIE: Reporte materno de la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas para el caso 1: OHMJ01.....	67
Figura 14: ICIE: Reporte materno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 1: OHMJ01.....	68
Figura 15: ICIE: Reporte paterno de la percepción de la frecuencia del número de conductas problemáticas para el caso 1: OHMJ01.....	69
Figura 16: ICIE: Reporte paterno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 1: OHMJ01.....	70
Figura 17: Evaluación de las habilidades parentales por hacer para caso 1: OHMJ01.....	71
Figura 18: Evaluación de las conductas parentales por evitar para el caso 1: OHMJ01.....	72
Figura 19: Evaluación de la escala conners para padres para el caso 1: OHMJ01.....	73
Figura 20: Resultados de la escala conners para profesores para el caso 1: OHMJ01.....	75
Figura 21: Resultados de la evaluación del ICMSE para el caso 1: OHMJ01.....	75
Figura 22: Evaluación de IE para el caso 2: AGD04.....	78
Figura 23: ICIE: Reporte materno de la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas para el caso 2: AGD04.....	79
Figura 24: ICIE: Reporte materno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 2: AGD04.....	79
Figura 25: ICIE: Reporte paterno de la percepción de la frecuencia del número de conductas problemáticas para el caso 2: AGD04.....	80
Figura 26: ICIE: Reporte paterno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 2: AGD04.....	80
Figura 27: Evaluación de las habilidades parentales por hacer para caso 2: AGD04.....	82
Figura 28: Evaluación de las conductas parentales por evitar para el caso 2: AGD04.....	83
Figura 29: Evaluación IDP para el caso 2: AGD04.....	83
Figura 30: Evaluación de la escala conners para padres para el caso 2: AGD04.....	85
Figura 31: Resultados de la escala conners para profesores para el caso 2: AGD04.....	86
Figura 32: Resultados de la evaluación del ICMSE para el caso 2: AGD04.....	87
Figura 33: Evaluación de IE para el caso 3: SGCG05.....	89
Figura 34: ICIE: Reporte materno de la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas para el caso 3: SGCG05.....	90
Figura 35: ICIE: Reporte materno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 3: SGCG05.....	91
Figura 36: Evaluación de las habilidades parentales por hacer para caso 3: SGCG05.....	92
Figura 37: Evaluación de las conductas parentales por evitar para el caso 3: SGCG05.....	93
Figura 38: Evaluación de la escala conners para padres para el caso 3: SGCG05.....	94
Figura 39: Resultados de la escala conners para profesores para el caso 3: SGCG05.....	95
Figura 40: Resultados de la evaluación del ICMSE para el caso 3: SGCG05.....	96
Figura 41: Evaluación de IE para el caso 4: UJTC06.....	99
Figura 42: ICIE: Reporte materno de la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas para el caso 4: UJTC06.....	100
Figura 43: ICIE: Reporte materno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 4: UJTC06.....	100
Figura 44: ICIE: Reporte paterno de la percepción de la frecuencia del número de conductas problemáticas para el caso 4: UJTC06.....	101

Figura 45: ICIE: Reporte paterno de la percepción del número de conductas problemáticas para el caso 4: UJTC06.....	102
Figura 46: Evaluación de las habilidades parentales por hacer para caso 4: UJTC06.....	103
Figura 47: Evaluación de las conductas parentales por evitar para el caso 4: UJTC06.....	104
Figura 48: Evaluación IDP para el caso 4: UJTC06.....	105
Figura 49: Evaluación de la escala conners para padres para el caso 4: UJTC06.....	106
Figura 50: Resultados de la escala conners para profesores para el caso 4: UJTC06.....	107
Figura 51: Resultados de la evaluación del ICMSE para el caso 4: UJTC06.....	108

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Conners para padres.....	108
Anexo 2: BarOn EQ- i:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes.....	111
Anexo 3: Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés, The Eyberg Child Behavior Inventory).....	114
Anexo 4: Inventario de Conducta para Maestros de Sutter- Eyberg Revisado (ICMSE-R o SESBI- R por sus siglas en inglés, Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory- Revised):	116
Anexo 5: Hoja de progreso TIPH.....	117
Anexo 6: Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres- Hijos - III (SCIDPH o DPICS- III por sus siglas en inglés, Dyadic Parent- Child Interaction Coding System - III).....	118
Anexo 7: Hoja de codificación IDP.....	122
Anexo 8: Hoja de tarea IDP.....	123
Anexo 9 : Entrevista anamnésica, semiestructurada.....	124

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, características que impactan en quién ha sido diagnosticado con este trastorno, presentando dificultades en los ámbitos social, familiar, emocional y escolar. De acuerdo a datos del DSM-V (2014), dicho trastorno tiene una prevalencia de entre 2.0% y 5.7% en niños en edad preescolar. Aunado a las características de este trastorno, esta población puede presentar dificultades en la inteligencia emocional, específicamente en la regulación emocional, tolerancia a la frustración, empatía, y reconocimiento de las emociones tanto a nivel intra como interpersonal. Es así que la relación con los padres es fundamental en la construcción de las habilidades sociales y emocionales, por lo que a veces se requiere de entrenamientos parentales entre los que se encuentra la TIPH.

De acuerdo a Bar-On (1997), la inteligencia emocional hace referencia a las habilidades que una persona adquiere a nivel intrapersonal e interpersonal para reconocer sus propias emociones y las de los demás, regular sus emociones, encontrar estrategias de afrontamiento óptimas ante eventos estresantes, tolerancia a la frustración, entre otras.

Por su parte, la Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (TIPH), es una terapia conductual, breve, de intervención temprana para niños de 2 a 7 años de edad con problemas de conducta. Se da entrenamiento a padres en tiempo real mientras interactúan con sus hijos mediante el juego, permitiendo el reforzamiento de habilidades parentales con el propósito de aumentar conductas prosociales en sus hijos y disminuir conductas disruptivas. Está compuesta de dos fases, la primera de ellas con un objetivo particular de afianzar el vínculo afectivo entre padre/madre hijo/a, sentando bases firmes para la segunda fase, la cual hace referencia la implementación de estrategias disciplinares no coercitivas.

1. Marco teórico

1.1 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo, de acuerdo a lo que se suscribe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5° edición (DSM – V). Este trastorno se caracteriza, como su nombre lo indica, por ser “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (DSM- V, 2014. p.59). El TDAH, según el DSM- V, cuenta con una prevalencia del 5% en niños y el 2.5% en adultos, en la mayoría de las culturas. En México la prevalencia del TDAH es aproximadamente de un millón y medio en niños y niñas menores de 14 años, esto de acuerdo a datos que arroja la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Palacios, et. al, 2011).

En el DSM- V, se describe que:

La inatención se entiende como aquella “que se manifiesta conductualmente [...] como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se deben a un desafío o falta de comprensión” (DSM-V, 2014, p.61).

La hiperactividad se caracteriza por “actividad motora excesiva, un ejemplo de ello son los jugueteos, golpes o locuacidad excesivos”. (DSM-V, 2014, p. 61).

La impulsividad se refiere a:

Acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar al individuo [...] puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente y/o tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo(DSM- V, 2014, p. 61).

En relación a lo que se menciona en el DSM-V, la inatención frecuentemente lleva a cometer errores en tareas escolares o laborales, se presentan dificultades para desarrollar actividades lúdicas, pareciera que no escucha que le hablan, hay mayores probabilidades de fracasar al momento de seguir instrucciones o de organizarse, por lo que es probable que se presente enfado y rechazo ante el compromiso, implican un esfuerzo mental sostenido en las actividades. Con la hiperactividad es común que el individuo tenga dificultades para permanecer quieto en un solo lugar por mucho tiempo, por lo que es posible que no pueda disfrutar de actividades más pasivas o de ocio; finalmente, la predominancia de impulsividad ocasiona que el individuo “actúe sin pensar”, tiene dificultades para esperar turnos, lo que puede impedir que se desarrollen comportamientos reglados, es decir conductas o comportamientos acorde a una serie de reglas o pasos, para ejecutar una acción.

Tal como se describe en el DSM-V (2014), cabe señalar que es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos que pueden presentar similitud en los síntomas o bien estos pueden ser trastornos comórbidos del TDAH, como pueden ser el trastorno explosivo intermitente, trastorno negativista desafiante, u otros trastornos del neurodesarrollo como; trastorno específico de aprendizaje, Trastorno del espectro autista, de apego reactivo, de ansiedad, depresivos, bipolar, de

desregulación disruptiva del estado de ánimo, por consumo de sustancias, de personalidad, psicóticos, neurocognitivos, discapacidad intelectual, o síntomas de TDAH inducidos por medicación.

1.1.1. Criterios diagnósticos del TDAH:

En el DSM-V se presentan los criterios diagnósticos para cualquiera de los patrones del TDAH (TDAH predominante o inatento, TDAH combinado o mixto y TDAH con hiperactividad/impulsividad), los cuales se manifiestan antes de los 12 años de edad, en dos o más contextos en los que se desenvuelve el sujeto e interfieren en el funcionamiento social, familiar, académico y personal:

Inatención: persistencia de 6 o más síntomas de los que describe el manual, en caso de adolescentes (a partir de los 17 años de edad), hay un requerimiento de al menos 5 síntomas; durante un lapso de tiempo no menor a 6 meses, debe estar desfasado del nivel de desarrollo típico, y debe haber afectación directa en actividades académicas, sociales y/o laborales. Entre los síntomas se encuentra: falta de atención a detalles, cometiendo errores por descuido en actividades escolares, laborales u otras; dificultades frecuentes en la organización de tareas y actividades, disgusto frecuente, poco entusiasmo o evade actividades que implican esfuerzos mentales sostenidos; frecuentemente extravía cosas necesarias para sus actividades, fácil distracción ante estímulos externos, olvida frecuentemente actividades cotidianas.

Hiperactividad e impulsividad: persistencia de 6 o más síntomas de los que describe el manual, en caso de adolescentes (a partir de los 17 años de edad), hay un requerimiento de al menos 5 síntomas; durante un lapso de tiempo no mayor a 6 meses, debe estar desfasado del nivel de desarrollo típico, y debe haber afectación directa en actividades académicas, sociales y/o laborales. Entre los síntomas se encuentran los siguientes: frecuente jugueteo o golpes con las manos o pies, se levanta en situaciones donde debería permanecer sentado, corretea en situaciones en las que no es apropiado, incapacidad frecuente para jugar u ocuparse de forma tranquila en actividades de recreación, ocupación frecuente, por ejemplo, incomodidad al estar quieto por un tiempo prolongado; habla excesiva, le resulta difícil esperar turnos, interrumpe a los otros con frecuencia.

A continuación se describen los diferentes subtipos del TDAH, sus características y su criterio diagnóstico de acuerdo al DSM-V:

Presentación combinada (inatención e hiperactividad-impulsividad): cumplimiento de los criterios de inatención e hiperactividad-impulsividad, en los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: si se cumplen los criterios diagnósticos de inatención, pero no se cumplen los criterios de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva-impulsiva: si se cumplen los criterios de hiperactividad- impulsividad, pero no se cumplen los criterios de inatención, considerando los últimos 6 meses.

Se debe especificar si es de remisión parcial, es decir, se cumplen previamente los criterios, pero no todos en un lapso de tiempo de los últimos 6 meses, y los síntomas deterioran el funcionamiento académico y /o laboral y social; además del nivel de gravedad leve (pocos síntomas con deterioro mínimo del funcionamiento), moderada (deterioros entre leve y grave) o grave (presencia de muchos síntomas, en particular graves con un notable deterioro del funcionamiento).

Este trastorno tiene su inicio en la infancia y es importante que los síntomas estén presentes en más de un entorno, pero hay que tener en cuenta que estos presentan variación dependiendo del mismo. Al mismo tiempo puede que los signos del trastorno sean mínimos o están ausentes cuando:

El individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo estrecha supervisión, está en una situación nueva, está participando en actividades especialmente interesantes, tiene una estimulación externa constante o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otras personas (DSM- V, 2014, p.61).

Existen características que se asocian al TDAH, aunque cabe señalar que no son específicas del mismo, éstas corresponden a retrasos leves en el desarrollo lingüístico, motor o social y se presentan por la baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo.

El comportamiento inatento está asociado a varios procesos cognitivos subyacentes [...] pueden mostrar problemas cognitivos en las pruebas de atención, de función ejecutiva o de memoria, aunque estas pruebas no son suficientemente sensibles para servir de indicios diagnósticos (DSM- V, 2014, p. 61).

1.1.2 Factores de riesgo para diagnóstico de TDAH:

De acuerdo a la autora Sibón (2010), existen diferentes factores que influyen en el diagnóstico de TDAH, mencionando los factores principales a continuación:

Factores hereditarios: si una persona tiene diagnóstico de TDAH, tendrá más probabilidad de tener hijos que presenten el mismo trastorno.

Factores neurológicos: tienen una menor probabilidad que los factores hereditarios. A lo largo de los años diferentes estudios científicos se han dado a la tarea de estudiar diferentes transmisores químicos relacionados con la hiperactividad, como son noradrenalina y dopamina (se encarga de vincular en el cerebro los ganglios basales y la corteza frontal, jugando un papel importante en el TDAH). Esta liberación de dopamina y noradrenalina dificulta que el organismo sostenga un umbral de estimulación adecuado de las neuronas.

Problemas durante el embarazo y el parto: estudios científicos han encontrado en algunos casos de madres con hijos con hiperactividad, que estas han estado sometidas durante el periodo de embarazo a un fuerte estrés, denominado estrés psicológico inductor de la hiperactividad. Así mismo la ingesta de diferentes sustancias y drogas como el alcohol, tabaco y estupefacientes son un factor con consecuencias negativas para los bebés. Otro factor importante en la hiperactividad son los daños cerebrales durante el parto, como la falta de oxígeno.

Causas externas: estos son factores externos a la persona que afectan de manera indirecta, como la alimentación, la contaminación o bien algunas enfermedades.

Factores ambientales: se conciben como el entorno en el cual se desarrolla el niño o la niña, un ejemplo de ello son la familia, la escuela, lugares de convivencia, etc. Como lugar primario donde se desarrolla el niño o niña, es el núcleo familiar, es donde se recibe la mayor estimulación en el desarrollo temprano, es así que si se presentan algunos de los factores anteriores mencionados y no se tiene un entorno familiar adecuado se acentúa el trastorno.

Un hogar con características conflictivas ocasiona que un niño desarrolle estrés, angustia y ansiedad, lo que puede desencadenar características de un trastorno generado por el mismo ambiente. Teniendo un papel importante en las conductas y formas de aprendizaje, el nivel socioeconómico y las relaciones familiares en el que se desarrollan los niños y niñas. (Sibón Martínez, 2010).

1.1.3. Modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley.

Siguiendo a Pistoia (2004), uno de los modelos más reconocidos a partir de la neuropsicología que busca explicar el TDAH, es el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Russell Barkley (1997).

Las funciones ejecutivas están relacionadas con el lóbulo frontal y desarrollan un papel fundamental en los procesos cognitivos superiores. Son un conjunto

de habilidades cognitivas que operan para dar lugar a la consecución de un fin establecido con anticipación. Estas permiten el diseño de planes, selección de conductas, autorregulación de los procesos para seguir la secuencia del objetivo, la flexibilidad cognitiva y una organización de la tarea a realizar. Son procesos cognitivos complejos que nos permiten resolver problemas, organización y secuencia de planes, atender diversos estímulos de forma simultánea e inhibir ciertas conductas (Barkley, 1997).

Barkley (1997) nos habla de dos tipos de funciones, las funciones atencionales y las funciones ejecutivas del lóbulo frontal. En cuanto a la primera de las funciones algunas de estas están determinadas genéticamente de acuerdo a la filogenética del ser humano, existiendo respuestas predeterminadas y una relación condicionada. Un ejemplo de ello es el mecanismo de alerta o de miedo que responde y hace que reaccionemos con determinadas conductas, es importante hacer mención que no todas las conductas que implican las funciones atencionales son predeterminadas sino que son aprendidas. En esta primera función Barkley aborda el término de atención como un término multidimensional, siendo un constructo teórico que describe una relación funcional de ciertos eventos en un determinado contexto y la forma de responder a ellos. Considerando la atención como la respuesta del sujeto a los sucesos del contexto. En determinados eventos del contexto estos pueden ser sensorialmente de modo interno o externo, el organismo da una respuesta a ellos, con esto hacemos referencia a una relación funcional o relación condicional. Las respuestas a estas relaciones funcionales o funciones atencionales son de proximidad temporal, entre el evento y la conducta como respuesta del sujeto, es decir se obtiene una respuesta de inmediato, tomando como referencia de distinción esta característica entre las funciones atencionales y las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas no son de proximidad temporal, sino que se caracterizan por un retraso en la respuesta y un retraso a la respuesta de inhibición.

Hablando de que la respuesta entre los estímulos y la conducta es ejecutiva. La memoria de trabajo es otra de las características distintivas de estas funciones, de acuerdo a estudios de resonancia magnética se sabe que el córtex dorsolateral prefrontal tiene un papel fundamental en la memoria de trabajo, observando durante los intervalos de retención de información con retraso, una intensa y persistente actividad en esta zona. Barkley (1997) define la memoria de trabajo como un mecanismo de almacenamiento temporal que permite retener alguna información en la mente, compararlos, contrastarlos y relacionarlos entre sí. Teniendo como función el almacenamiento a corto plazo y organizar o manipular la información para los procesos cognitivos más complejos. La información retenida en la mente tiene una

intención de futuro, estableciendo un procesamiento de información con los bancos de memoria intermedios y la memoria a largo plazo.

Están implicados dos procesos: Control ejecutivo (procesamiento de información) y Sostenimiento activo (almacenamiento temporal). La memoria de trabajo está conectada con mecanismos especializados de almacenamiento temporal que se activan solamente cuando es necesario almacenar un tipo de información específica, también se le conoce como bancos de memoria intermedia, ayudando en la recepción para que el mecanismo compare lo que está oyendo y viendo en el momento y lo que oyó y vio en el momento anterior. Está conectada con la memoria a largo plazo permitiendo tener acceso a los conocimientos y experiencias pasadas relacionadas con el tema, ayudando en la resolución de problemas, manteniendo la información sobre el objeto que se quiere alcanzar, obteniendo información de los bancos intermedios de memoria, relacionados con la memoria a largo plazo y todo esto en conjunto con las funciones ejecutivas.

Las disfunciones ejecutivas son características del TDAH, definidas por Barkley (1997) como la incapacidad de seguir una secuencia de actos dirigidos a un fin determinado, apareciendo la imposibilidad de utilizar diferentes variables que intervienen y deciden en relación a lo juzgado. Presentando las siguientes características:

Dificultad en el manejo de la dirección de la atención: es la dificultad para poder inhibir estímulos irrelevantes.

Dificultad en el reconocimiento de los patrones de prioridad: es la falta de reconocimiento de las jerarquías y significados de los estímulos, es decir la falta de análisis y síntesis.

Impedimento de formular una intención: es la dificultad para reconocer y seleccionar las más adecuadas conductas para la resolución de problemas.

Imposibilidad de establecer un plan de consecución de logros: es la falta de análisis sobre las actividades para la consecución de un fin.

Dificultades para la ejecución de un plan: no se logra la monitorización y no es posible modificar la tarea de acuerdo a lo planeado, de acuerdo a Pistoia et. al, (2004).

1.1.4. Bases biológicas del TDAH:

A lo largo del tiempo se han realizado diversas investigaciones acerca de las bases biológicas del TDAH, especialmente en términos de la genética encontrando una prevalencia del 75% de los casos de TDAH causados por un factor genético. Sin embargo es importante aclarar que aún no hay un factor definitivo que se sepa que provoque este trastorno es por ello que se hacen diversas aproximaciones sobre su base biológica, tomando en cuenta diferentes factores. Específicamente se han

encontrado diferentes alelos de riesgo en diferentes genes, entendiendo un alelo como las diferentes formas en las cuales se puede manifestar un gen.

Existen alelos de riesgo que provocan anomalías en el cerebro, haciendo más susceptibles a las personas que tienen estos alelos a desarrollar un trastorno del neurodesarrollo. Encontrando una diferencia anatómica en cuanto a forma y tamaño en áreas cerebrales. Así mismo se encontraron diferentes variables genéticas en el cerebro de niños con y sin TDAH.

Los principales genes que se relacionan con este trastorno son los genes de la vía dopaminérgica, estos son los alelos del gen receptor de Dopamina (D4) y genes asociados al metabolismo del neurotransmisor noradrenalina. Por otra parte también se han realizado estudios sobre otros neurotransmisores relacionados con el trastorno como la serotonina y genes relacionados con el metabolismo de etanol. (Lavagnino, et al, p.7, 2018).

En cuanto a los estudios cerebrales se han enfocado a la anatomía y la actividad de diferentes áreas y circuitos del cerebro, especialmente en las regiones y circuitos vinculados con la dopamina.

Este neurotransmisor se encuentra en diferentes y numerosas áreas del cerebro, destacando las regiones de la corteza prefrontal. Anatómicamente en la estructura del cerebro se ha encontrado en investigaciones un menor volumen del cerebro, en los hemisferios por separado y en diferentes regiones específicas. Estas regiones específicas están relacionadas con la corteza prefrontal, la corteza parietal, el cerebelo, los ganglios basales y los circuitos asociados a las principales áreas afectadas, es así que se genera una alteración en la regulación inhibitoria, en la memoria de trabajo, en el tiempo para reaccionar y en general en las funciones ejecutivas. (Vázquez, et. al, 2017).

En la última década han incrementado los estudios de neuroimagen en el TDAH, las imágenes por resonancia magnética y estudios con imágenes con tensor de difusión. Encontrando diferencias en la población típica y en la población con TDAH, un ejemplo de ello es la diferencia en la estructura del cerebro, medidas basadas en la superficie (grosor cortical, giros y área de superficie), diferencias en el volumen, una diferencia en la sustancia blanca en diferentes regiones del cerebro y diferencias en la actividad neuronal durante la ejecución de tareas neuropsicológicas y durante el descanso. “También unos de los hallazgos más

frecuentes identificados en los estudios son las anomalías en los ganglios basales, en las estructuras prefrontales y en el cuerpo caloso. Identificando una relación entre las anomalías estructurales y funcionales en el TDAH” (Albajara, et. al, 2018).

Así mismo en algunas investigaciones realizadas con EEG (electroencefalogramas) en reposo, en la población con TDAH se ha encontrado la potencia theta relativa elevada y las potencias alfa y beta relativos reducidos, en conjunto con proporciones theta/alfa y theta/beta elevadas, asociándose al TDAH. Las proporciones theta/alfa y theta/beta diferencian los diferentes subgrupos de diagnóstico en el TDAH, estableciendo diferentes perfiles de anomalías corticales en los tipos de diagnóstico. Barry, et al. (2002).

Otras investigaciones basadas en estudios de ERP (potencial relacionado con eventos) han explorado diversos aspectos del funcionamiento del cerebro en las personas con TDAH. Abarcando desde el funcionamiento de los primeros procesos preparatorios hasta el funcionamiento en los sistemas de atención auditiva, visual y el sistema de inhibición frontal. Arrojando como resultados diferencias en las respuestas preparatorias, en la respuesta auditiva las diferencias asociadas al TDAH son más evidentes en todos los componentes, encontrando una diferencia desde la respuesta auditiva del tronco encefálico hasta la onda tardía lenta. En cuanto a las diferencias en el sistema de atención visual los estudios son pocos, sin embargo se han registrado diferencias similares en una variedad de componentes. Y se ha observado un déficit de procesamiento inhibitorio, en el sistema inhibitorio frontal indicando problemas de regulación inhibitoria, de acuerdo a Barry, et al. (2002).

1.1.5. Tratamientos farmacológicos

Desde 1996 la Academia Americana de Pediatría (AAP) (García Ron, et al, 2015, p.76) recomienda el uso de tratamientos farmacológicos para el TDAH, en conjunto de un plan de tratamiento multimodal e individualizado, acompañado de intervenciones conductuales, psicoeducativas y psicológicas. Siendo este abordaje multimodal el más eficaz para el tratamiento del TDAH. Los fármacos de primera línea para tratar el TDAH se dividen en dos, fármacos estimulantes y no estimulantes. Es importante conocer ambas líneas, porque éstas se ajustan de acuerdo a las necesidades del individuo, la edad, gravedad de los síntomas, repercusión funcional y las preferencias tanto del paciente como de su familia. (García Ron, et al. 2015.p. 76).

Los fármacos estimulantes mayor recomendados son metilfenidato de liberación rápida o lenta, dextroanfetaminas de liberación rápida o lenta, atomoxetina, sustancias anti-obsesivas: Risperidona, antipsicótica y antidepresivos, como del tipo de los tricíclicos.

1.1.6. Tratamientos psicológicos cognitivos conductuales

Si bien al igual que los tratamientos farmacológicos, los tratamientos psicológicos han sido verificados con evidencia científica por su eficacia en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, basándose estos tratamientos en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC).

Terapia de conducta: esta intervención se basa principalmente en el análisis funcional de la conducta, el objetivo es identificar los factores principales que mantienen la conducta inadecuada. Así mismo se establecen las conductas que desean ser incrementadas, disminuidas o eliminadas, a través de la observación. Modificando la conducta en base a las consecuencias del comportamiento, empleando diferentes técnicas que se describirán más adelante.

Entrenamiento para padres: el entrenamiento para padres consiste en programas de tratamiento conductual, con la finalidad de proporcionar información sobre el trastorno, enseñar a los padres el uso efectivo de las diferentes técnicas de modificación de la conducta, mejorar la relación paterno-filial a través de una mejor comunicación y conocimiento del desarrollo del niño o niña.

Terapia cognitiva: esta terapia se basa en emplear técnicas sobre autoinstrucciones, autocontrol y resolución de problemas. El principal objetivo de la terapia es enseñar al niño o adolescente con TDAH estrategias para trabajar la regulación emocional (control de emociones) a través de la concienciación de los procesos de pensamiento, disminución de las respuestas impulsivas inmediatas y trabajar con resolución de problemas (control interno de la conducta).

Entrenamiento en habilidades sociales: el entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) tiene la finalidad de generar un aprendizaje en los niños sobre comportamientos eficaces en las relaciones personales. Si bien los niños y los adolescentes con TDAH, presentan dificultades en relaciones familiares, dificultad en las habilidades sociales y dificultades para relacionarse con pares. Es así que las HHSS se trabajan en grupos pequeños de edades similares y se llevan a cabo técnicas de terapia cognitivo conductual. (Alda, et al, 2015).

Aunado a lo descrito con anterioridad, en estas terapias y entrenamientos, se hace uso de técnicas para incrementar o bien para disminuir conductas, algunas de ellas se mencionan a continuación:

Reforzamiento positivo: esta técnica consiste en utilizar un estímulo inmediatamente después de la conducta deseada, así se incrementa la posibilidad de que se vuelva a repetir esa conducta, este estímulo es un reforzador positivo.

Reforzamiento negativo: la conducta se mantiene por medio de un reforzador negativo cuando para lograr la conducta deseada se tiene que emplear o hacer uso de un castigo que funge como reforzador negativo.

Extinción: esta técnica consiste en ignorar (no dar atención verbal, visual, etc.) al comportamiento inadecuado para evitar que incremente por darle atención negativa.

Antes de comenzar con la técnica es importante explicar al niño o niña la dinámica de la extinción. Al inicio las conductas inadecuadas pueden incrementar y la extinción no debe aplicarse si la conducta es riesgosa para el niño o niña.

Tiempo fuera: esta técnica consiste en aislar al niño o niña a un lugar aburrido, inmediatamente después de presentarse la conducta perturbadora. Se establece un tiempo aproximado de un minuto por año de edad y esta técnica es recomendable para niños hasta los 6 o 8 años.

Coste de respuesta: la dinámica consiste en quitar una cantidad establecida de reforzadores (privilegios, premios, juguetes) obtenidos anteriormente, como consecuencia del comportamiento inadecuado.

Castigo: esta técnica consiste en emplear un estímulo aversivo (actividades poco estimulantes para el niño) posteriormente a la conducta inadecuada con la finalidad de eliminar esa conducta. Es importante aclarar que el castigo físico no debe de emplearse y tiene mayor eficacia la recompensa que el castigo.

Economía de fichas: es una técnica con alta eficacia que combina los reforzadores positivos con la técnica de coste de respuesta. La dinámica es entregar un estímulo (fichas, vales, puntos) después de la conducta deseada, posteriormente los estímulos se cambian por un reforzador (recompensa o premio anteriormente acordado). Con esta técnica se pueden trabajar diferentes conductas con programación de los padres.

Más adelante se dará cuenta de las características del desarrollo emocional de los niños con este diagnóstico, pero antes se definirán los conceptos de emoción y se describirán algunos modelos que explican el concepto de emoción.

1.2 Desarrollo Emocional

El desarrollo emocional es una de las esferas en las que el ser humano se va construyendo y organizando, en ella va desarrollando la capacidad de empatía, es decir, la comprensión de los sentimientos de los demás, así como la comprensión y el reconocimiento de sus propios estados emocionales, y de los recursos socioemocionales que va aprendiendo para responder a experiencias adversas que se le presenten en el medio en el que se desenvuelve. Es importante destacar que el desarrollo emocional no está separado del desarrollo cognitivo, ya que los procesos de índole cognitiva, como lo es la interpretación, la valoración, la atribución, entre otras, son empleados entre los estímulos y la respuesta emocional, como lo describen Benítez y Rosales (2016).

1.2.1. Concepto de emoción.

Goleman (1995) dice que una emoción se produce como respuesta ante algún acontecimiento ocurrido. De primera instancia, nos damos una explicación de lo que ha pasado, es decir pensamos en ello, y simultáneamente se da una reacción

fisiológica, que corresponde a la emoción; y así es como las emociones nos impulsan hacia la acción, siendo una especie de puente entre el pensamiento y la conducta.

Charles Darwin (1897) argumenta tres ideas fundamentales sobre la emoción, en primer lugar, dice que las emociones son innatas y son parte de la evolución y su herencia; como segundo punto, hace referencia a que los movimientos faciales que se expresan en cada una de las emociones brindan información sobre las mismas a los demás, y por último, dice que los animales no humanos también tienen emociones.

Antonio Damasio (2002) define a la emoción como una respuesta fisiológica que es provocada por algunos sistemas cerebrales, esto ocurre cuando el organismo se enfrenta a cierto evento o situación, ya sea de forma interna o externa.

Es importante que podamos diferenciar a la emoción de la agitación, de los sentimientos y del estado de ánimo, ya que algunas veces se usan como sinónimos y realmente no son lo mismo. M. R. Bennett y P.MS.Hacker (2005) dicen que los sentimientos incluyen a las sensaciones, es decir son todo aquello que sentimos, a diferencia de las agitaciones que hacen referencia a alteraciones afectivas, breves, causadas por eventos inesperados que no provocan un movimiento, sino más bien puede causar lo contrario, y paralizarnos ante dicho evento, ejemplos de lo que es una agitación son la excitación y la conmoción; los estados de ánimo tienen una duración más prolongada de lo que puede durar una emoción o una agitación, algunos ejemplos de ellos son la irritación, la melancolía o euforia; y por último, la emoción es definida como aquella que provoca un movimiento, es decir, motiva a la ejecución de la acción, es corta, mantiene una sensación presente y siempre conoce el objeto identificable, es decir el objeto que provoca la emoción, pero no necesariamente la causa de la misma.

Dentro del concepto de lo que es la emoción nos encontramos con diversas clasificaciones, entre las cuales nos encontramos a Izard (1992), quien indica que tenemos “emociones básicas”, donde se encuentran aquellas emociones que por sus funciones tanto biológicas como sociales, permiten la evolución y la adaptación; Paul Ekman en su libro *El rostro de las emociones* (2017) agrupa al miedo, la sorpresa, el disgusto, el enojo, la felicidad y la tristeza como las emociones básicas; en una de sus investigaciones, donde mostró fotografías con rostros que expresan dichas emociones, encontró que son las que se identifican sin problema en diferentes culturas que estudió, y que a pesar de las diferencias y de la distancia entre estas poblaciones, cada una de estas emociones cuenta con una expresión facial que las distingue, y que les permite ser identificadas de forma universal.

Del mismo modo Damasio (2002) agrupa como emociones básicas a las antes mencionadas por Ekman, y además de ello, reconoce como emociones secundarias

o sociales a la envidia, la vergüenza, el orgullo y la culpa. También existe otro tipo de clasificación, como la que diferencia entre las emociones positivas como la alegría, las emociones negativas como el miedo, el enojo, la tristeza y el disgusto, y la sorpresa como una emoción neutral, tal como se ve descrito por Carbajal-Valenzuela (2020).

Para finalizar este apartado, a continuación mencionamos de forma general las áreas cerebrales a las cuales se asocian las emociones. Martínez (2016), sugiere que las áreas cerebrales que mantienen una mayor asociación a las emociones, en cuanto a su regulación, identificación de estímulos emocionales y las respuestas emocionales que el individuo presenta en las situaciones a las que se enfrenta día a día son: el sistema límbico, el cual se compone de un conjunto de estructuras subcorticales, entre ellas está la amígdala, el hipocampo, el tálamo y el hipotálamo, así como la corteza cingulada anterior y el neocórtex.

1.2.2 Inteligencia emocional (IE)

Dentro de los autores que han definido la IE retomamos a Salovey y Sluyter, así como a Goleman.

Comenzando con Goleman, en la definición que propone, pone mayor énfasis en el conocimiento de las emociones propias, tal como se lee a continuación:

Hablamos de Inteligencia Emocional (IE) cuando las personas contamos con la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales [...] y de la capacidad de empatizar y confiar en los demás (Goleman, 1995, p. 43).

Así mismo, toma el concepto de competencias emocionales, las cuales define como “una metahabilidad que determina el grado de destreza que alcanzaremos en el dominio de nuestras facultades” (Goleman, 1995, p. 45), y desarrolla cinco competencias emocionales básicas:

1. Conocimiento de las propias emociones, donde destaca el conocimiento que las personas poseen de sí mismas y de lo que sienten.
2. Capacidad para controlar las emociones propias, y así adaptarnos a la situación por la que se esté pasando.
3. Capacidad de motivarse a sí mismo, alcanzando una mayor creatividad, atención y autocontrol emocional, obteniendo, de esta manera, mejores alcances de las metas y superación de obstáculos.

4. Reconocimiento de las emociones ajenas. En esta competencia se involucra la capacidad de poder reconocer lo que el otro está sintiendo en determinado momento, mostrando de esta forma, una respuesta empática.
5. Control de las relaciones, para poder establecer vínculos sociales adecuados y positivos.

Por su parte, pero no tan alejadas ambas propuestas, Salovey y Sluyter (1997), dentro de este amplio constructo, también argumentan que hay un conjunto de habilidades y competencias emocionales que constituyen la IE, lo que permite al individuo afrontar las diversas situaciones que se le presenten en su vida, una mayor sensibilidad social, mejor resolución de problemas y una mejor adaptación al medio, es así que, dentro de este marco, también plantean que hay cinco dimensiones básicas dentro de las denominadas competencias emocionales, nombradas por ellos como: empatía, cooperación, asertividad, responsabilidad y el autocontrol.

Sin embargo, podemos identificar que comparten algunas similitudes en sus propuestas, pues a pesar del énfasis que puedan dar uno u otro aspecto de la IE, incluyen las competencias emocionales dentro de la IE, ambos se enfocan en el conocimiento de las emociones propias, el reconocimiento de las emociones de los demás y en la forma en la que mediante el autocontrol el individuo se relaciona con su medio y establece sus relaciones sociales

Relacionando otras posturas teóricas, podemos leer como la IE y las competencias emocionales que de ella emergen se relacionan estrechamente con la propuesta que Gardner aborda, en su libro *Inteligencias múltiples*, publicado en 1983. Este autor nos habla de las inteligencias personales, es decir, de la inteligencia intrapersonal e interpersonal, la primera de ellas se refiere a la capacidad de conocer y diferenciar los propios sentimientos, y de esta forma poder guiar el comportamiento, relacionada dos de las competencias básicas mencionadas anteriormente, el conocimiento de las propias emociones y la capacidad de controlar las emociones propias; en cambio, la segunda hace referencia a la capacidad para comprender los sentimientos ajenos, y así poder dar una respuesta adecuada a dicho estado emocional de la otra persona, lo que se resume en la competencia básica del reconocimiento de las emociones ajenas; como podemos notar este tipo de inteligencia posee características que se encuentran dentro de lo que es la IE y las competencias emocionales que son parte de este constructo.

De ahí la importancia y el impacto que las inteligencias personales tienen en los variados modelos teóricos que intentan explicar la IE, de los cuales, a continuación presentamos dos modelos de IE que han destacado por su relevancia y organización: el modelo de IE propuesto por Salovey y Mayer (1990) y el modelo de Inteligencia Emocional de Bar-On (1997).

1.2.3 Modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer.

En el año de 1990, Salovey y Mayer acuñaron el constructo Inteligencia Emocional, mismo que definen como:

La capacidad de supervisar los sentimientos y emociones propios y ajenos, de discriminar entre ellos y de utilizar esa información para guiar el pensamiento y las acciones propias” o bien, como “el reconocimiento y el uso de los estados emocionales propios y ajenos para resolver problemas y regular la conducta” (Salovey & Mayer, 1990, p.189).

Dentro de este modelo, la IE se considera como un conjunto de habilidades que permiten al individuo percibir y comprender sus emociones, así como las de otras personas, y al procesar esta información le permite orientar su comportamiento.

“Las personas que han desarrollado habilidades relacionadas con la inteligencia emocional comprenden y expresan sus propias emociones; reconocen las emociones en los demás, regulan el afecto y los estados de ánimo y las emociones para motivar comportamientos adaptativos” (Salovey & Mayer, 1990, p. 200)

Salovey y Mayer (1990) conceptualizan la IE, destacando que en ella se ven involucrados procesos mentales, como la valoración y la expresión de las emociones, la regulación de las emociones y la forma en la que se utilizan y adaptan las mismas. Agregan que aunque ofrecen un modelo general de la IE, ésta muestra diferencias individuales en cada sujeto, ya que se pueden expresar y comprender de formas diferentes, dependiendo del contexto del individuo y sus características particulares. A continuación se describe cada proceso:

a. Valoración y expresión de las emociones.

De acuerdo a estos autores, la IE permite que el sujeto pueda comprender y valorar acertadamente las emociones y sentimientos en él y en los demás, de ello se deriva que entonces la valoración que se haga de una emoción depende de la forma en la que ésta se exprese, ya sea de forma verbal, o bien, en una expresión no verbal, por ejemplo, mediante las expresiones faciales. De esta forma, “quienes son más precisos pueden percibir y responder más rápidamente a sus propias emociones y expresar mejor esas emociones a los demás” (Salovey & Mayer, 1990, p. 193).

Dentro de los elementos que permiten la valoración y expresión de las emociones, nos encontramos con la empatía, misma que es definida como “la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y de volver a experimentarlos uno mismo” (Salovey & Mayer, 1990, p. 194). Se vuelve un elemento muy importante de la IE, ya que valorar y comprender las emociones en los demás permite que se desarrollen relaciones interpersonales más positivas y cálidas, y haya una reducción del estrés. Al reconocer las reacciones emocionales en las otras personas, se da una respuesta con más empatía ante dicha reacción, por lo que “estas habilidades permiten a los individuos calibrar con precisión las respuestas afectivas de los

demás y elegir comportamientos socialmente adecuados como respuesta” (Salovey & Mayer, 1990, p. 195)

b. Regulación de las emociones.

En este proceso, la regulación emocional es entendida como “la capacidad y la voluntad para controlar, evaluar y regular las emociones” (Salovey & Mayer, 1990, p. 196), en uno mismo y en los demás. Estos autores involucran tanto a las emociones como a los estados de ánimo, ya que consideran que ambos necesitan de las mismas habilidades emocionales para poder regularse y gestionarse. En otras palabras, los estados de ánimo experimentados a nivel reflexivo permiten conocer el estado propio y el de los demás, involucrando la voluntad de reflexionar sobre el mismo, y aunque son menos intensos y más duraderos que una emoción, requieren a la vez de la capacidad de regulación, control y evaluación, tal como sucede con las emociones. De esta forma, “La mayoría de las personas regulan la emoción en sí mismas y en los demás” (Salovey & Mayer, 1990, p. 198), por lo que la regulación emocional involucra la forma en la que reaccionaremos ante un evento determinado, su gestión también se vincula a la motivación y objetivo de lo que se pretende lograr.

c. Utilización/ adaptación de las emociones.

Cuando un sujeto se encuentra frente a un problema, inevitablemente las emociones influyen y participan en la resolución del mismo, en este caso, cuando se experimentan estados de ánimo o emociones positivas, hay mayor claridad al momento de categorizar información para resolver un problema, el obstáculo o la situación adversa, de forma creativa y persistente. Es decir, las personas son capaces de resolver las diferentes situaciones que se le presenten en su día a día de una forma adaptativa por lo que para llevar a cabo la resolución de algún conflicto o de tareas intelectuales complejas, la emoción emplea o no la motivación adecuada para llevarlas a cabo; así,

El tipo de problemas que las personas identifican y la forma en la que los enmarcan, estarán probablemente más relacionados con la experiencia emocional interna [...] Las personas con estas habilidades pueden ser más creativas y flexibles a la hora de buscar posibles alternativas a los problemas (Salovey & Mayer, 1990, p. 200).

La atención hace uso de la emoción, especialmente de aquellas emociones fuertes, para poder concentrarse en los problemas a resolver, lo que permite a su vez jerarquizar las situaciones conflictivas que se le presenten a los sujetos para llevar a cabo su resolución de forma organizada de acuerdo a sus necesidades. De esta forma, al recibir los estímulos emocionales, éstos van priorizando las demandas de orden tanto interno como externo para abordarlas.

Hasta aquí se ha mencionado de forma breve elementos clave del modelo de IE de Salovey y Mayer (1990), a continuación nos enfocaremos en el modelo de Bar-On, reiterando que es el modelo en el cual se basa la presente investigación.

Para esta investigación, retomamos principalmente el modelo propuesto por Reuven Bar-On (1997) que exponemos a continuación.

1.2.4 Modelo de Inteligencia emocional de Bar-On:

Bar-On (1997) define la IE como aquel “conjunto de habilidades emocionales, personales e interpersonales que influyen en la capacidad para enfrentarse a las exigencias y presiones del medio ambiente”.

Este autor describe que la inteligencia emocional está en contacto con la inteligencia cognitiva, resaltando que:

Las personas emocionalmente inteligentes son hábiles para reconocer y expresar sus propias opiniones, poseen una autoestima positiva y son capaces de actualizar su potencial de habilidades y llevar una vida feliz. Asimismo, tienen gran facilidad para entender la forma en la que otros sienten y de mantener relaciones satisfactorias interpersonales, sin depender de los otros. Son personas optimistas, flexibles, realistas y exitosas resolviendo problemas y lidiando con el estrés sin perder el control (Bar-On, 1997, p. 155-156)

La cita anterior nos refiere a que la IE es algo que se va desarrollando, por esta razón va cambiando a lo largo de la vida, es decir, se va aprendiendo, por lo que las habilidades emocionales al irse aprendiendo, también se pueden ir actualizando en función de que se van adaptando a las nuevas situaciones en las que el individuo se vaya encontrando; así la IE se ve influenciada por diversos factores, tales como las condiciones individuales de cada sujeto, la capacidad de enfrentarse a su entorno, los distintos rasgos de personalidad y la capacidad intelectual.

El modelo de IE de Bar-On considera cinco componentes con habilidades y destrezas específicas dentro de este constructo:

Componente Intrapersonal: es la capacidad de comprender las emociones de sí mismo, relaciona el autoconocimiento de las expresiones emocionales, contar con la capacidad para diferenciar las emociones y los sentimientos en cuestión, como el reconocimiento del estímulo emocional que los ha provocado. En ello se involucra la asertividad a la hora de expresar las emociones, evitando con ello, dañar a otras

personas, tener un autoconcepto de aceptación y respeto de sí mismo, y por último la capacidad de seguridad emocional para la toma de decisiones.

Componente Interpersonal: implica la muestra de empatía, la capacidad para comprender los sentimientos de las demás personas, de mantener relaciones interpersonales satisfactorias con cercanía emocional, incluyendo la responsabilidad social.

Componente de adaptabilidad: es la capacidad de identificar y dar solución a los problemas implementando estrategias efectivas, así como para poder gestionar los cambios que se susciten en el ambiente, y poder ajustar las emociones, los pensamientos y las conductas de una forma adecuada.

Componente de manejo de estrés: aquí se encuentra la habilidad para manejar y regular las emociones propias cuando el individuo se encuentra ante experiencias estresantes.

Componente de estado de ánimo: se caracteriza por la motivación y el optimismo de una persona, el sentirse satisfecho consigo mismo, manteniendo una buena actitud ante situaciones adversas.

De acuerdo a Nelly Ugarriza (2001), este modelo de IE de Bar-ON puede clasificarse en dos enfoques, uno sistémico y otro topográfico, mismos que se describirán a continuación:

En el enfoque sistémico se describen los componentes principales de la IE; componente intrapersonal (CIA), componente interpersonal (CIE), componente de adaptabilidad (CAP) y componente de manejo de estrés (CEM); sumando otro componente, el estado de ánimo en general (CAG), el cual se relaciona a la motivación y es facilitadora de los otros componentes mencionados. Cada componente involucra habilidades específicas.

Así, en seguimiento a lo que este modelo teórico plantea los componentes principales de la IE son: la comprensión emocional de sí mismo, la tolerancia al estrés y control de impulsos emocionales, la felicidad, el optimismo, el autoconcepto basado en la aceptación y respeto de sí; la autorrealización, que se basa en el alcance de las metas; la independencia al sentir seguridad en las decisiones que se han tomado por cuenta propia; la empatía; las relaciones interpersonales satisfactorias emocionalmente; la responsabilidad social, mostrándose cooperativo dentro de los grupos sociales a los que se pertenece; la habilidad para poder solucionar problemas de forma efectiva; la flexibilidad, logrando adecuar las emociones y las conductas acorde a la situación presente; y la asertividad, es decir, "la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos, sin causar daño en los sentimientos de los demás" (Ugarriza, 2001, p.133); tal como se expresa de forma gráfica en la tabla 1 y figura 1 que se muestran a continuación:

Tabla 1:

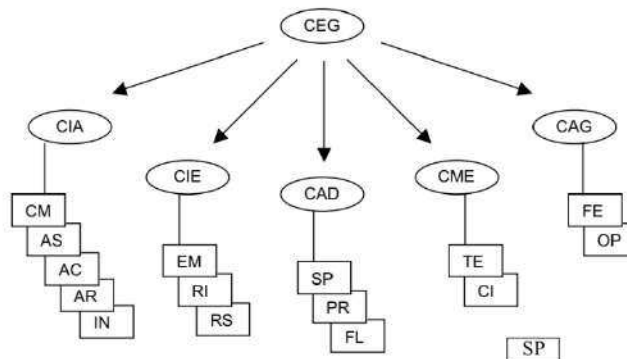
Enfoque sistémico del modelo de Bar-On

Componentes	Subcomponentes
CIA: Componente Intrapersonal	CM(comprensión de sí mismo), AS (asertividad), AC (autoconcepto), AR (autorrealización) e IN (independencia).
CIE: Componente Interpersonal	EM (empatía), RI (relaciones interpersonales) y RS (responsabilidad social).
CAD: Componente De Adaptabilidad	SP (solución de problemas), PR (prueba de la realidad) y FL (flexibilidad).
CEM: Componente del manejo de estrés	TE (tolerancia al estrés) y CI (control de impulsos).
CAG: Componente del estado de ánimo en general.	FE (felicidad) y OP (optimismo).

Tomado de *la evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de Bar-On (I-CE) en una muestra de Lima metropolitana* (p. 132) N. Ugarriza, 2001

Figura 1:

Enfoque de los componentes de la IE



Abreviaturas: CEG = cociente emocional general; CIA = componente intrapersonal; CIE = componente interpersonal; CAD = componente de adaptabilidad; CME = componente del manejo del estrés; CAG = componente del estado de ánimo en general. Subcomponentes: CM = comprensión de sí mismo; AS = asertividad; AC = autoconcepto; AR = autorrealización; IN = independencia; EM = empatía; RI = relaciones interpersonales; RS = responsabilidad social; SP = solución de problemas; PR = prueba de la realidad; FL = flexibilidad; TE = tolerancia al estrés; CI = control de impulsos; FE = felicidad; OP = optimismo.

Tomado de *la evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de Bar-On (I-CE) en una muestra de Lima metropolitana* (p.132) por N. Ugarriza , 2001.

En cuanto al enfoque topográfico, se aborda que los elementos de la IE, mismos que se mencionaron anteriormente en el enfoque sistémico, se organizan de tal

forma que toma como factores primarios a la comprensión emocional, la asertividad, la empatía, la prueba de realidad para diferenciar entre lo interno y lo externo, y el control de impulsos, mismos que se relacionan a habilidades que se agrupan como factores resultantes de los factores primarios; dentro de esta segunda clasificación de las habilidades de la IE se encuentran la independencia, el autoconcepto, la responsabilidad social, el optimismo, la flexibilidad y la tolerancia al estrés; de esta forma se llega a los factores o componentes de la IE catalogados como de soporte, y a los nombrados auxiliares o secundarios, donde está la solución de problemas, la autorrealización, la flexibilidad y las relaciones interpersonales.

Bar-On, T. y Parker, J. D. A. (2018) consideran que los factores primarios y los factores resultantes dependen de los factores soporte, un ejemplo de ello es la asertividad, que depende del autoconcepto y de la independencia emocional, ya que esto nos permite saber que es muy complejo para una persona dependiente y no asertiva, expresar sus sentimientos.

En la tabla 2 y figura 2, se representa de forma gráfica lo expuesto sobre el enfoque topográfico de la IE, tal como lo describe este modelo teórico:

Tabla 2:

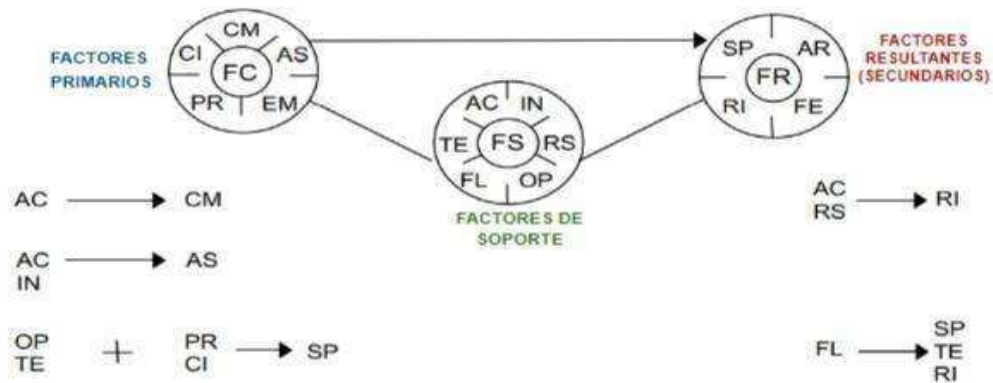
Enfoque topográfico de los 15 factores de la IE

FC: Factores centrales o primarios.	CM (comprensión emocional), AS (asertividad), EM (empatía), PR (prueba de la realidad), CI (control de impulsos).
FS: Factores de soporte	AC (autoconcepto), IN (independencia), RS (responsabilidad social), OP (optimismo), FL (flexibilidad), TE (tolerancia al estrés).
FR: Factores resultantes o secundarios.	SP (solución de problemas), AR (autorrealización), FE (flexibilidad), RI (relaciones interpersonales).

Adaptada de *La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de Bar-On (I-CE) en una muestra de Lima metropolitana* (p.135) por N. Ugarriza, 2001.

Figura 2:

Enfoque topográfico de los 15 factores de la IE



Abreviaturas: FC = factores centrales; FR = factores resultantes; FS = factores de soporte. Subcomponentes: CM = comprensión de sí mismo; AS = asertividad; AC = autoconcepto; AR = autorrealización; IN = independencia; EM = empatía; RI = relaciones interpersonales; RS = responsabilidad social; SP = solución de problemas; PR = prueba de la realidad; FL = flexibilidad; TE = tolerancia al estrés; CI = control de impulsos; FE = felicidad; OP = optimismo.

Figura modificada de *La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de Bar-On (I-CE) en una muestra de Lima metropolitana* (p.135) por N. Ugarriza, 2001.

Organizar de manera gráfica el modelo de Bar-On nos permite comprender la relación que hay entre los componentes de la IE y lo que cada uno de ellos implica para formar el amplio constructo del que son parte y que constituyen al individuo en la esfera emocional.

1.3 Alteraciones emocionales y TDAH.

En quien se diagnostica TDAH con frecuencia también se detectan otras dificultades relacionadas al mismo, entre ellas en la motivación o en la emoción (excesiva reactividad emocional), éstas características se denominan como secundarias (asociadas):

La inatención y la impulsividad pueden dificultar el reconocimiento de distintos estímulos emocionales como las expresiones faciales y prosódicas [...] las disfunciones ejecutivas especialmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos, son los responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en algunos niños y adultos con TDAH. (J. Albert, et al, 2008, p. 40).

a. Reconocimiento de estímulos emocionales.

Las expresiones faciales y la prosodia (expresión oral) son importantes transmisores de señales afectivas, esto es fundamental en el reconocimiento emocional lo que aporta a las interacciones sociales.

Shapiro et. al (1993) al comparar el rendimiento de niños con TDAH y de niños típicos, usando una batería de pruebas encargada de evaluar las habilidades para identificar estímulos emocionales, demostraron que los niños de 6 a 8 años de edad, con TDAH, fueron menos precisos al momento de reconocer las emociones en el rostro humano.

Del mismo modo Singh et. al (1998) evaluaron la habilidad de 50 niños y adolescentes con TDAH para reconocer seis emociones básicas: miedo, tristeza, alegría, asco, sorpresa y enfado, y se concluyó que los sujetos con TDAH tienen dificultades para identificar estas emociones en las expresiones faciales, pues esta población reconoció las emociones en un 74%, mientras que la población típica las logró reconocer en un 89%.

Los resultados obtenidos de acuerdo a los dos autores mencionados, presentan una coincidencia en los niños diagnosticados con TDAH, estos tienen deficiencias para reconocer las expresiones faciales emocionales y la comunicación afectiva.

Williams (2008) menciona que las alteraciones tempranas presentadas en las áreas visuales occipitales, se vinculan al funcionamiento anómalo de la amígdala, ya que es la encargada de regular la actividad de áreas sensoriales por sus proyecciones en la corteza visual y auditiva; lo que puede explicar las correlaciones que se han observado entre la amplitud que hay en el componente P120 (área temporo occipital) y los niveles de ansiedad, depresión y labilidad emocional que se presentan en pacientes diagnosticados con TDAH. Hay autores que sugieren que las deficiencias en el reconocimiento de rostros en niños con TDAH están asociadas a las dificultades funcionales de regiones cerebrales como la amígdala. Algunos muestran datos electrofisiológicos que lo comprueban. Dada la naturaleza de esta tesis, no ahondaremos en los detalles de la neurobiología subyacente a las dificultades emocionales de los y las niñas con TDAH.

b. Regulación y expresión emocional.

Wender y Reimherr (1985), han observado que los adultos con TDAH y presentan dificultades en la atención, muestran desorganización, impulsividad e hiperactividad, así como problemas de afectividad, entre ellos de labilidad emocional (Cambio brusco en el estado de ánimo o el estado emocional), excesiva reactividad emocional y carácter irritable, estas características las agrupó en la categoría denominada “desregulación emocional”.

Brown (2000) afirma que las personas con TDAH presentan una tolerancia baja a la frustración y dificultad en la regulación de las emociones, por lo que sus reacciones ante distintos eventos pueden ser desproporcionadas. Los problemas afectivos, según este autor, no están relacionados a la presencia de otros trastornos comórbidos, más bien son considerados aspectos del TDAH.

Nigg y Casey (2005) presentan un modelo en el cual describen que el TDAH en su origen involucra la disfunción de tres circuitos neurales que están relacionados: frontoestriado, frontocerebelar y frontolímbico, los dos primeros circuitos están relacionados a procesos de control cognitivos y el tercero se relaciona a procesos de regulación afectiva.

Por otro lado, Castellanos relaciona los síntomas de hiperactividad e impulsividad a anomalías en los procesos motivacionales y emocionales (Castellanos, et al 2006).

Los estudios que han explorado los procesos de regulación emocional en niños y adultos con TDAH confirman que ambos tienen importantes dificultades para controlar sus emociones, especialmente cuando son negativas. Distintas investigaciones muestran que tanto niños como adultos con TDAH expresan mayores niveles de agresividad, depresión, tristeza y enfado que sus iguales sin TDAH. (Castellanos, et. al, 2006).

Encontrando en diferentes investigaciones una prevalencia mayor al suicidio en la población con TDAH, debido a la poca empatía, excesiva reactividad emocional, problemas en las habilidades de competencia emocional como el reconocimiento, la regulación y expresión emocional, que presentan los niños y adolescentes con este trastorno.

C. Inteligencia emocional.

En investigaciones más recientes, como la de Sjowall, et al (2013) quienes investigaron que la ira, la tristeza, la felicidad y el miedo son las emociones con más tendencia a la desregulación emocional. Por lo que Raúl González (2021), apoyado en las investigaciones de Sjowall, encontró resultados que demuestran que efectivamente hay implicaciones en las emociones de las personas con TDAH, pero que estas dependen de la presentación del TDAH, por lo que se afectarán a diferentes aspectos emocionales:

El TDAH predominante se asocia a la falta de atención, lo que se correlaciona a rasgos de inadaptación y desajuste emocional, en sentido de no saber cómo reaccionar ante situaciones nuevas.

La hiperactividad- impulsividad, implica rasgos de impulsividad, agresividad y descontrol emocional, especialmente de la ira.

El TDAH combinado (falta de atención e hiperactividad- impulsividad), implica que las características anteriores pueden presentarse al mismo tiempo.

Sonuga – Barkel (1999), presenta una clasificación de los síntomas que se presentan con la hiperactividad- impulsividad y con el déficit de atención; entre las que se encuentran la categoría denominada “Funciones ejecutivas frías” hacen referencia a la flexibilidad cognitiva, planificación y memoria de trabajo, las cuales se relacionan con más frecuencia a la presentación de TDAH predominantemente inatento. Y la categoría llamada “Funciones ejecutivas calientes” se relaciona mayoritariamente a la presentación de TDAH donde predomina la hiperactividad-impulsividad, involucrándose las funciones ejecutivas relacionadas a la implicación

afectiva emocional en alto grado, y donde puede encontrarse la desregulación emocional, por lo que la competencia emocional se ve significativamente involucrada en este aspecto. Pese a ello, la presentación del TDAH con falta de atención predominante también involucra el aspecto emocional (así como la adaptación y el aspecto académico), pues:

Los problemas de concentración y de focalización en sus propias emociones, así como de reconocimiento de las emociones en los demás, conducen a una menor capacidad para afrontar las emociones negativas o a problemas para regular sus emociones negativas. Los problemas de autorregulación emocional son un indicador adicional de una pobre autoeficacia emocional. Sonuga – Barkel (1999).

El que haya dificultades para que se puedan controlar las emociones trae consecuencias también a nivel del funcionamiento social, control deficiente de la conducta, menor nivel de empatía y por ende mayor tendencia a la comorbilidad del TDAH con otros trastornos y desórdenes en relación directa a aspectos emocionales, como trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo, ansiedad, depresión, trastornos de conducta disruptiva, desregulación emocional, trastorno bipolar; el trastorno Limítrofe de personalidad, al ser comórbidos con TDAH supone en las competencias emocionales un desorden emocional (Gonzáles, 2021).

Del mismo modo se expone que:

Una autoestima más baja y la dificultad del reconocimiento de emociones suelen estar muy relacionados a problemas de conducta. Los niños con TDAH suelen tener una baja autoestima y dificultad en el reconocimiento de emociones. Los niños con problemas de conducta muestran un deterioro tanto en el reconocimiento de emociones, como en el reconocimiento de intenciones, pudiendo concluir que estos dos componentes de la cognición social están relacionados. Además, tanto el reconocimiento de emociones como el reconocimiento de intenciones se asocian inversamente con la gravedad de los problemas de conducta y, de forma independiente, predicen estos problemas. (González, 2021).

Dado que la relación establecida entre los padres/madres e hijos/hijas es fundamental en el desarrollo de las habilidades y las competencias emocionales, se hace necesario, realizar intervenciones que aumenten las habilidades parentales, tal es el caso de algunos entrenamientos parentales de manejo conductual como la TIPH.

1.3. TIPH: Terapia de interacción entre padres e hijos.

Para sustentar este apartado se tomó como referencia el libro Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (TIPH), segunda edición (2010), escrito por Cheryl Bodiford McNeil y Toni L. Hembree-Kigin ambos alumnos de la creadora de la PCIT: Sheyla Eyberg.

La TIPH es una terapia desarrollada por la Dra. Sheila Eyberg, surgida en el año de 1974; la cual consiste en un programa de capacitación parental de manejo conductual, mediante el uso de técnicas tradicionales que se utilizan en el juego didáctico, esto porque el juego es una de las actividades rectoras en el desarrollo del niño, por lo que es un medio que les permite resolver conflictos, por ello es dirigida a los padres de niños con problemas de conducta entre los 2 y los 7 años. La doctora Eyberg se basó en la teoría operante, la psicoterapia infantil tradicional y el desarrollo infantil temprano. Retoma a la autora Diana Baumrind (1966), quien tiene un trabajo en estilos de crianza, donde destaca la importancia de la interacción entre padres e hijos. Esta terapia también se apoya en las teorías del apego y del aprendizaje social, mismas que abordan que entre más cálida y sensible sea la respuesta de los padres con el niño, éste tenderá a desarrollar una mejor regulación emocional y conductual.

La TIPH se enfoca en los problemas de comportamiento disruptivo y cuenta con objetivos claros para cada sesión, pero es flexible e individualizada para cada niño y cada familia, es decir, que se adapta a las necesidades particulares. Es una intervención corta, llevada a cabo en un tiempo aproximado de 12 sesiones, una vez por semana, sin embargo, la duración de la terapia dependerá de los avances de cada familia. Al concluir se realiza una sesión de graduación.

La TIPH, al ser un enfoque de intervención temprana, se puede dirigir a una variedad de problemas de comportamiento en niños pequeños, tales como: problemas de externalización como incumplimiento, desafío, agresión verbal y física; conductas previas a los trastornos de conducta, como la crueldad hacia los animales, robar y mentir; falta de atención y exceso de actividad; problemas de internalización como tristeza afectiva, baja autoestima y perfeccionismo; problemas de relación entre padres e hijos en el contexto de divorcio y la adopción; problemas de ansiedad y trastornos del desarrollo.

La TIPH busca brindar las mejores herramientas para cumplir los objetivos de cada una de las sesiones, dando un acompañamiento a los padres de familia, brindando

las bases teóricas de cada una de sus dos etapas, interacción dirigida por el niño (IDN o CDI por sus siglas en inglés) e interacción dirigida por el padre (IDP o PDI por siglas en inglés), con la finalidad de proporcionar los objetivos, los alcances, las características y los procedimientos de las fases de la TIPH. Así mismo se llevará a cabo un “coaching” es decir un acompañamiento a los padres de familia en tiempo real, cuando se trabaje en la sala de juego, con la finalidad de guiar, proporcionar herramientas y realizar retroalimentación en el momento para obtener un mejor desempeño durante el tiempo de juego especial en la sala. El coaching se llevaba a cabo en ambas fases como parte del proceso y metodología de la terapia con el objetivo de brindar mayor oportunidad en el desempeño de los padres de familia y un acompañamiento en el desarrollo de las habilidades de la terapia.

El terapeuta se encarga de entrenar a los padres en dos fases, donde se trabajan habilidades específicas en tiempo real. Cada una de las sesiones se llevan a cabo en la cámara de Gesell, es decir un espacio que cuenta con dos habitaciones mediadas por un espejo unidireccional con la finalidad que el terapeuta pueda observar la sala de juego. Así mismo se emplea el uso de un auxiliar auditivo inalámbrico para que el terapeuta se mantenga en contacto con el padre/madre que se encuentra en la sala de juego y poder realizar el coaching en tiempo real. Este entrenamiento ayuda a mejorar la interacción padre-hijo, que es precisamente lo que caracteriza la efectividad de la TIPH; es decir, al usar un entrenamiento directo en la interacción entre padres e hijos, se pueden ir atendiendo los errores y dificultades que vayan teniendo los padres y al mismo tiempo propicia un aprendizaje más rápido. Los padres tienen la oportunidad de practicar las habilidades especiales en el espacio terapéutico, hasta que lleguen a ser hábitos; así cuando se encuentren en la interacción cotidiana con sus hijos, fuera del consultorio, estas habilidades surgirán de forma natural.

Las dos fases en las que se divide TIPH, son:

1. La interacción Dirigida por el Niño (IDN): En esta fase se pretende mejorar la interacción al usar distintas habilidades que los padres aprenderán, con la finalidad de establecer una relación cálida entre padre/madre- hijo(a), y formar las bases para la etapa de disciplina IDP.

Los objetivos principales son fortalecer el vínculo afectivo entre padres e hijos, ayudar a la autoestima y autonomía de los niños, mejorar el vínculo, disminuir el oposicionismo y perfeccionismo del niño, y aumentar la tolerancia a la frustración; para cumplir estos propósitos, las habilidades que se entrenan en IDN son: Elogia, Parafrasear, Imitar, Descripción y Entusiasmo. Se utilizan las siglas EPIDE para ayudar a que los padres las recuerden mejor. A continuación se describe cada una:

Elogiar:

Se emplea la habilidad del elogio porque, al hacerlo se aumentan las probabilidades de mantener dicha cualidad, transmite aprobación y afecto, ayuda a especificar qué es lo que ha provocado elogio, beneficiando el aumento de comportamientos adecuados, una crianza proactiva y no reactiva, y mejora la autoestima. Así mismo se diferencia entre dos tipos de elogios, elogios específicos y elogios generales. En la terapia se busca utilizar elogios específicos, es decir aquellos elogios que acompañan a una conducta, acción, característica o cualidad específica. A continuación presentaremos algunos ejemplos:

- “Me encanta que seas muy creativo”
- “Me gusta mucho la concentración que tienes para construir”
- “”Me siento muy orgulloso de la gran construcción de colores que hiciste”

Por otra parte los elogios generales son aquellos que no especifican la conducta, acción, característica o cualidad que están elogiando, solo se hace de forma general. A continuación presentaremos algunos ejemplos:

- “Muy bien”
- “Que bonito”
- “Excelente”

Parafrasear:

Es una imitación dada en forma verbal, que consiste en repetir el mensaje básico de lo que el niño ha dicho, aunque puede ampliarse y ser más elaborado. Permite corregir gramaticalmente lo que ha dicho el niño de una forma sutil, los padres muestran a los hijos aceptación, atención y comprensión. Es un tipo de estimulación verbal, para que el niño profundice en lo que quiere comunicar.

Imitar:

implica seguir al niño en la actividad que esté realizando durante el tiempo de juego especial, mediante una participación activa de los papás. Es decir se busca imitar el juego que el niño o niña realice. Esto permite demostrar interés, atención, ayuda a la autoestima, y funciona como una base para la toma de turnos, que es una de las habilidades sociales más importantes.

Describir:

Implica observar de forma atenta lo que el niño está haciendo, y comentar aquello que es adecuado, ayuda a involucrar una participación activa del papá, lo que demuestra interés en lo que hace el niño, pero sin quitarle liderazgo; fomenta la resolución de problemas con una intervención mínima, pero mostrando atención plena; envía respuestas positivas, modela y corrige procesos gramaticales en su lenguaje.

Entusiasmo:

Se refiere a la demostración de entusiasmo por parte de los papás, enfocado en lo que el niño está haciendo, manteniendo un tono de voz animado y motivado, para

que la interacción sea más cálida, creando un ambiente agradable, y que envíe mensajes de interés y motivación por lo que se está haciendo en el momento de la interacción padre e hijo.

Así mismo, en esta fase se entrena las habilidades de atención:

Atención estratégica:

Nos permite romper con los ciclos de atención negativa. Disminuyendo las conductas no deseadas y reforzando los comportamientos o cualidades deseables en el niño o niña, como ser amable, ser cuidadoso con los objetos o juguetes, seguimiento de instrucciones, etc. La atención estratégica se basa en seleccionar las conductas deseadas en los niños e implementar elogios específicos para reforzar estas conductas. Esta habilidad está relacionada con la habilidad de ignorar selectivamente, porque solo se centra en las conductas a reforzar y se ignoran las conductas no deseadas.

Ignorar selectivamente:

Esta habilidad consiste en ignorar de manera selectiva las conductas no deseadas de los niños y niñas, evitando proporcionar atención negativa con estas conductas, como llamar la atención o algún regaño. Es una habilidad en complemento de la atención estratégica, que ayuda a un aprendizaje de comportamientos prosociales, aplicado para problemas de conducta concretos, reforzando las conductas que se quiere que los niños aprendan. En excepción todas las situaciones que ponen en riesgo a la niño o niñas y a terceras personas.

Del mismo modo, es importante en esta primera fase de la terapia, que los padres aprendan qué es lo que se debe evitar en la interacción, para que esta sea más placentera, disfrutable y fomente el fortalecimiento del vínculo padre-hijo, lo que será fundamental en la segunda parte de la terapia. Describiremos a continuación las conductas que se deben evitar:

Comandos/órdenes:

Una de las conductas a evitar es el uso de órdenes durante el tiempo de juego especial, porque su uso quita el protagonismo al niño durante el juego, y se pueden desencadenar situaciones desagradables si desobedece dicha orden. El objetivo de la primera etapa de la terapia es dejar liderar al niño o niña el juego, fomentando un juego agradable y amigable.

Preguntas:

Las preguntas deben evitarse con el objetivo de que los padres sigan la conversación interactiva con el niño, evitando mostrar desaprobación, falta de atención, así como que permitan al niño seguir liderando y dirigiendo.

Es importante que se cuide el tono de la voz; no quiere decir que nunca deben hacer preguntas, ya que éstas también pueden estimular la creatividad, ser fuentes de información y potencializar el desarrollo de lenguaje, pero sí deben ser

reflexionadas y elaboradas cuidadosamente, y no usarse de forma excedida, para que favorezcan estas áreas en lugar de obstaculizar.

Crítica/Sarcasmo:

La crítica es una afirmación negativa o contradictoria sobre lo que hace el niño, donde de forma sutil se le expresa qué no debe hacer, siendo un tipo de orden negativa.

El sarcasmo es un tipo de crítica dada de forma sutil. Tanto la crítica como el sarcasmo tienden a aumentar algunas conductas que no se desean, en lugar de disminuirlas, cuando se hace uso de estas habilidades, el niño suele sentirse avergonzado, y los momentos de interacción entre los papás y el niño pueden ser desagradables y provocar problemas en la autoestima; por lo que es fundamental poder evitarlas durante la interacción entre los padres e hijos.

2. Interacción Dirigida por el padre (IDP):hace referencia a la interacción dirigida por el padre, donde aprenden habilidades para mejorar el cumplimiento de los niños y disminuir los comportamientos disruptivos. Estas habilidades incluyen dar instrucciones eficaces, elogiar el cumplimiento, utilizar el tiempo fuera en la silla ante el incumplimiento y establecer reglas internas permanentes.

Esta fase es de suma importancia porque los niños de edad temprana están en proceso de desarrollo y de socialización. Este periodo es fundamental porque se aprende a seguir reglas mediante el juego, la toma de turnos y la resolución de problemas.

Hay que resaltar que los niños con conducta disruptiva y/o con problemas de desarrollo están en mayor riesgo de abuso, sobre todo si hay otros factores de riesgo en la familia, por lo tanto, el objetivo principal de IDP es mejorar el bienestar de los niños, la reducción del estrés y la tranquilidad mental de los padres; del mismo modo los padres enseñan a sus hijos a seguir instrucciones estableciendo pequeñas metas de cumplimiento a lo largo del camino.

Uno de los objetivos de la segunda fase de la terapia es enseñar a los padres a realizar instrucciones efectivas, aprendiendo qué tipo de instrucciones tienen mayor probabilidad de provocar el cumplimiento en los niños oposicionistas o que se niegan a cumplir instrucciones. Este incumplimiento puede corregirse si los padres formulan instrucciones de forma adecuada.

Así es como la TIPH busca que las instrucciones que se empleen sean directas y precisas, para dejar claro al niño que es lo que se espera que haga. Que sean simples, pues en edad preescolar y particularmente niños con problemas de atención no pueden retener largas series de instrucciones, por lo que de hacerlo así, se puede provocar el incumplimiento de las mismas.

La TIPH emplea la disciplina del tiempo fuera, esta es una disciplina conductual que se emplea en niños y niños con la finalidad de establecer consecuencias ante el

incumplimiento de las instrucciones establecidas por los padres. Se establece una dinámica paso a paso para llevar a cabo esta disciplina.

La silla del tiempo fuera consiste en permanecer sentado en una silla durante 3 minutos y 5 segundos de silencio, se evitan actividades estimulantes para el niño o niña, como el juego y se pierde todo tipo de atención por parte de los padres. Además es una consecuencia que puede ocurrir inmediatamente después del incumplimiento de la instrucción y lo más importante, es una forma segura de aplicar una consecuencia ante la desobediencia, que evita el uso de la violencia o castigos que dañen la integridad del niño, es decir, no incita a la violencia. Es una disciplina que puede aplicarse en diferentes espacios como; la casa y en lugares públicos, es decir la silla de tiempo fuera viaja con los padres, con la finalidad de ser consistentes y no perder efectividad. Es claro que se toman diferentes precauciones cuando la disciplina se aplica en lugares públicos.

Cabe resaltar que el uso de la TIPH en la población con TDAH, tiene un enfoque de intervención temprana, siendo eficaz para tratar las conductas oposicionistas comórbidas que son comunes en esta población. Ajustándose a las necesidades constantes que se requieran en la segunda parte de la terapia, de forma individual disminuyendo las conductas disruptivas y aumentando la probabilidad del cumplimiento de instrucciones.

1.3.1 TIPH Y TDAH

La TIPH se ha utilizado en niños y niñas con diagnóstico de TDAH, y hasta ahora se han encontrado resultados prometedores que permiten pensar en esta estrategia terapéutica como una alternativa de tratamiento para esta población.

Matos et al. (2009) intervinieron en 32 familias con un hijo o hija con TDAH por medio de la TIPH y reportaron reducción en la hiperactividad, agresividad, oposicionismo, conductas desafiantes, inatención y menos estrés parental, además se sumó el uso de prácticas parentales adecuadas y proactivas.

Por su parte, Sehli et al. (2021) intervinieron con dos niños de edad preescolar, quienes presentaban hiperactividad, impulsividad e inatención. Al pasar por el proceso de intervención con la TIPH, se obtuvieron resultados que mostraron la disminución de dichos rasgos en el comportamiento de estos niños/as.

Se han localizado algunos antecedentes que han utilizado la TIPH en familias de hijos/as con TDAH que se han interesado en el área emocional. En la búsqueda bibliográfica sólo se localizó una investigación que indaga los cambios en la regulación emocional asociados a la TIPH, aunque está se enfocó en la regulación emocional de los padres.

Zimmer- Gembeck et al. (2018) realizaron una investigación para comprobar la eficacia de la TIPH en problemas de conducta infantil, específicamente de comportamientos de externalización e internalización en los niños, así como

problemas en las habilidades de crianza, altos índices de estrés parental, problemas de regulación emocional y problemas de funcionamiento reflexivo en los padres. Para ello participaron 139 niños con sus respectivos cuidadores. Los resultados mostraron que los padres lograron una mayor regulación de las emociones, reducción de prácticas de crianza negativas (de rechazo, coercitivas y caóticas), se alcanzaron relaciones más seguras entre padres e hijos, los padres aprendieron a contener de manera efectiva la angustia relacionada con sus hijos y en consecuencia disminuyen los comportamientos disruptivos de los niños.

1.4. Programas de socialización de las emociones.

De acuerdo a England-Mason y Gonzalez (2020), los padres cumplen un papel fundamental en el desarrollo emocional de sus hijos, éstos fungen como modelos de regulación, conciencia y expresión emocional, así como del aprendizaje de resolución de conflictos. lo cual se logra a través de cómo los mismos padres reaccionan ante determinados eventos y cómo es que expresan sus propias emociones. Las autoras argumentan que el impacto es mayor en los primeros 3 años de vida de los niños. De ahí deriva la importancia de intervenciones que aborden dificultades emocionales y de autorregulación durante la primera infancia.

Siguiendo con el planteamiento anterior, siendo los padres lo que intervienen como modelos de regulación emocional, los niños observan a estos modelos emocionales, sus padres, durante las interacciones sociales que mantienen, donde éstos expresan sus emociones de formas específicas ante distintas emociones.

Aunado a lo anterior, Vite, López y Negrete (2010), describen que las intervenciones de orden conductual permiten enseñar a los padres habilidades disciplinares y de obediencia para con sus hijos, mismas que se basan en estrategias de reforzamiento positivo. En todo este proceso interventivo, será de gran importancia la sensibilidad materna, la cuál hace referencia a “interacciones sincrónicas, reguladas y oportunas, propias de un cuidado hábil en adaptarse al estado, necesidades y señales de su hijo” (Florente & Negrete, 2010; Isabella & Belsky, 1991; Parpal & Maccoby, 1985, Claude & Lynch, 1987). De ello dependerá que la interacción entre padres-hijos sea positiva y cooperativa, o bien, esté permeada de afecto negativo.

Del mismo modo, Ellis et. al (2014), mencionan que el clima emocional familiar dentro de las prácticas de crianza que se lleven a cabo, son un factor crucial en el desarrollo emocional infantil. Por ello, se describen algunos programas de socialización de las emociones a continuación:

Sintonizando con los niños o TIK, por sus siglas en inglés para Tuning in to Kids. Es un programa de intervención grupal, el cual ofrece a los padres un entrenamiento enfocado en las competencias emocionales. La base que lo sustenta sostiene que “las meta emociones de un padre comprende un conjunto estructurado de emociones y cogniciones que rodean sus propias emociones y las de sus hijos, lo

que a su vez le da forma a sus comportamientos parentales en relación con las emociones de sus hijos” (England- Mason & Gonzales, 2020; Gottman et. al 1997). El que los padres aprendan a validar las emociones de sus hijos, trae consigo reducción de conductas disruptivas en estos niños.

Terapia de Interacción Padres- Hijos- Desarrollo Emocional o PCIT- ED, por sus siglas en inglés, para Parent- Child Interaction Therapy- Emotion Development. Es una intervención de entrenamiento parental para trabajar las dificultades que presentan niños en edad preescolar en relación a las competencias emocionales, a través de reconocer sus propias emociones, sentimientos y pensamientos relacionados con sus hijos, así como etiquetar y regular las emociones de sus hijos. La importancia de esta intervención radica en poder disminuir los problemas de desregulación emocional y problemas de conductas derivados de la misma, principalmente en niños con depresión o diagnóstico de TDAH.

Por último, la Triple P Emocional Mejorada, o EETP, por sus siglas en inglés para Emotion Enhanced Triple P. Siguiendo a Salmon et. al. 2009, es un programa basado en el modelo de desarrollo del comportamiento antisocial, de la teoría sociocultural. De esta forma, Salmon et. al (2014), plantean que los padres son los encargados de socializar las competencias emocionales de sus hijos, lo que desemboca en la disminución de problemas de conducta, al ser los padres capacitados para etiquetar y manejar las emociones, modelar e implementar estrategias con base al contexto de forma eficaz la regulación emocional.

2. Antecedentes.

La búsqueda bibliográfica realizada por el trabajo de investigación, sólo localizó un trabajo que presenta resultados en la inteligencia emocional cuando se aplicó la PCIT en familias con niñas y niños de 3 a 7 años con TDAH, presentando a continuación el artículo localizado de los autores Chronis-Tuscano et al.

Chronis-Tuscano et. al (2014) realizaron una adaptación a la PCIT, integrando un entrenamiento emocional durante las fases de CDI y PDI, para trabajar la regulación emocional que podían brindar los padres a los niños y niñas. Para ello contaron con la participación de 6 familias piloto, con hijos diagnosticados con TDAH, adaptando la PCIT como PCIT- ED (Emotional Development, por sus siglas en inglés), donde integraron el entrenamiento de emociones para los padres en las fases de CDI y PDI. En CDI, los papás comenzaron a etiquetar las emociones positivas en la fase de CDI, llamando a ello “descripciones emocionales”; en cuanto a la fase de PDI, los papás le dan un enfoque más directo a las emociones y los sentimientos, modelando y etiquetando sus propias emociones, haciendo uso de la relajación y de estrategias en la resolución de problemas. Aplicando estas modificaciones a la PCIT estándar, demuestran que no solo se mejoraron las conductas disruptivas, los problemas externalizantes e internalizantes en estos niños, sino que los padres funcionaron como un modelo de regulación emocional para sus hijos, mismos que

aprendieron a identificar factores que están bajo su control, disminuyendo el estrés y pudiendo dar mejor resolución a sus problemas para una crianza más pro-activa y cálida, pero con límites firmes no coercitivos.

3. Planteamiento del problema.

De acuerdo al DSM- V (2014), el TDAH es trastornos del neurodesarrollo, caracterizado por ser un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, por lo que se involucran dificultades en la conducta y en el área cognitiva.

Aunque existe evidencia acerca de que el TDAH también altera el desarrollo del área emocional. Por ejemplo, Shapiro et al (1993) al comparar el rendimiento de niños con TDAH y niños de desarrollo típico, usando una batería de pruebas encargada de evaluar las habilidades para identificar estímulos emocionales, demostró que los niños de 6 a 8 años de edad, con TDAH, fueron menos precisos al momento de reconocer las emociones en el rostro humano. Por otro lado, Singh et al. (1998) evaluaron la habilidad de 50 niños y adolescentes con TDAH para reconocer seis emociones básicas: miedo, tristeza, alegría, asco, sorpresa y enfado, y se concluyó que los sujetos con TDAH tiene dificultades para identificar estas emociones en las expresiones faciales, reconociendo las emociones en un 74%, mientras que la población típica las logró reconocer en un 89%. Y Wender y Reimherr et al (1985), encontraron que adultos con TDAH que presentan dificultades en la atención, la desorganización, impulsividad e hiperactividad, presentan también problemas de afectividad, entre ellos de labilidad emocional (cambio brusco en el estado de ánimo o el estado emocional), excesiva reactividad emocional y carácter irritable, características que se encuentran dentro de las desregulación emocional.

Así mismo, como se revisó en el marco teórico y en la revisión de antecedentes, existen investigaciones que afirman que la inteligencia emocional se ve afectada en personas que presentan este trastorno, concluyendo que debido a la inatención y la impulsividad se presenta baja tolerancia a la frustración y al estrés, altos índices de irritabilidad y agresividad, baja autoestima y dificultades en sus relaciones sociales y afectivas

La PCIT es una estrategia terapéutica de entrenamiento parental, que ha demostrado su eficacia al trabajar con problemas de conducta disruptiva infantil, en trastornos de conducta y en problemas de externalización e internalización; sin embargo, son muy pocos los estudios que han buscado conocer si la PCIT tiene algún efecto en la Inteligencia emocional, por lo que, al conocer sobre las dificultades que la población con TDAH enfrentan en el aspecto emocional, esta investigación tiene como objetivo conocer los cambios en la inteligencia emocional en niños de 4 a 8 años de edad, con diagnóstico de TDAH, al utilizar una intervención basada en la TIPH.

4. Justificación

El TDAH es uno de los Trastornos del Neurodesarrollo más comunes. La prevalencia del TDAH es del 5% en niños y del 2.5% en adultos en la mayoría de las culturas, esto según datos proporcionados por el DSM-V (2014); más específicamente, en nuestro país, según los datos que arrojó la UNAM en 2021, con base a datos tomados de la OMS, hay aproximadamente un millón y medio de niños y niñas, menores de 14 años, que se ven afectados por este trastorno. El TDAH es un trastorno con una alta probabilidad de comorbilidad, y según lo reportado por Martínez et al. (2009), esta comorbilidad se da particularmente con Trastornos Disruptivos, tal como lo son el Trastorno oposicionista desafiante (TOD) o Trastorno disocial de la conducta (TDC), la probabilidad de que se presenten esta entre 70% para el TOD y un 30% para TDC; de igual forma se encuentra comorbilidad con Trastornos de ansiedad en un 25% de probabilidad, depresión con un 30% y el trastorno afectivo bipolar en un 4% aproximadamente; tics motores, trastorno obsesivo- compulsivo y con Trastorno específico de aprendizaje (TEA): dislexia, disgrafía y discalculia.

Tales comorbilidades trae varias consecuencias en esta población, ya que no solo se enfrentan a los síntomas de inatención y/o hiperactividad- impulsividad; sino que además se tienen que enfrentar a problemas como baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, problemas de conducta, problemas en la IE y dificultades en el ámbito académico, por lo que su rendimiento suele ser bajo, obstaculizando su aprendizaje.

Siguiendo esta línea, dicha población también se enfrenta a problemas de socialización, los cuales no solo se asocian a las características mismas del TDAH, y/o a la comorbilidad que pudiera presentar el sujeto, sino que también se ven asociados a las dificultades en la IE, pues ésta influye en la forma en la que nos relacionamos con nuestro entorno, siendo un factor de gran relevancia para construir formas de convivencia social que permitan establecer relaciones interpersonales satisfactorias. Estableciendo esto, las dificultades que se enfrentan se ven sujetas a problemas para reconocer el sentir del otro, a crear relaciones empáticas, problemas para adaptarse a los cambios del entorno y poca tolerancia a la frustración, lo que desemboca en dificultades para adaptarse a grupos sociales y a lo que se demanda en ellos, como lo son las normas de convivencia que puedan establecerse, por lo tanto, las personas con estas características tienden a ser rechazados por otros y teniendo poco acceso para formar vínculos duraderos y satisfactorios.

De ahí la importancia de establecer mejores estrategias de intervención y tratamiento a las personas diagnosticadas con TDAH, lo que beneficia directamente a esta población y de forma indirecta, a las personas que se encuentran en convivencia con ellos y ellas. Esta investigación pretende indagar sobre la eficacia de la TIPH, no solo al intervenir en el TDAH y los problemas de conducta que se presentan en el mismo sino principalmente en las dificultades que esta población

enfrenta en la IE; esto con el fin de contribuir en el estudio del TDAH de forma profesional buscando estrategias de intervención temprana basadas en evidencia y viables.

5. Preguntas de investigación

Pregunta general: ¿La intervención con la TIPH ayuda a mejorar la inteligencia emocional en niños de 4 a 8 años, diagnosticados con TDAH?

Preguntas específicas:

1. ¿La intervención basada en la TIPH mejora la inteligencia intrapersonal emocional, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
2. ¿La intervención basada en la TIPH mejora la inteligencia interpersonal emocional, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
3. ¿La intervención basada en la TIPH mejora la adaptabilidad, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
4. ¿La intervención basada en la TIPH mejora el manejo del estrés , en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
5. ¿La intervención basada en la TIPH mejora el estado de ánimo, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH?

6. Hipótesis de investigación

La intervención basada en la TIPH mejora la inteligencia intrapersonal emocional, en niños de 4 a 8 años de edad, diagnosticados con TDAH.

La intervención basada en la TIPH mejora la inteligencia interpersonal emocional, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH.

La intervención basada en la TIPH mejora la adaptabilidad en la inteligencia emocional, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH.

La intervención basada en la TIPH mejora el manejo de estrés, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH.

La intervención basada en la TIPH mejora el estado de ánimo en general de la inteligencia emocional, en niños de 4 a 8 años con diagnóstico de TDAH.

7. Objetivos de investigación

Objetivo general:

Conocer los cambios en la inteligencia emocional en niños de 4 a 8 años de edad, con diagnóstico de TDAH, al utilizar una intervención basada en la TIPH.

Objetivos específicos:

1. Conocer los niveles de la Inteligencia emocional intrapersonal antes y después de una intervención basada en la TIPH, en niños y niñas de 4 a 8 años, diagnosticados con TDAH.
2. Conocer los niveles de la Inteligencia Emocional Interpersonal antes y después de la intervención basada en la TIPH, en niños y niñas de 4 a 8 años, que han sido diagnosticados con TDAH.
3. Conocer los niveles de adaptabilidad, antes y después de la intervención basada en la TIPH, en niños y niñas de 4 a 8 años, que han sido diagnosticados con TDAH.
4. Conocer los niveles del manejo de estrés, antes y después de la intervención basada en la TIPH, en niños y niñas de 4 a 8 años, que han sido diagnosticados con TDAH.
5. Conocer el estado de ánimo, antes y después de la intervención basada en la TIPH, en niños de 4 a 8 años, que han sido diagnosticados con TDAH.

8. Método:

Esta investigación se realizó por medio de un estudio de enfoque cuantitativo, tuvo un diseño pre- experimental con medición de un solo grupo, y evaluación pretest y postest.

8.1. Muestra:

El tipo de muestra utilizada en la investigación es no probabilística, por sujetos tipo, en este caso se establecieron criterios de exclusión e inclusión para la selección de la muestra.

8.2 Criterios de inclusión:

Haber sido diagnosticado con TDAH por un neuropediatra o paidopsiquiatra y cuyo diagnóstico sea compartido por la familia por escrito, realizado previamente con especialista.

Niñas y niños con TDAH que presentan problemas de conducta, con un puntaje ECBI mayor o igual a 114.

Tener entre 4 y 8 años de edad.

Que el TDAH sea el trastorno del neurodesarrollo predominante aunque se presente con características de otros trastornos como trastorno oposicionista desafiante, trastorno específico de lenguaje (TEL), etc.

8.3 Criterios de exclusión:

Tener más de 8 años de edad.

Tener diagnóstico de otro Trastorno del Neurodesarrollo que predomine sobre el TDAH.

8.4. Criterios de eliminación:

Dos o más faltas continuas al proceso terapéutico, sin aviso previo, causará baja definitiva como participante de la investigación.

9. Instrumentos:

Entrevista anamnésica:

Entrevista semiestructurada aplicada a los padres antes de la intervención con TIPH, con el objetivo de conocer cómo ha sido el desarrollo del paciente, en sus diferentes esferas, así como para saber cuáles son las dificultades principales en la conducta del niño y contar con un punto de partida que permita guiar la intervención a lo que se busque mejorar con la misma, dependiendo de las particularidades de cada familia.

Para ello la entrevista busca indagar y recopilar información de las siguientes áreas: datos de identificación, salud física y mental de los padres, antecedentes familiares, desarrollo pre, peri y posnatal; alimentación, desarrollo motriz, hábitos de sueño, periodo de 1 a 2 y de 3 a 6 años de edad, experiencia escolar, relaciones sociales entre pares y con los padres, rasgos de personalidad, eventos estresantes y disciplina en casa (anexo 1).

Escalas de Conners:

Instrumento de evaluación psicológica construida en 1969 por Keith Conners, dirigida a niños, niñas y adolescentes, de 3 a 17 años de edad, que se encarga de evaluar síntomas de hiperactividad, desatención y problemas de conducta; será aplicado antes y después de la intervención con TIPH, con el objetivo de medir si hubo cambios en la conducta de la población muestra; el rango clínico a considerar es que la puntuación sea igual o mayor a 70.

El cuestionario es contestado por los padres y los profesores, para medir:

- a) Escala para padres: alteraciones en la conducta, miedo, ansiedad, inquietud-impulsividad, inmadurez, problemas de aprendizaje, problemas psicósomáticos, obsesión, conductas antisociales e hiperactividad (anexo 2).
- b) Escala para profesores: hiperactividad, problemas de conducta, labilidad emocional, ansiedad-pasividad, conducta antisocial y dificultades en el sueño (anexo 3).

BarOn EQ- i:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On: versión para jóvenes (7-18 años).

Instrumento diseñado en 1997 y adaptada a la población española en 2018, es encargado de evaluar la IE y sus componentes socioemocionales, en un rango de 7 a 18 años de edad; está compuesto por 60 ítems, compuesta de la escala de Inteligencia Emocional Total, donde se integran cinco subescalas, los autores de este inventario son R. Bar-On y J. D. A. Parker, y los encargados de adaptarla: R. Bermejo García, C. Ferrándiz García, M. Ferrando Prieto, M. D. Prieto Sánchez y M. Sáinz Gómez.

Este instrumento fue aplicado antes y después de la intervención con PCIT, con el objetivo de conocer el estado de la IE antes de la intervención y si después de realizar la misma hubo cambios significativos en este aspecto.

El inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On utiliza las siguientes dos escalas (anexo 4):

- a) Inteligencia Emocional Total (IET), de la cual se obtiene un puntaje global de la IE, y aunado a ella, se integran las siguientes subescalas:
 - i) Intrapersonal. Mide el autoconocimiento y la expresión emocional del evaluado.
 - ii) Interpersonal. Evalúa la conciencia social y relaciones interpersonales.
 - iii) Adaptabilidad. Mide la capacidad que el evaluado tiene para gestionar los cambios.
 - iv) Manejo del estrés (ME). Evalúa las habilidades para manejar y autorregular sus emociones.

- b) Estado de ánimo (EA). Se mide como una variable que es parte de la motivación, considerada relevante para facilitar los componentes de la Inteligencia Emocional.

Incluyendo dos subescalas que miden la validez de dicha prueba:

- a) Inconsistencia: valora si hay discrepancia entre las respuestas en ítems similares.
- b) Impresión positiva: valora si hay una percepción excesivamente favorable sobre sí mismo.

Tabla 3:

Tabla Guía de interpretación de las puntuaciones transformadas CI.

Rango	Interpretación	
Mayor o igual a 130	Extremadamente alto	Capacidad emocional y social atípicamente bien desarrollada
120-129	Muy alto	Capacidad emocional y social muy bien

		desarrollada
110-119	Alto	Capacidad emocional y social bien desarrollada
90-109	Medio	Capacidad emocional y social adecuada.
80-89	Bajo	Capacidad emocional y social subdesarrollada y con espacio para la mejora.
70-79	Muy bajo	Capacidad emocional y social muy subdesarrollada y con considerable espacio de mejora.
Menor o igual a 69	Extremadamente bajo	Capacidad emocional y social atípicamente subdesarrollada.

Tomada de *Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes (7- 18 años)* (p. 43) por R. Bar-On & J. D. A. Parker, en R. García, C. Ferrándiz, M. Ferrando, M. D. Prieto & M. Sáinz (2018) Manual tea: Madrid.

Instrumentos asociados a la TIPH:

Cabe mencionar que dichos instrumentos no están estandarizados a la población mexicana, por lo que se hizo una traducción de los mismos.

Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés para, Eyberg Child Behavior Inventory):

Instrumento diseñado en 1978 por la Dra. Sheila Eyberg, permite medir los problemas de comportamiento en el niño/a, en un rango de edad de 2 a 7 años de edad. Este inventario es contestado en cada una de las sesiones, por los padres, con el objetivo de evaluar cuáles han sido los cambios en el comportamiento mediante las intervenciones con la TIPH.

El ICIE se divide en dos escalas: una de ellas mide la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas con un rango clínico igual o mayor a 114; la otra escala puntúa la percepción del número de conductas problemáticas, con un rango clínico de 15 (anexo 5).

Inventario de Conducta para Maestros de Surtter- Eyberg Revisado (ICMSE-R o SESBI- R por sus siglas en inglés, Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory-Revised):

Instrumento diseñado en 1978 por la Dra. Sheila Eyberg, se encarga de medir el comportamiento estudiantil, en un rango de edad de 2 a 7 años. Es contestado por los profesores antes y después de la intervención por medio de la PCIT, con el objetivo de evaluar si se han presentado cambios en la conducta.

ICMSE-R, se divide en dos escalas: percepción de la frecuencia de conductas problemáticas , con un rango clínico de 151; y la escala de percepción del número de conductas problemáticas, con un rango clínico de 19 (anexo 6).

Hoja de progreso TIPH:

Es un formato diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, que permite al psicólogo recopilar y registrar las puntuaciones y los datos obtenidos de los siguientes instrumentos: SCIDPH- III e ICIE, por ello es utilizado en cada una de las sesiones de intervención; esto con el objetivo de mostrar a los padres el avance y los cambios que se han presentado con la intervención, tanto en la conducta del niño, como en el progreso del manejo en las habilidades que los padres están aprendiendo (anexo 7).

Fase 1: IDN.

Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres- Hijos - III (SCIDPH o DPICS- III por sus siglas en inglés PARA Dyadic Parent- Child Interaction Coding System - III):

SCIDPH III es un formulario diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, para calificar la observación de la interacción entre padre-hijo durante el tiempo de juego especial, durante la fase de Coaching IDN y más adelante en IDP, llevado a cabo en la cámara de Gesell (anexo 8).

Para obtener los resultados de este instrumento tanto el terapeuta como el coterapeuta suman sus puntajes para obtener un promedio.

Se observa el uso y dominio de las habilidades EPIDE, como se representa en la tabla 4:

Tabla 4:

Habilidades EPIDE (frecuencia para lograr la maestría):

<i>Habilidad:</i>	<i>Maestría a alcanzar:</i>
Elogiar:	10 elogios en 5 minutos.
Parafrasear:	10 elogios en 5 minutos.
Imitar:	Satisfactorio
Describir:	10 elogios en 5 minutos.
Entusiasmo:	Satisfactorio

Adaptada de table 5.1 criteria for mastery of Child- Directed Interaction Skills during a 5 min play session, en cap.5 Coaching Child- Directed Interaction, Parent- Child Interaction Therapy (p. 86) por C. B. McNeil & T. L. Hembree- Kigin, 2011.

Adicionalmente, se entrena el “Ignorar selectivamente el comportamiento disruptivo”, calificando como Satisfactorio/ Necesita práctica; se registra el uso de habla neutral y los elogios generales, sin maestría de dominio.

Así mismo, en el formato DPICS- III, también se va codificando lo que se debe evitar durante el tiempo de juego especial:

Tabla 5:

Habilidades a evitar y maestría a lograr:

<i>Evitar:</i>	<i>Maestría a alcanzar:</i>
Órdenes:	No más de 3 preguntas + órdenes + críticas.
Preguntas:	
Sarcasmo y críticas:	

Adaptada de table 5.1 criteria for mastery of Child- Directed Interaction Skills during a 5 min play session, en cap.5 Coaching Child- Directed Interaction, Parent- Child Interaction Therapy (p. 86) por C. B. McNeil & T. L. Hembree- Kigin, 2011.

Resaltando que en el primer SCIDPH-III los padres aún no tienen el conocimiento teórico de IDN, por lo tanto, la primera sesión es para observar con qué habilidades cuentan los padres previamente al tratamiento, y las siguientes codificaciones se harán con el objetivo de verificar el progreso de los padres en el dominio de las habilidades de TIPH.

Hoja de tarea IDN:

Es un formato diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, dirigido a los padres, donde se registran los 5 minutos diarios de juego especial a lo largo de la semana, utilizando y poniendo en práctica las habilidades EPIDE (Elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir y Entusiasmo), la atención estratégica, ignorar selectivamente, y practicando el evitar la crítica, el sarcasmo, las preguntas y las órdenes; en la hoja se registra, si se realizaron los 5 min de juego especial o No se realizaron, qué actividad se realizó, dudas o dificultades que se presentaron durante los 5 min de juegos especial realizados en casa, con cada uno de los padres; con el objetivo de conocer los progresos en el uso de las habilidades, en la interacción entre los padres y el hijo y en las problemáticas, particulares, que deseen abordar y mejorar (anexo 9).

Fase dos: IDP.

Hoja de codificación IDP:

Formato diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, la hoja de codificación IDP es utilizada en la parte de coaching IDP, el terapeuta codifica sólo secuencias de comandos, no habilidades EPIDE. En la hoja se registran los siguientes apartados: Número de la sesión, Orden, Obedeció o Desobedeció; Elogio específico si obedeció la orden; si

desobedeció se registra si hubo Advertencia de silla de tiempo fuera, Obedeció o Desobedeció; Elogio general, si obedeció, Silla y Tiempo fuera en habitación (anexo 10).

El objetivo de hacer uso de este instrumento es para poder observar, de manera sistematizada, el progreso de la interacción entre padres e hijos durante la segunda y última fase de TIPH, la fase IDP, todo mediante la evaluación de dominio en la maestra de esta fase, la cual consiste en lo siguiente:

Tabla 6:

Características de la codificación de IDP:

Durante los 5 minutos de codificación al comienzo de la sesión, los padres deben dar al menos 4 órdenes.
Al menos el 75% deben ser efectivas (Ejemplos: directos, estados-positivos, comandos sencillos que provean una oportunidad para el niño o niña de completar)
Los padres deben mostrar al menos el 75% de seguimiento correcto, después de haber dado un comando efectivo (Elogio específico después de obedecer y advertir después de no obedecer).
Adicionalmente, si el niño requiere un tiempo fuera durante la observación, el padre debe seguir exitosamente a través del procedimiento del PDI (ejemplo: la interacción debe terminar con un elogio específico por completar y seguir la orden dada).

Adaptada del Anexo 10: Hoja de codificación de PDI, en *Parent- Child Interaction Therapy* (p. 449) por C. B. McNeil & T. L. Hembree- Kigin, 2011.

Hoja de tarea IDP (anexo 11):

La hoja de tareas de PDI es un formato diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, donde se registran los 5 min diarios de juego especial durante la semana, utilizando las secuencias de comandos aprendidas en IDP, es decir una secuencia de órdenes con un objetivo, si el niño cumple o no cumple, el elogio específico por cumplimiento o la advertencia de tiempo fuera y el ir a tiempo fuera. En la hoja se registra, SI practicó IDP o NO practico IDP, número de tiempo fuera en la silla, número de tiempo fuera en la habitación y preguntas, problemas o preocupaciones que surgieron en los 5 min de juego especial (anexo 11). Es importante mencionar que los terapeutas que evalúan las habilidades y observan a la diada, tienen un proceso de capacitación de aproximadamente 1 año, dirigido por terapeutas con mayor experiencia en la implementación de la TIPH.

10. Procedimiento:

Se realizó una convocatoria abierta para contactar a las familias que cumplieran con los criterios de inclusión del protocolo, y que quisieran ser parte de la presente investigación. Las familias se contactaron con alguna de las responsables de la

investigación, quienes solicitaron el diagnóstico por escrito del menor en cuestión. Una vez corroborado el diagnóstico y en consideración de los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, se establecieron fechas para iniciar con el proceso de evaluación inicial que constó de la lectura y firma del procedimiento y consentimiento informado respectivamente (anexo 1). En este se les explicó de manera general a las familias participantes cómo se trabajaría durante la intervención; después se procedió al llenado de algunos cuestionarios dirigidos a los padres, el Conners para padres (anexo 2), ICIE y el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On (anexo 6), así como la aplicación de dos cuestionarios dirigidos al docente del menor, el cuestionario ICMSE-R (anexo 6) y el Conners para profesores (anexo 3).

Dentro de la recolección inicial de datos, se llevó a cabo una entrevista anamnésica (anexo 12), con los padres, esto con el objetivo de conocer la historia clínica del paciente, y una observación inicial de la madre/padre con su hijo/hija durante 15 minutos de juego en tres diferentes situaciones (Interacción dirigida por el niño, Interacción dirigida por el padre/madre y limpieza del espacio).

Se continuó con la primera fase de la intervención, denominada Interacción dirigida por el niño/niña o bien, IDN; la cual constó de una sesión teórica llamada IDN, de aproximadamente dos horas, donde se abordaron los objetivos principales de la fase en cuestión, la enseñanza de las habilidades EPIDE que se pondrían en práctica, , atención estratégica e ignorar selectivamente, así como de las conductas a evitar durante la interacción, esta sesión se cerró con un juego de rol, donde los padres pusieron en práctica lo aprendido.

Posteriormente se procedió a tener 6 sesiones prácticas, denominadas “Coaching de IDN”, donde los padres jugaron con su hijo/hija en la cámara de Gesell durante 20 minutos cada uno, recibieron retroalimentación en vivo por medio del aparato auditivo y cuando alcanzaron los objetivos propuestos y la maestría en las habilidades de esta fase, se procedió a la segunda fase de la intervención. Cabe mencionar que para obtener la maestría de dichas habilidades, se sumaron los puntajes registrados tanto de la terapeuta como de la co-terapeuta para obtener el promedio.

Esta nueva etapa constó de 9 sesiones. En las primeras 3 sesiones, se dio una presentación denominada IDP, en donde se enseñaron de forma teórica las habilidades IDP, es decir, los padres fueron entrenados en formular y dar instrucciones eficaces, aprendieron a determinar cuando el niño/niña cumplía dicha instrucción y el seguimiento del tiempo fuera en una silla como consecuencia ante el incumplimiento; se realizó un juego de rol con los padres, y para finalizar se realizó otro juego de rol que incluyó al niño/niña para que conociera la dinámica que implicaría esta fase de la terapia.

Se dedicaron las 6 sesiones restantes a la práctica de las habilidades IDP en la clínica, donde los padres recibieron retroalimentación en vivo al momento de dar

instrucciones efectivas y el seguimiento del tiempo fuera; cuando alcanzaron la maestría de esta etapa y los objetivos a alcanzar en ella, se concluyó con la intervención.

Para cerrar el proceso terapéutico, se aplicaron nuevamente algunos cuestionarios que se habían realizado previos a la intervención, como lo fueron el Conners para padres (anexo 4), el Inventario de Inteligencia emocional de Bar-On (anexo 6), el ICIE (anexo 7), Conners para profesores (anexo 5) y el ICMSE-R(anexo 8).

Para finalizar la investigación se procedió al análisis cuantitativo de los resultados de la muestra; también se adjuntan los resultados tanto cuantitativos como una descripción cualitativa de cada uno de los casos que participaron en la presente investigación.

De ello se derivaron las discusiones y a las conclusiones a las que se llegó a partir de los datos obtenidos durante la intervención con las familias participantes

8.7. Procedimientos estadísticos:

Para el análisis de los datos, derivados de la aplicación semanal del ICIE se utilizó el análisis estadístico Porcentaje de Todos los Datos no Sobrelapados (PTDS o PAND por sus siglas en inglés para Percentage of All Non overlapping Data) (Richar I. Parker, Kimberly J. Vannest, John L. Davis, 2011, pp. 303-322). Por lo que incluimos en la descripción de estos resultados el valor de PAND, el valor de Phi y la probabilidad. El valor de Phi se agrega puesto que, como lo dice la bibliografía citada, da sustento y legitima el uso de PAND en el análisis del tamaño del efecto.

Para obtener la media y la desviación estándar de los datos obtenidos en las pruebas aplicadas en la pre y post intervención con la población trabajada, así como la prueba estadística se usó el programa libre de análisis estadístico JASP 0.17.2.1

11. Resultados:

9.1 Descripción de los participantes:

La muestra estuvo conformada por 4 familias participantes, cuyos hijos e hijas se encontraban en un rango de edad de 4 a 8 años, todos tenían un diagnóstico de TDAH y vivían en la ciudad de Querétaro o cerca de esta.

La participante del caso 1 presentó dificultades para comprender la dinámica de aplicación del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On. Por lo que los papás tuvieron que responder dicho inventario basándose en lo que logran identificar en su hija en cada una de las situaciones que muestran los ítems.

Así mismo, para ser homogéneos y evitar irregularidades en la forma de aplicación de este inventario, los padres de los casos posteriores, es decir, del caso 2, 3 y 4

contestaron al inventario de la misma forma en la que se aplicó a los padres del caso 1.

La familia del caso 1 abandonó el tratamiento después de la primera sesión de entrenamiento de la segunda fase: IDP, mientras que la familia del caso 3 abandonó el proceso terapéutico después de la quinta sesión de entrenamiento de la fase de IDP. Concluyendo el proceso terapéutico solamente las familias de los casos 2 y 4.

Tabla 7:

Características generales de los participantes:

# Caso	Código	Edad	Género	Dx principal	Comorbilidad	Conformada por:
1	OHMJ01	6 años	Femenino	Trastorno hiperquinético/ TDAH	Retraso Global del Desarrollo Daño Orgánico Cerebral	Tríada
2	AGD04	8 años	Masculino	TDAH	Trastorno de Aprendizaje	Tríada
3	SGCG05	6 años	Masculino	TDAH	NA	Díada
4	UJTC06	4 años	Masculino	Trastorno Hiperkinético de la Conducta/ TDAH	Trastorno de Lenguaje	Tríada

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

9.2 Resultados cuantitativos:

A continuación se exponen los resultados cuantitativos obtenidos de la presente investigación, en el siguiente orden:

- Resultados del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On
- Resultados del Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE).
- Resultados del Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres-Hijos - III (SCIDPH)
- Resultados de la Actividad Disciplinar en la Interacción Dirigida por el Padre/Madre (IDP)
- Resultados de la Escala de Connors para Padres
- Resultados de la Escala de Connors para Profesores.
- Resultados del Inventario de Conducta para Maestros de Surtter- Eyberg Revisado (ICMSE-R)

9.2.1 Resultados del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On.

Se evaluó la IE por medio del Inventario de Bar-On: versión para jóvenes (7 a 18 años) (Bar-On, et. al., 2018), el cual ofrece un puntaje global y puntajes individuales para cada escala y subescala.

Todos los puntajes obtenidos por medio de esta escala aumentaron en promedio, con excepción de la subescala Intrapersonal que disminuyó. Sin embargo, dado el número de participantes que concluyó el proceso terapéutico y que pueden ser incluidos en este análisis, no se pudo realizar una prueba estadística para saber si esta es una diferencia significativa. Los promedios y desviación estándar se resumen en la siguiente tabla y figura:

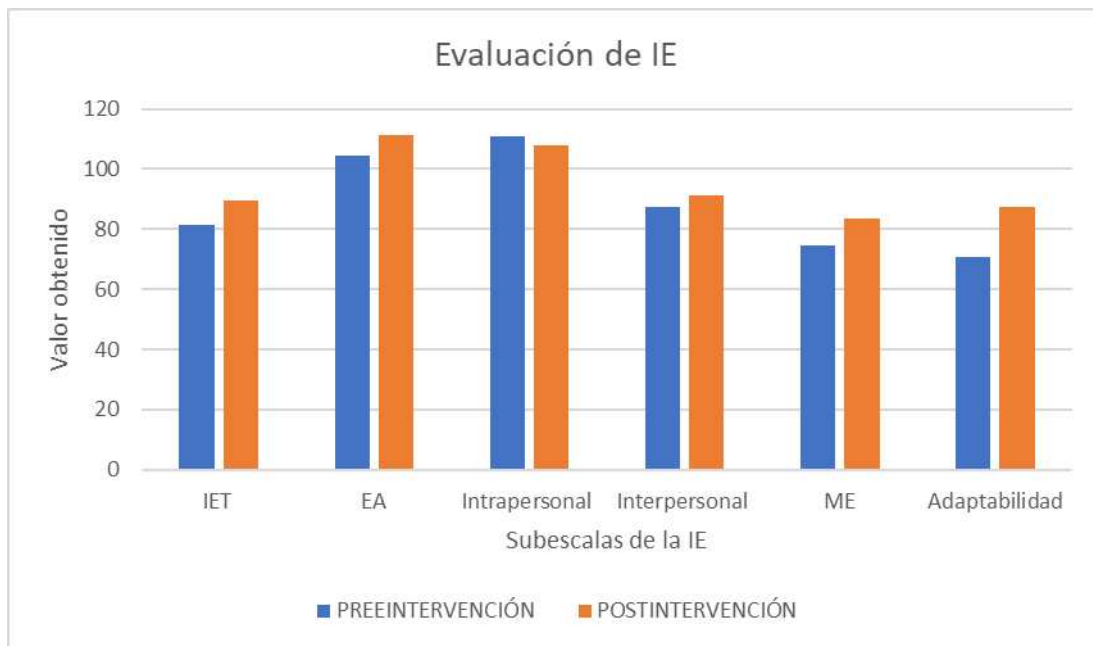
Tabla 8:

Resultados del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On (IE)

Cambios en Inteligencia Emocional asociados a la intervención basada en la PCIT		
Nombre de la escala-subescala.	Promedio y D.E. Antes de la PCIT n=4	Promedio y D.E. Después de la PCIT n=4
Inteligencia Emocional Total	\bar{X} = 81.5, D.E.= 16.4	\bar{X} =89.7, D.E.= 3.9
Estado de Ánimo	\bar{X} = 104.5, D.E.=11.6	\bar{X} = 111.2, D.E.= 6.0
Intrapersonal	\bar{X} = 110.7, D.E.=16.8	\bar{X} = 107.7, D.E.= 15.2
Interpersonal	\bar{X} = 87.5, D.E.= 7.5	\bar{X} = 91.2, D.E.= 4.7
Manejo del Estrés	\bar{X} = 74.7, D.E.= 12.3	\bar{X} = 83.5, D.E.= 10.3
Adaptabilidad	\bar{X} = 70.7, D.E.= 11.1	\bar{X} = 87.5, D.E.= 8.6

Figura 3:

Evaluación de IE previa y posterior a la intervención con la TIPH:



IET: Inteligencia Emocional Total. EA: Estado de ánimo. ME: Manejo de estrés.

9.2.2 Resultados Pre- y Post- Intervención del ICIE.

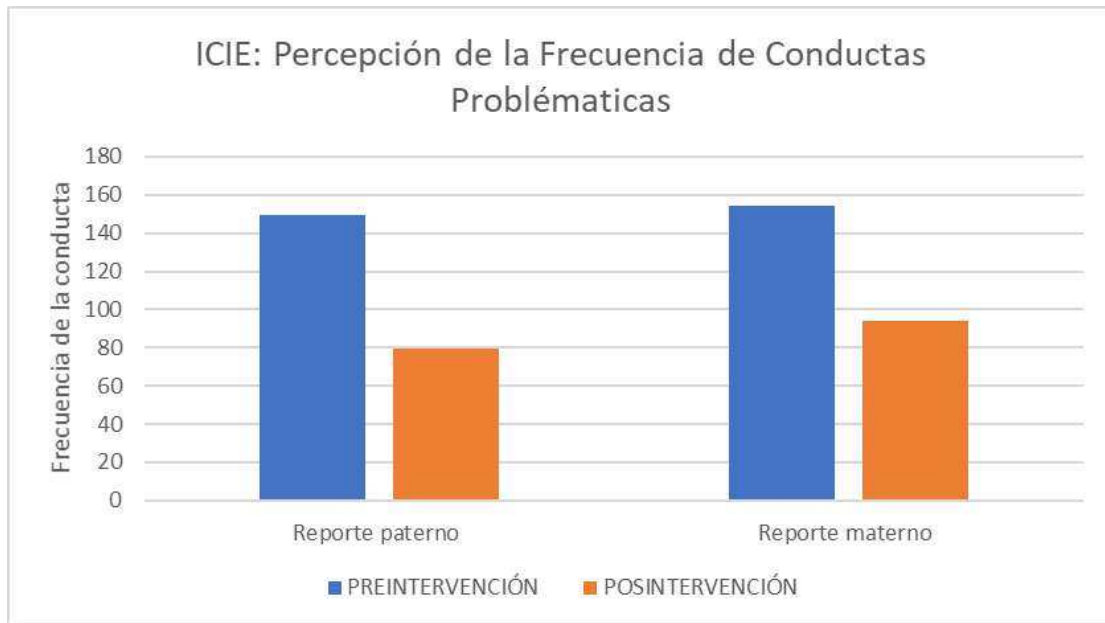
Se evaluaron por medio del ICIE la percepción paterna y materna de la frecuencia y el número de conductas problemáticas, como se muestra en las figuras 4 y 5.

El puntaje para la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas, de acuerdo a los resultados obtenidos en los reportes paternos antes de la intervención (n=4) fue de 149.2 ± 22.2 y después de la intervención de 79.3 ± 13.8 , lo que indica una tendencia a la disminución. Mientras que para los reportes maternos el puntaje obtenido antes de la intervención (n=4) fue de 154.5 ± 21.7 y tras la intervención 93.7 ± 17.6 lo que vuelve a mostrar una tendencia a la disminución.

En relación a la percepción del número de conductas problemáticas, los resultados de los reportes paternos antes de la intervención fue de 29.5 ± 3.1 y después de la intervención fue de 10 ± 11.5 Similar a lo que se encuentra en los reportes maternos pues antes de la intervención se obtuvo un puntaje de 26.5 ± 3 y después de la misma fue de 9.5 ± 6.4 .

Figura 4:

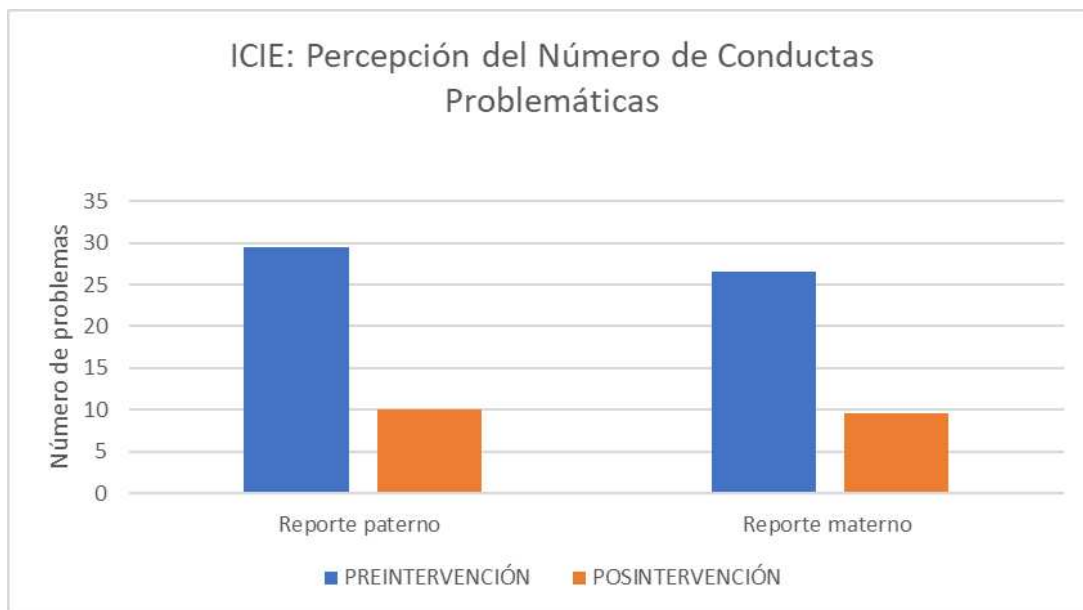
Evaluación de la Percepción de la Frecuencia de Conductas Problemáticas antes y después de la intervención con la TIPH.



Gráfica de resultados del inventario ICIE: Percepción de la Frecuencia de Conductas Problemáticas, reporte paterno y materno.

Figura 5:

Evaluación de la Percepción del número de Conductas Problemáticas antes y después de la intervención con la TIPH.



Gráfica de resultados del inventario ICIE: Percepción del Número de Conductas Problemáticas, reporte paterno y materno.

9.2.3 Resultados del SCIDPH.

a. Habilidades parentales entrenadas.

En las madres, dos de las tres habilidades entrenadas aumentaron su frecuencia de presentación (n=). Las madres dieron en promedio $\bar{X}=2.2$, D.E.=3.3 EE (elogios

específicos) antes de recibir el entrenamiento, mientras que al finalizar el mismo, dieron $\bar{X}=8.8$, D.E.=1.3. Antes del entrenamiento las madres dieron en promedio $\bar{X}=1$, D.E.=1.2 descripciones y posterior a la intervención dieron en promedio $\bar{X}=9.1$, D.E.=1.9 descripciones. Por el contrario, los parafraseos disminuyeron tras el entrenamiento, al inicio las madres dieron en promedio $\bar{X}=6.7$, D.E.=3.9 y en la evaluación posterior $\bar{X}=4.7$, D.E.=2.9.

En los padres, las tres habilidades entrenadas aumentaron su frecuencia de presentación (n=). Los padres dieron en promedio $\bar{X}=0.6$, D.E.=0.4 EE antes de recibir el entrenamiento, mientras que al finalizar el mismo, dieron $\bar{X}=7.2$, D.E.=0.9. Antes del entrenamiento los padres dieron en promedio $\bar{X}=1.1$, D.E.=1.3 descripciones y posterior a la intervención $\bar{X}=7.2$, D.E.=3.1. Finalmente, antes de la PCIT, los padres hicieron $\bar{X}=4.5$, D.E.=2.9 parafraseos y después $\bar{X}=4.8$, D.E.=4.1.

Tabla 9:

Evaluación de las habilidades parentales entrenadas, previa y posterior a la intervención con la TIPH:

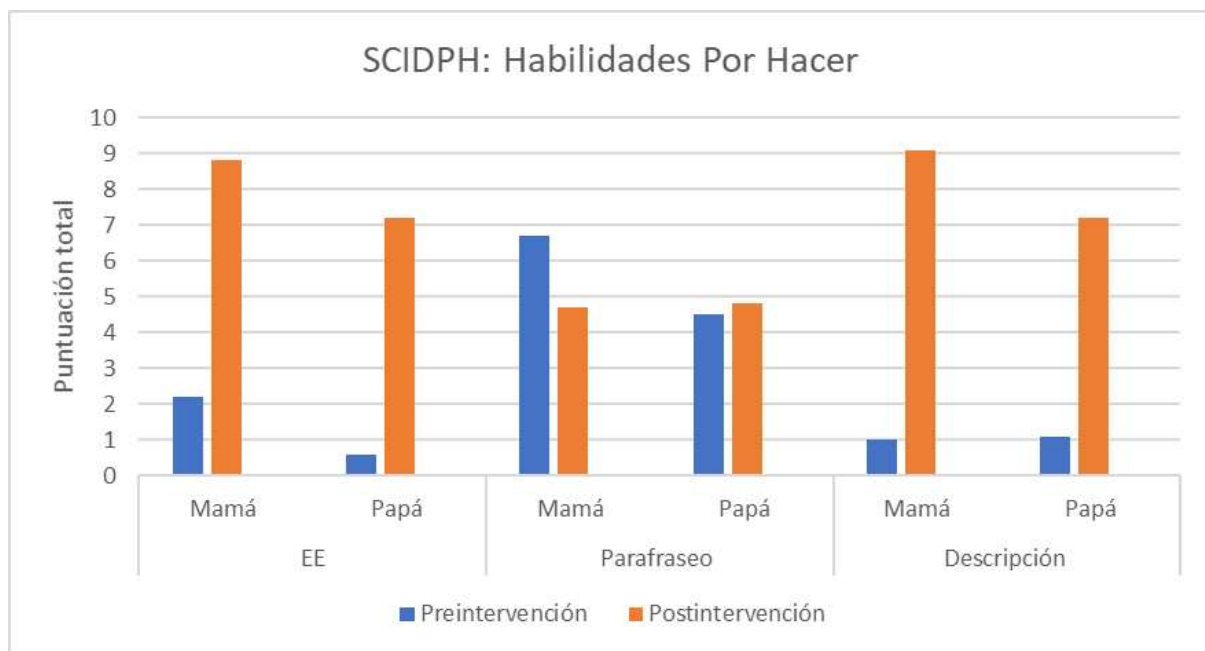
Cuidador	Habilidad	Preintervención	Postintervención
Mamás n=	EE	$\bar{X}=2.2$ D.E.= 3.3	$\bar{X}=8.8$ D.E.=1.3
	Parafraseo	$\bar{X}=6.7$ D.E..=3.9	$\bar{X}=4.7$ D.E.=2.9
	Descripción	$\bar{X}=1$ D.E..=1.2	$\bar{X}=9.1$ D.E.=1.9
Papás n=	EE	$\bar{X}=0.6$ D.E.=0.4	$\bar{X}=7.2$ D.E.=0.9
	Parafraseo	$\bar{X}=4.5$ D.E..=2.9	$\bar{X}=4.8$ D.E..=4.1

	Descripción	$\bar{X}=1.1$ D.E.= 1.3	$\bar{X}=7.2$ D.E.=3.1
--	-------------	----------------------------	---------------------------

EE: Elogio Etiquetado.

Figura 6:

Evaluación de las habilidades parentales aprendidas, previa y posterior a la intervención con la TIPH:



EE: Elogio Etiquetado.

b. Conductas Parentales por evitar durante el juego

En las madres, las tres conductas a evitar disminuyeron su frecuencia de presentación tras la intervención basada en la PCIT (n=). Antes de la intervención dieron en promedio $\bar{X}=18.4$, D.E.=13.6 órdenes/comandos, mientras que al finalizar, dieron $\bar{X}=0.5$, D.E.=1. Antes del entrenamiento las madres hicieron en promedio $\bar{X}=25.4$, D.E.=8.4 preguntas y posterior a la intervención hicieron en promedio sólo $\bar{X}=0.7$, D.E.=1.1. En ese mismo sentido, al inicio las madres hicieron en promedio $\bar{X}=11$, D.E.=8.5 críticas o sarcasmos y en la evaluación posterior solo se identificaron $\bar{X}=0.5$, D.E.=0.5.

Así mismo, en los padres, las tres conductas a evitar disminuyeron su frecuencia de presentación (n=). Los padres dieron en promedio $\bar{X}=23.3$, D.E.=8.9 órdenes antes de recibir el entrenamiento, mientras que al finalizar el mismo, dieron $\bar{X}=3$, D.E.=4. Antes del entrenamiento los padres dieron $\bar{X}=23.5$, D.E.=13.8 preguntas y posterior

a la intervención $\bar{X}=2.5$, D.E.=3. Finalmente, antes de la PCIT, los padres hicieron $\bar{X}=7.4$, D.E.=3.4 críticas/sarcasmos y después sólo $\bar{X}=0.2$, D.E.=0.5.

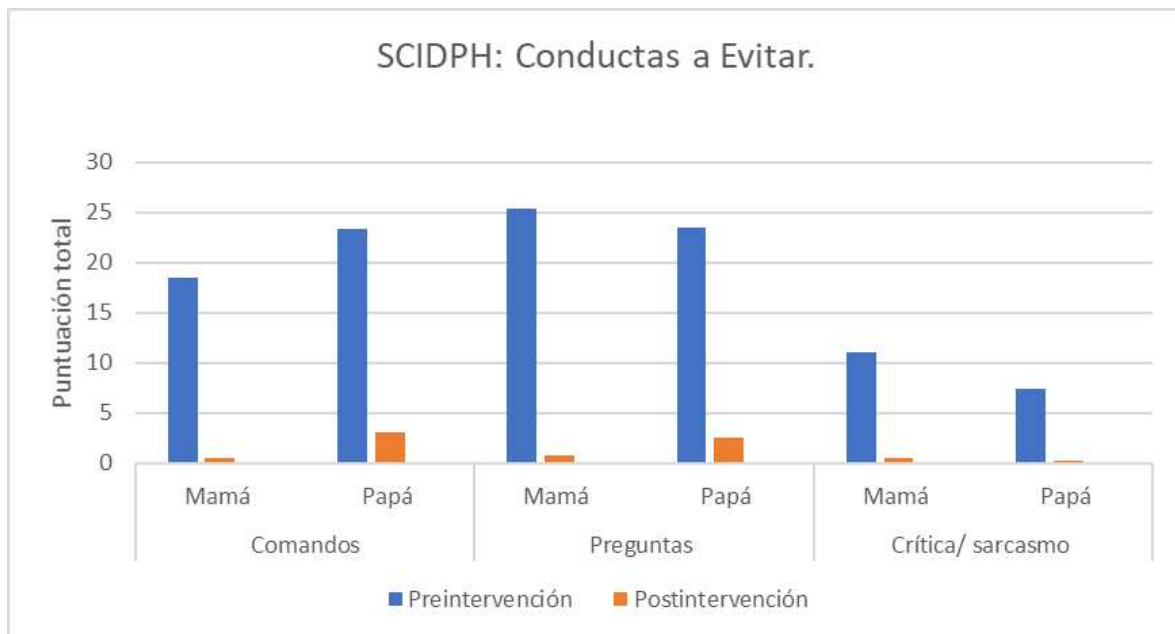
Tabla 10:

Evaluación de las conductas parentales por evitar, previa y posterior a la intervención con la TIPH:

Cuidador	Conducta a evitar	Preintervención	Postintervención
Mamás n=	Comando	$\bar{X}=18.4$ D.E.=13.6	$\bar{X}=0.5$ D.E.= 1
	Preguntas	$\bar{X}=25.4$ D.E.=8.4	$\bar{X}=0.7$ D.E.=1.1
	Crítica/ sarcasmo	$\bar{X}=11$ D.E.=8.5	$\bar{X}=0.5$ D.E.= 0.5
Papás n=	Comando	$\bar{X}=23.3$ D.E.=8.9	$\bar{X}=3$ D.E.=4
	Preguntas	$\bar{X}=23.5$ D.E.=13.8	$\bar{X}=2.5$ D.E.=3
	Crítica/ sarcasmo	$\bar{X}=7.4$ D.E.=3.4	$\bar{X}=0.2$ D.E.=0.5

Figura 7:

Evaluación de las conductas parentales por evitar, previa y posterior a la intervención con la TIPH:



9.2.4 Resultados de la Actividad Disciplinar en la IDP

Para el registro de instrucciones efectivas solo se cuenta con los datos de los casos 2 y 4. Como se mencionó, el caso 1 desertó al concluir la primera parte de la terapia y el caso 3 desertó tras realizar solo una sesión de la fase IDP.

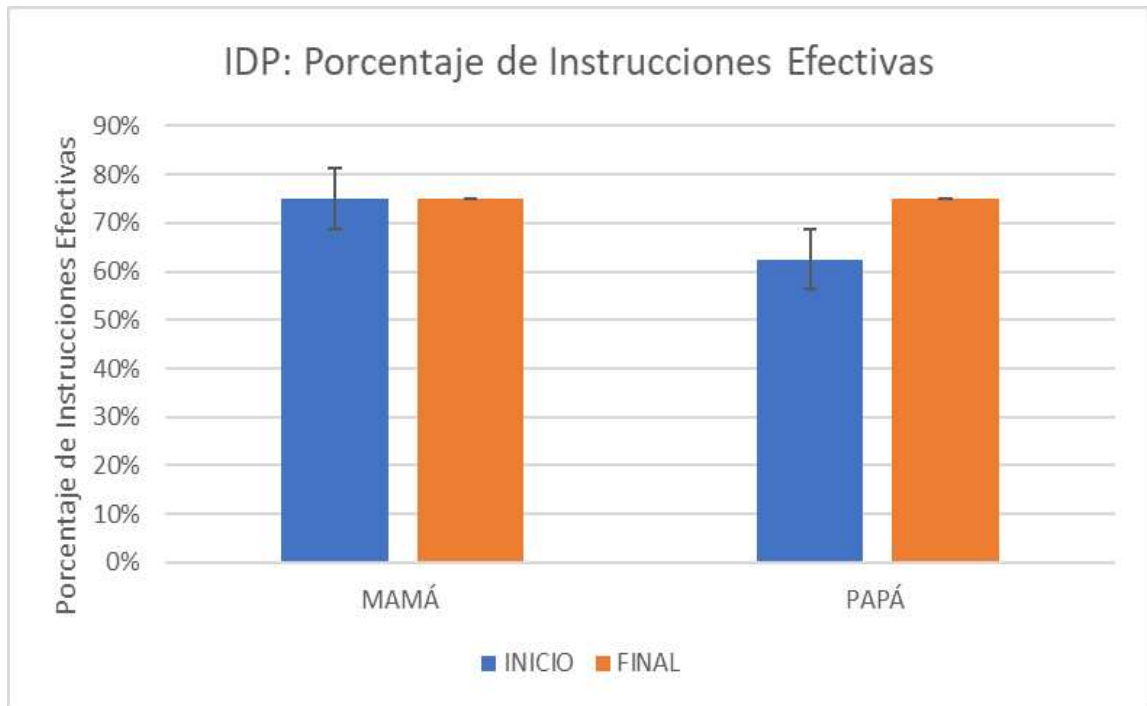
En el porcentaje de instrucciones efectivas de las madres se observa una constante desde la primera sesión de IDP hasta la última, pues en las madres de ambos casos alcanzaron un 75% de instrucciones, es decir lograron dar un total de 3 instrucciones efectivas en 5 minutos.

Lo mismo sucedió para el porcentaje de instrucciones efectivas que ambos padres lograron dar, en la primera sesión y en la última sesión de la IDP, lograron 2 y 3 instrucciones efectivas en 5 minutos, lo que representa un porcentaje de 62.5%.

Pese a que ni el grupo de los papás ni el de las mamás logró la maestría que la TIPH propone para esta fase, la cual es lograr 4 instrucciones efectivas en 5 minutos, cabe destacar que las madres alcanzaron un puntaje mayor que los padres, quedando más cerca de alcanzar la maestría, tal como se muestra en la figura 8.

Figura 8:

IDP: Porcentaje de instrucciones efectivas



9.2.5 Resultados de la Escala de Conners para Padres

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la escala de Conners antes y después de la intervención con la TIPH (n=). La escala Conners para padres tiene el objetivo de evaluar la presencia de síntomas asociados a la hiperactividad, evaluando seis ítems diferentes, todos mostraron en promedio una tendencia a la disminución en la postintervención.

En la escala Problemas de Conducta se obtuvo un puntaje de $\bar{X}=60$, D.E.=9.2 antes de la intervención y de $\bar{X}=56$, D.E.=10.39 después.

En la escala Problemas de Aprendizaje se obtuvo un puntaje en la evaluación previa de $\bar{X}=90.25$, D.E.=17.11 y en la evaluación posterior de $\bar{X}=71$, D.E.=2.

En la escala Psicosomático se obtuvo un puntaje previo de $\bar{X}=60.50$, D.E.=33 y posterior de $\bar{X}=52.66$, D.E.=9.01.

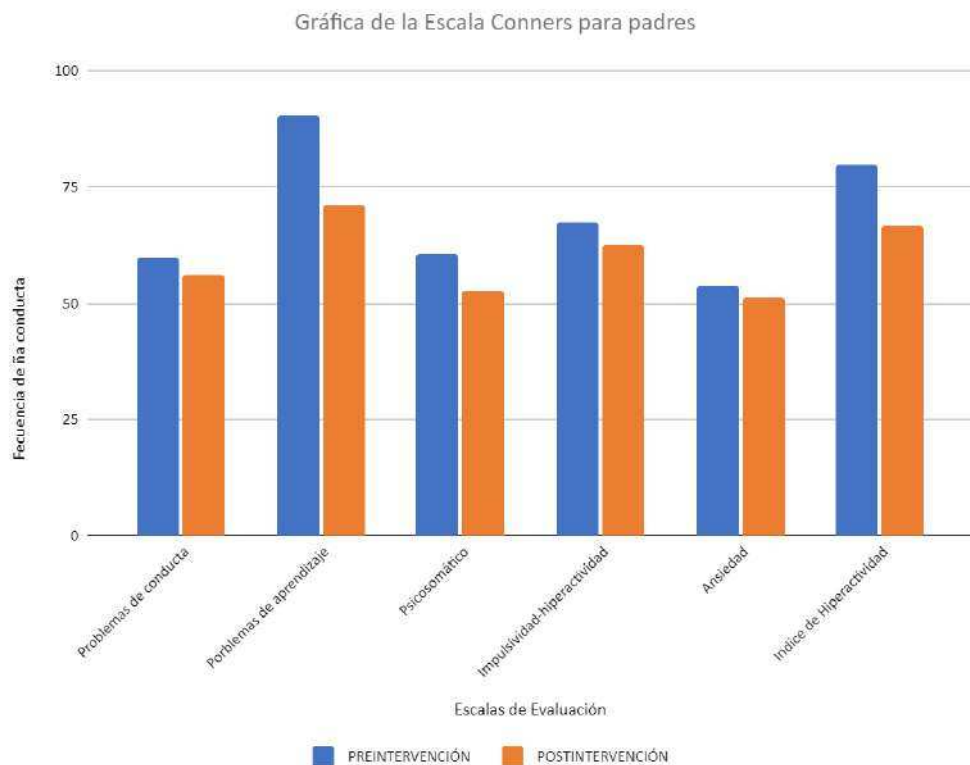
En la escala Impulsividad-Hiperactividad, antes de la intervención se registró un puntaje de $\bar{X}=67.50$, D.E.=12.50 y posterior a la intervención se obtuvo un puntaje de $\bar{X}=62.66$, D.E.=4.72.

En la escala de Ansiedad se obtuvo un puntaje de $\bar{X}=54$, D.E.=13.49 antes de la intervención y un puntaje de $\bar{X}=51.33$, D.E.=1.52 después de la intervención.

En la escala Índice de Hiperactividad se registró en la evaluación previa un puntaje de $\bar{X}=79.75$, D.E.=15.10 y en la evaluación posterior se registró un puntaje de $\bar{X}=66.66$, D.E.=5.77.

Figura 9:

Evaluación de la escala Conners para padres antes y después de la intervención con la TIPH.



9.2.6 de la Escala de Conners para Profesores.

Se aplicó antes y después de la intervención la escala de Conners para profesores con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas de hiperactividad, evaluando siete ítems.

Las escalas en las que se obtuvieron puntajes muy similares entre la evaluación pre intervención y post intervención fueron: Hiperactividad, antes \bar{X} = 69.25, D.E. = 6.23 y después (\bar{X} = 70.66, D.E.= 6.50), Trastornos de conducta, antes \bar{X} = 76.25, D.E.= 5.73 y después \bar{X} = 78.33, D.E.= 9.71, Sobreindulgencia, antes \bar{X} = 79, D.E.= 9.30 y después \bar{X} = 79.66, D.E.= 13.50, e Índice de Hiperactividad, antes \bar{X} = 73.75, D.E.= 9.39 y después \bar{X} = 75.33, D.E.= 17.6.

En el resto de las escalas se obtuvieron puntajes ligeramente menores tras la intervención, sin embargo, el tamaño de la muestra no permitió someter a prueba estadística estos resultados. Ansiedad-pasividad, antes \bar{X} = 53.25, D.E.= 4.50 y después \bar{X} = 50, D.E.= 6.24, Asocial, antes \bar{X} = 68.25, D.E.= 12.31 y después \bar{X} = 60, D.E.= 12.31, Ensoñación y Problemas de Asistencia, antes \bar{X} = 70.25, D.E.= 5.73 y después \bar{X} = 67.66, D.E.= 8.02.

Tal como se muestra en la figura 10.

Figura 10:

Evaluación de la escala Conners para profesores antes y después de la intervención con la TIPH



TC: Trastorno de Conducta. SE: Sobreindulgencia Emocional. A-P: Ansiedad- Pasividad. EPA: Ensoñación y Problemas de Asistencia. IH: índice de Hiperactividad.

9.2.7 Resultados del ICMSE-R.

El ICMSE-R fue respondido por los maestros de cada uno de los 4 casos antes y después de la intervención basada en la PCIT, con la finalidad de evaluar la frecuencia y el número de conductas problemáticas en el ámbito escolar.

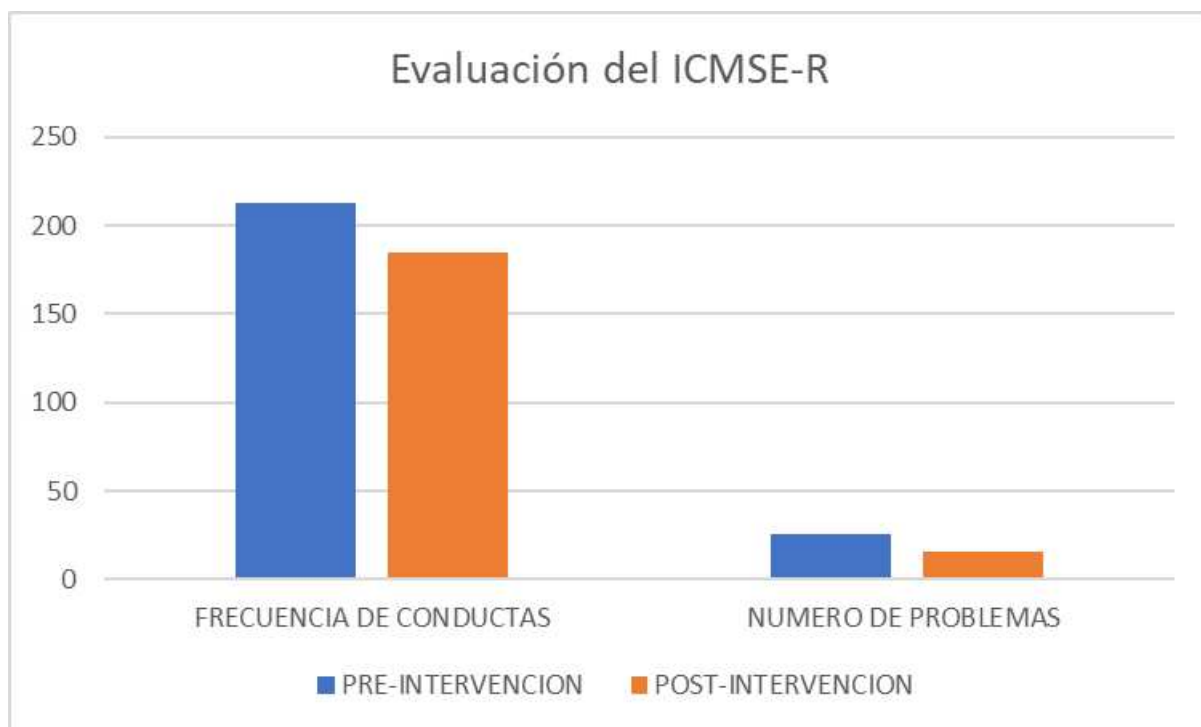
Se registró una tendencia a la baja en la frecuencia de conductas problemáticas en el ámbito escolar. Antes de la intervención con la TIPH se obtuvo un puntaje promedio de $\bar{X} = 213$, D.E. = 39.20 y después un puntaje de $\bar{X} = 184.75$, D.E. = 25.96.

Algo similar sucedió en el número de problemas reportado por los profesores, en la evaluación previa se obtuvo un puntaje de $\bar{X} = 25.75$, D.E. = 13.22 y en la evaluación posterior $\bar{X} = 15.50$, D.E. = 11.35.

Lo descrito anteriormente se muestra a continuación en la figura 11.

Figura 11:

Registro del Inventario de conductas para maestros de Sheyla Eyberg-Revisado antes y después de la intervención con la TIPH



9.3 Resultados por caso:

9.3.1 Caso 1: OHMJ01

Participante femenina de 6 años de edad, se encuentra en tercer año de preescolar en escuela pública, con diagnóstico primario de TDAH y comorbilidad con Retraso Global del Desarrollo y Daño Orgánico Cerebral, bajo tratamiento farmacológico desde el 23 de mayo de 2022, tomando Carbamazepina y Metilfenidato.

En la entrevista inicial con los padres, se reportaron patrones psicomotores tardíos: control cefálico a los 8 meses, posición sedente al año de edad, gateo al año dos meses y marcha al año nueve meses. Además, se observaron problemas en lenguaje expresivo y en lenguaje comprensivo, dificultades en la socialización, en la disciplina y en el seguimiento de reglas, periodos cortos de atención, así como labilidad emocional, temperamento explosivo, alta irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad, juego estereotipado, sin presencia de juego simbólico.

Durante el proceso de intervención con la TIPH, conforme fueron avanzando las sesiones terapéuticas, los padres reportaron encontrar cambios en las dificultades iniciales que enfrentaba su hija, tales como mayor tolerancia a la frustración, mayor regulación emocional, más facilidad en la identificación de las emociones en los demás, disminución de episodios de agresividad, mejoró el seguimiento de instrucciones tanto en casa como en la escuela, producción de diálogos más prolongados, mostrando así mejoría tanto en el lenguaje expresivo como en el comprensivo, mayor cooperación en las actividades y tareas del hogar y la escuela, logró obtener mayor concentración en las actividades que realizaba, presencia del juego simbólico, y disminución de rasgos de hiperactividad.

Esta familia abandonó el tratamiento después de la primera sesión de entrenamiento de la fase de IDP, por lo que no se pudo tener un registro de esta segunda fase de la TIPH, ya que no se llevó a cabo.

A continuación se reportan los resultados obtenidos en las evaluaciones previas y posteriores que se realizaron:

1. Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On:

En la escala de estado de ánimo, en la preintervención se obtuvo un valor de 115 y en la postevaluación fue igual a 117, lo que la ubica por encima de la media en ambos valores, indicando que es optimista, positiva, y que por lo general es agradable compartir tiempo con ella.

En la escala de Inteligencia Emocional Total, la preintervención es igual a un valor de 63, cayendo por debajo de la media; a diferencia de lo que se obtuvo en la postintervención, que fue igual a 117, por encima de la media, mostrando una mejoría en la gestión emocional y en reforzamiento de sus habilidades socioemocionales.

En la subescala intrapersonal, en la preintervención el valor fue igual a 89 y después de la intervención fue igual a 85, ubicándola por debajo de la media, lo que implica que su conocimiento de sí misma en el reconocimiento y expresión de sus emociones puede mejorar.

La subescala Interpersonal, arroja que el puntaje fue igual a 85, por debajo de la media, lo que quiere decir que había dificultades para socializar e identificar las emociones en los demás y con ello para actuar acorde a lo que la situación amerite. A diferencia del resultado obtenido en la evaluación posterior, con un puntaje igual a 91, dentro de la media, alcanzando una capacidad socioemocional adecuada en cuanto a relaciones interpersonales satisfactorias y mayor comprensión de las emociones de los otros.

Por su parte en la subescala de adaptabilidad, el valor en la preintervención fue de 62, mientras que en la post intervención el valor fue igual a 87, ambos valores por debajo de la media, sin embargo, los padres reportaron encontrar una mejoría en las dificultades que presentaba la paciente antes de la intervención para gestionar cambios en su rutina y para encontrar soluciones a diversos problemas dentro de su cotidianidad.

Por último, en la subescala de manejo de estrés, el valor previo a la intervención, fue igual a 59, por debajo de la media, mostrando alto grado de irritabilidad e impulsividad, dificultades para relajarse ante situaciones estresantes. En contraste con el resultado posterior a la intervención, el puntaje es igual a 97, dentro de la media, lo que indica mayor tolerancia a la frustración, con respuestas más adaptadas ante situaciones estresantes y regulando mejor sus emociones.

Los datos descritos anteriormente se resumen en la tabla 11 y se presentan de forma gráfica en la figura 12.

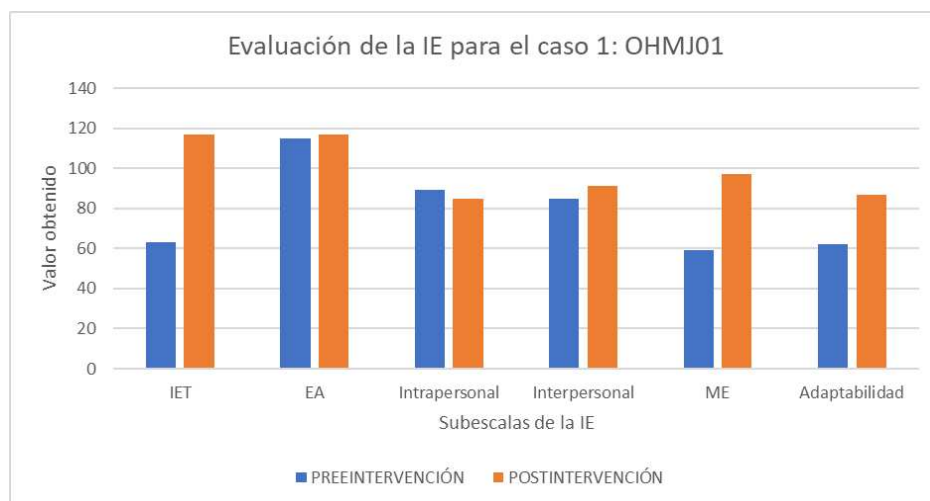
Tabla 11.

Resultados individuales de la IE en el caso OHMJ01

Escala	Antes de la Intervención	Posterior a la intervención
Inteligencia Emocional Total (Rango del puntaje promedio= 90-109)	114	118
Estado de ánimo (Rango del puntaje promedio= 90-109)	115	117
Intrapersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	89	85
Interpersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	85	91
Adaptabilidad (Rango del puntaje promedio= 90-109)	62	87
Manejo de Estrés (Rango del puntaje promedio= 90-109)	59	97

Figura 12:

Evaluación de IE para el caso 1: OHMJ01



IET: Inteligencia Emocional Total. EA: Estado de ánimo. ME: Manejo de estrés.

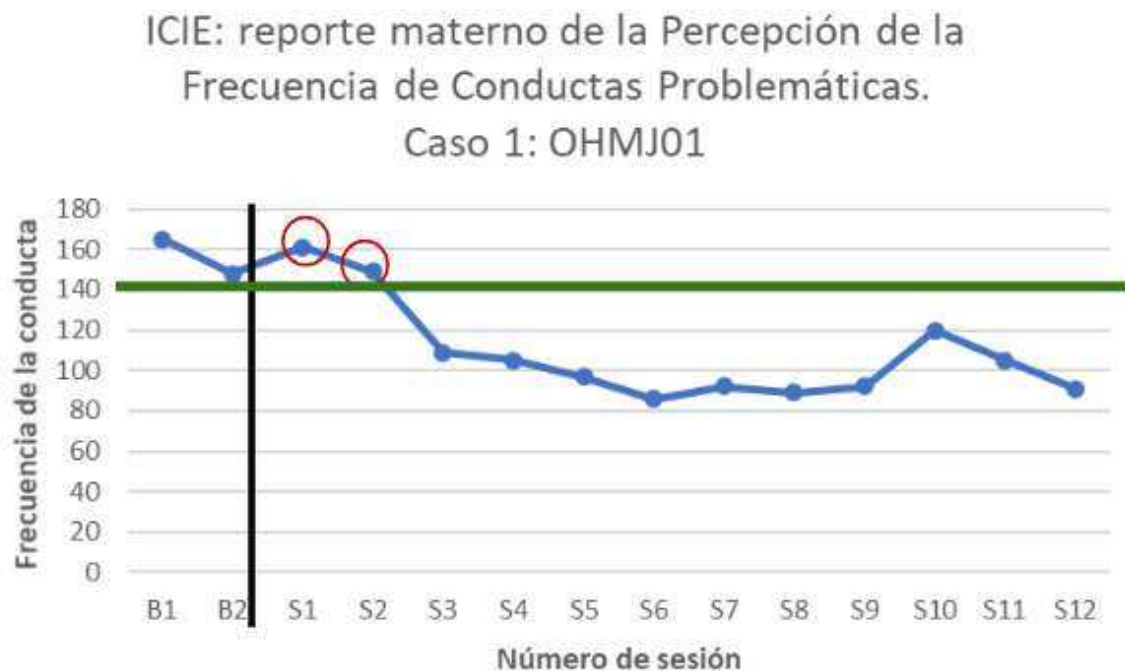
2. ICIE:

La madre evaluó en 14 ocasiones su percepción de la Frecuencia de los Problemas de Conductas Problemáticas en su hija, dos de las cuales sucedieron antes de la intervención y 12 durante. Tras identificar el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención, se identificó que solo dos de las evaluaciones durante la intervención tuvieron valores similares o superiores a dicho valor. Lo que implica un efecto significativo de la intervención ($PAND=0.86$ $Phi=0.645$ $p=0.016$). Figura 13.

Para la percepción del número de Conductas Problemáticas, la madre lo evaluó durante las mismas ocasiones que en la escala anterior, dos veces en la preintervención y 12 durante la misma. Se ha identificado que las evaluaciones realizadas durante la intervención no presentan valores similares o superiores al valor más bajo localizado en las evaluaciones previas. Dando con resultado un efecto significativo de la intervención ($PAND=1$ $Phi=1$ $p<0.001$). Figura 14.

Figura 13:

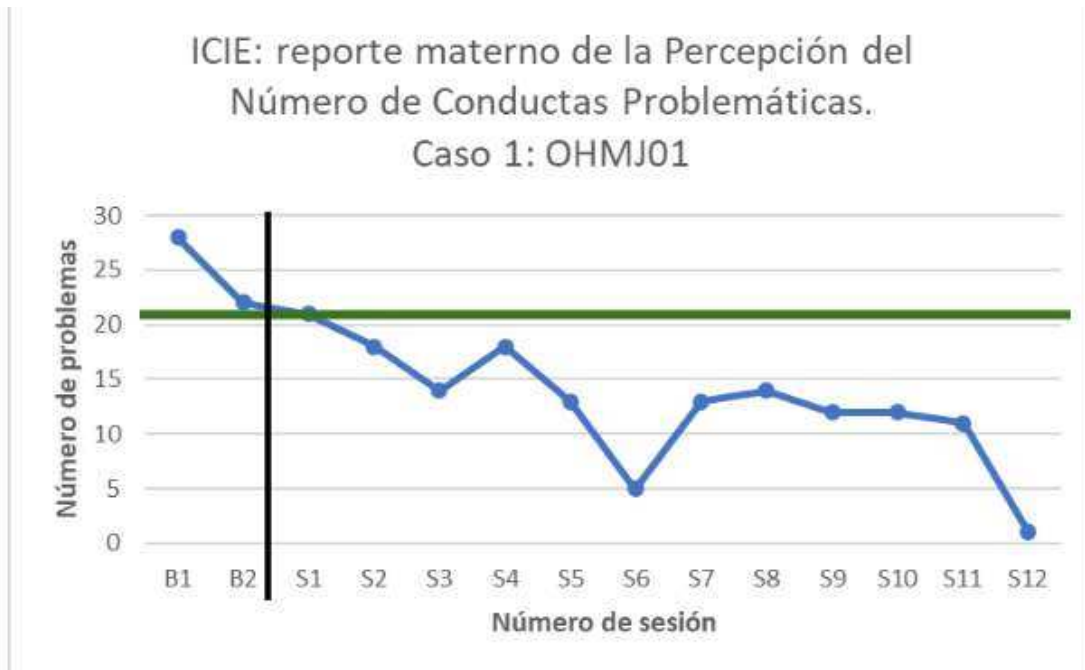
ICIE: reporte materno de la Percepción de la Frecuencia de Conductas Problemáticas para el caso 1: OHMJ01



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

Figura 14:

ICIE: reporte materno de la Percepción del Número de Conductas Problemáticas para el caso 1: OHMJ01



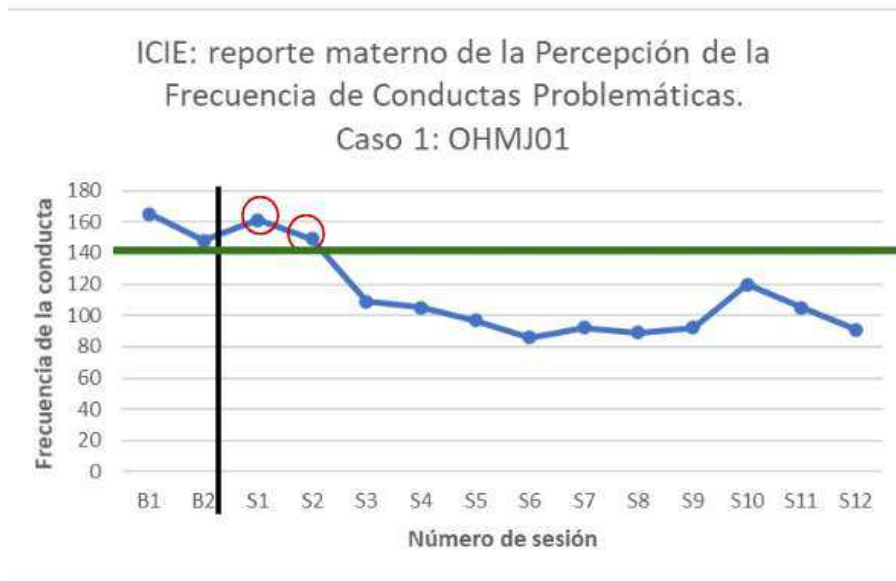
B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

Por su parte, el padre evaluó en 14 ocasiones su percepción de la Frecuencia de los Problemas de Conductas Problemáticas, e igual a lo sucedido con la madre, dos se realizaron antes de la intervención y 12 durante la misma. Al identificar el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención, se identificó que solo dos de las evaluaciones durante la intervención tuvieron valores similares a dicho valor. Lo que implica un efecto significativo de la intervención ($PAND=0.86$ $Phi=0.645$ $p=0.016$). Figura 15.

En relación a la percepción del número de Conductas Problemáticas, se identificaron dos evaluaciones en la intervención que tuvieron valores similares o superiores al valor más bajo obtenido en la preintervención. Dando con ello un efecto significativo de la intervención realizada ($PAND=0.86$ $Phi=0.645$ $p=0.016$). Figura 16.

Figura 15:

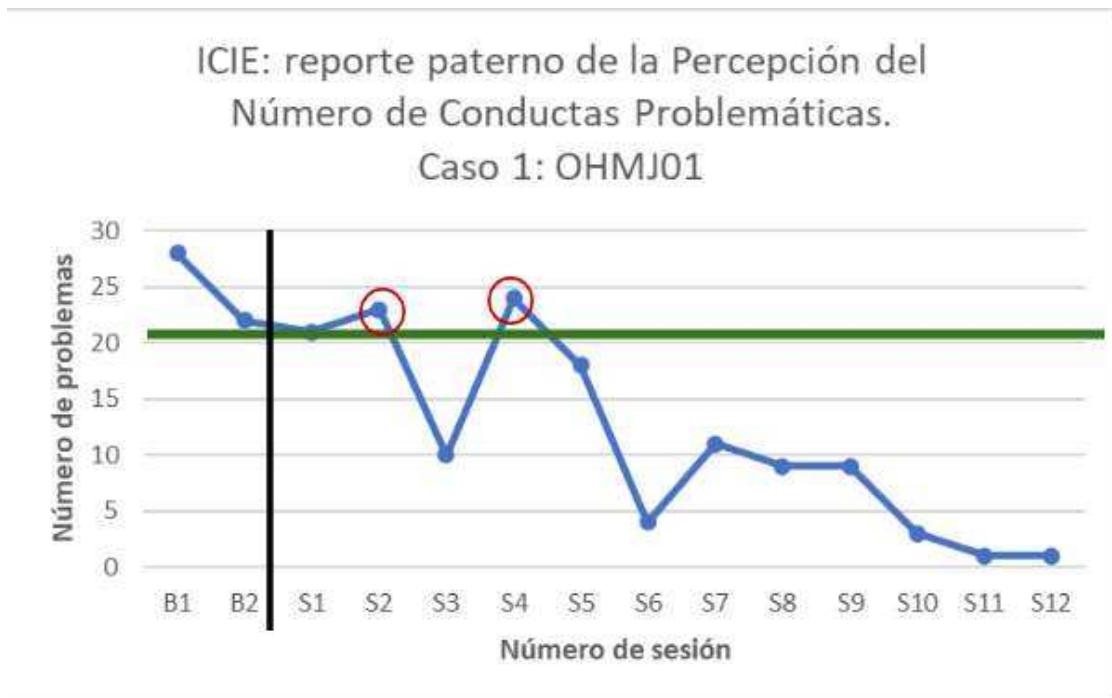
ICIE: reporte paterno de la Percepción de la Frecuencia de Conductas Problemáticas para el caso 1: OHMJ01



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

Figura 16:

ICIE: reporte paterno de la Percepción del Número de Conductas Problemáticas para el caso 1: OHMJ01



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

3.SCIDPH:

a. Habilidades parentales por Hacer

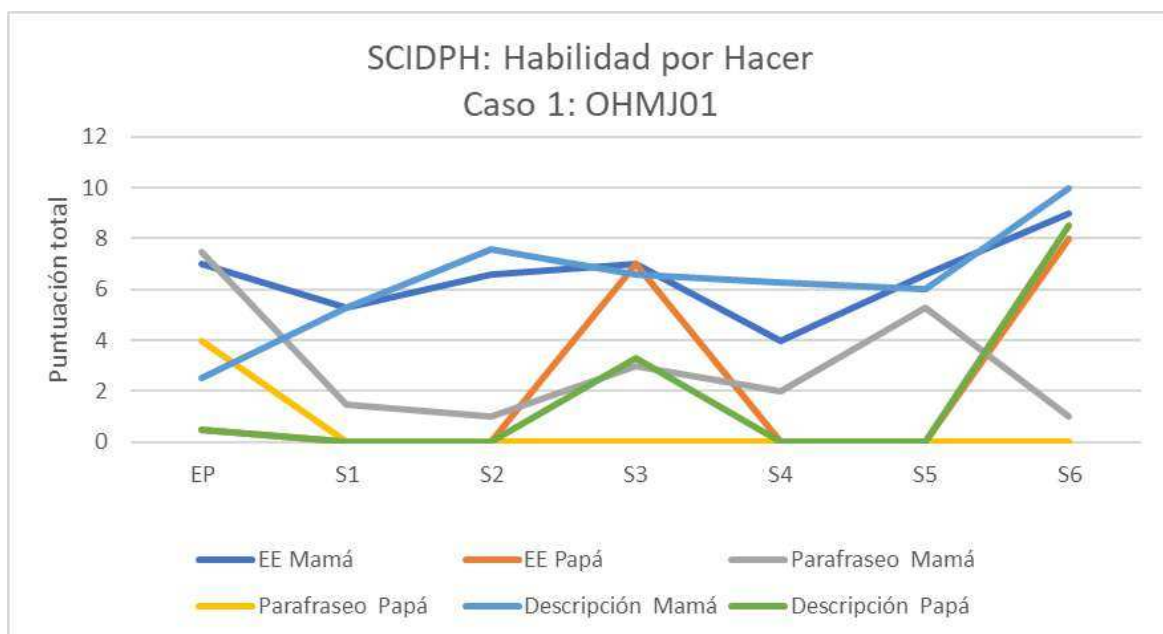
A continuación se muestran los resultados obtenidos por cada habilidad parental por hacer, registrada por mamá y papá.

En la evaluación inicial, la mamá obtuvo 7 EE, 7.5 parafraseos y 2.5 descripciones, para la evaluación final la mamá logró 9 EE, 1 parafraseo y alcanzó la maestría con 10 descripciones; mientras que el papá en la preevaluación alcanzó 0.5 EE, 4 parafraseos y 0.5 descripciones, finalizando con 8 EE, 0 parafraseos y 8.5 descripciones.

La mamá fue quien mostró mayor progreso en la adopción de las habilidades en comparación con el papá. Sin embargo, ambos padres aumentaron el dominio de sus habilidades en la postevaluación, en especial el EE y la descripción, además de que dichas habilidades fueron mostrando mayor naturalidad y entusiasmo, tal como se muestra en la figura 17.

Figura 17:

Evaluación de las Habilidades parentales por Hacer para el caso 1: OHMJ01.



EP: Evaluación Previa a la intervención realizada. S1, 2... Indica el número de sesión de la intervención. EE: Elogio Específico.

b. Conductas parentales por Evitar

Posteriormente se describen los resultados obtenidos para cada conducta parental por evitar por mamá y papá.

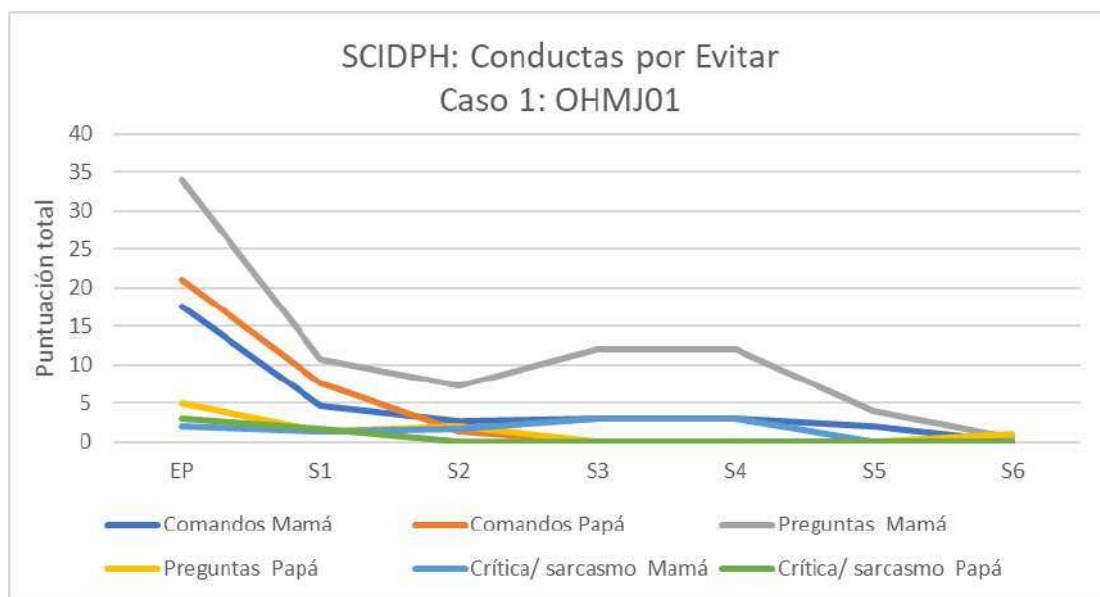
En la preevaluación, la conducta a evitar que más presentó fueron las preguntas, con un puntaje de 34, siguiendo los comandos con 17.5 y 2 crítica/sarcasmo, para la postevaluación la mamá logró evitar en su totalidad los comandos y las crítica/sarcasmo con un puntaje igual a 0 en ambas conductas, y 0.5 para preguntas; mientras que el papá en la preevaluación tuvo un total 21 comandos, 5 preguntas y 3 crítica/sarcasmo, en la evaluación final obtuvo 1 pregunta y 0 presencia de comandos y crítica/sarcasmo.

Ambos padres lograron disminuir la presencia de estas conductas a evitar, alcanzando la maestría (puntaje <3), quienes no solo las disminuyeron en la interacción con su hija, sino que también con sus otros hijos y entre ellos, reportando que mejoró su comunicación y hubo reducción de conflictos, sobre todo por la disminución de la crítica/sarcasmo.

Lo descrito anteriormente se muestra en la figura 18.

Figura 18:

Evaluación de las Conductas Parentales por Evitar para el caso 1: OHMJ01.



EP: Evaluación Previa a la intervención realizada. S1, 2... Indica el número de sesión de la intervención.

4. Escala de Conners para padres:

De acuerdo a lo reportado por los padres, en la escala de índice de hiperactividad en la preintervención el puntaje fue de 96, y el puntaje obtenido en la postintervención fue igual a 70.

En la escala de problemas de aprendizaje en la evaluación previa se obtuvo un puntaje clínico de 111, mientras que en la postintervención se registró un valor de 71.

Las siguientes escalas se mantuvieron fuera del rango clínico en la preintervención y en la postintervención. La escala de problemas de conducta, se inició con un puntaje de 49 y después de la intervención se obtuvo un puntaje de 62; la escala psicósomática tuvo un puntaje inicial 43 y después de la intervención se obtuvo un puntaje de 52.

Para la escala de Impulsividad-Hiperactividad se obtuvo un puntaje inicial y final de 59. Y por último, en la escala de ansiedad al inicio de la intervención se obtuvo un puntaje de 45, mientras que en la evaluación posterior el valor fue igual a 53.

Esto se encuentra resumido en la tabla 12 y puede verse en la figura 19.

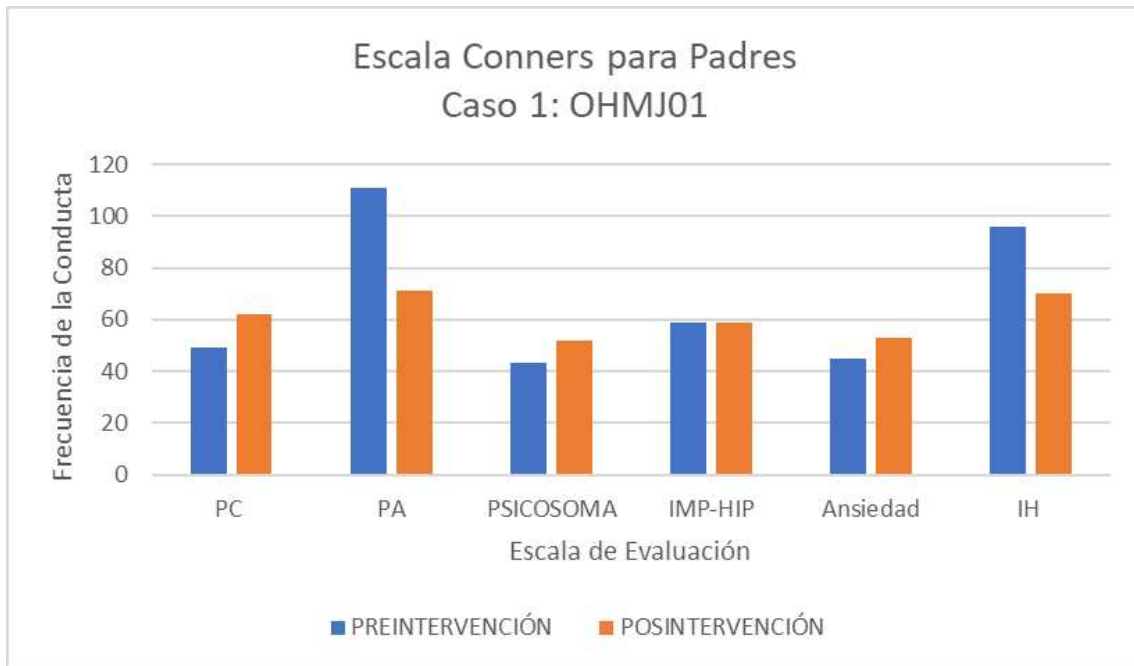
Tabla 12.

Resultados en la prueba Conners para padres en el caso OHMJ01.

Escala	Previo a la intervención	Posterior a la intervención
Índice de Hiperactividad (Límite clínico=70)	96	70
Problemas de Aprendizaje (Límite clínico=70)	11	71
Problemas de Conducta (Límite clínico=70)	49	43
Psicósomática (Límite clínico=70)	43	52
Impulsividad-Hiperactividad (Límite clínico=70)	59	59
Ansiedad (Límite clínico=70)	45	53

Figura 19:

Evaluación de la Escala Conners para padres para el caso 1: OHMJ01



PC: Problemas de Conducta. PA: Problemas de Aprendizaje. PSICOSOMA: Psicossomático. IMP-HIP: Impulsividad- Hiperactividad. IH: Índice de Hiperactividad.

5. Escala de Connors para profesores

En las siguientes escalas pasó de un rango clínico (>70) en la preintervención a un rango típico en la evaluación realizada en la postintervención; en la escala de asocial inicialmente se obtuvo un valor igual a 77, mientras que en la evaluación final fue igual a 68. De la misma forma, en la escala de ensoñación y problemas de asistencia (EPA), se pasó de un valor inicial igual a 77, a un puntaje igual a 67.

Para la escala de hiperactividad, en la preevaluación el puntaje fue igual a 76 y en la postevaluación fue igual a 77; en la escala de trastornos de conducta (TC) se obtuvo 81 en la evaluación inicial, mientras que en la final fue de 89; la sobreindulgencia emocional (SE) se alcanzó un valor de 82 inicialmente, mientras que en la evaluación posterior fue igual a 93; en la escala de índice de hiperactividad (IH) el valor fue igual a 86 en la preintervención y de 95 en las postintervención.

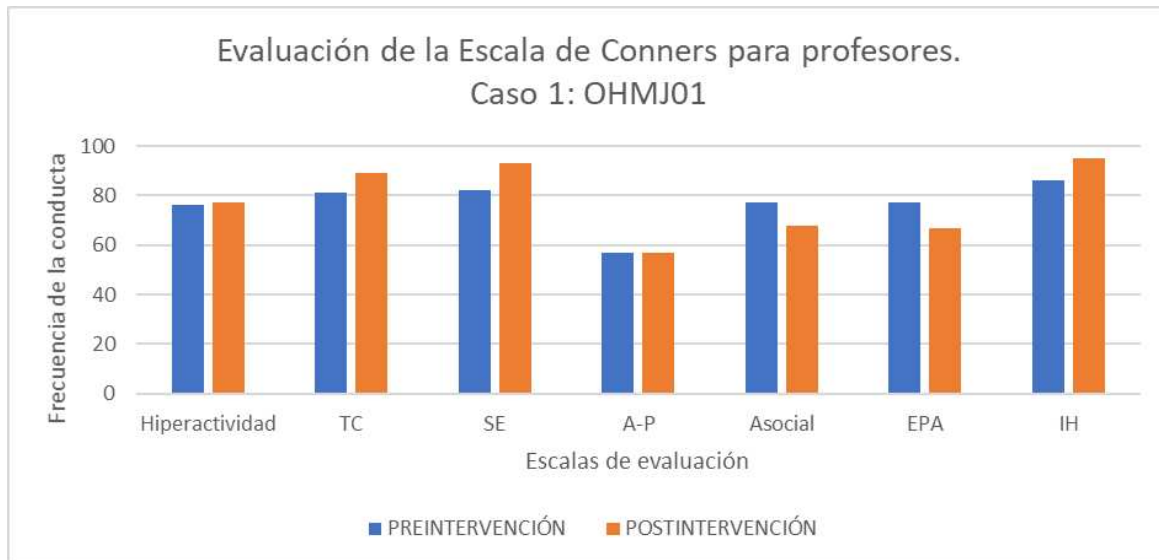
Por último, en la escala de ansiedad- pasividad (A-P) en puntaje arrojado en la preevaluación y en la postevaluación se mantuvo en 57.

Los problemas que la profesora reportó en la preevaluación como los de mayor recurrencia, fueron los relacionados a cortos periodos de atención, no terminar las actividades, distraerse muy fácil, poco cooperación y baja tolerancia a la frustración. Durante el proceso de la intervención, más específico, durante la sesión de postevaluación, los padres comentaron que la profesora les habló sobre cambios que notaban en la conducta de la niña, tales como mayor concentración en sus actividades en clase, más amabilidad, mayor comprensión y seguimiento de las

instrucciones dentro del aula y disminución de frustración e irritabilidad con la profesora y sus compañeros.

Figura 20:

Resultados de la Escala de Conners para Profesores.



TC: Trastorno de Conducta. SE: Sobreindulgencia Emocional. A-P: Ansiedad- Pasividad. EPA: Ensoñación y Problemas de Asistencia. IH: Índice de Hiperactividad.

6.ICMSE-R

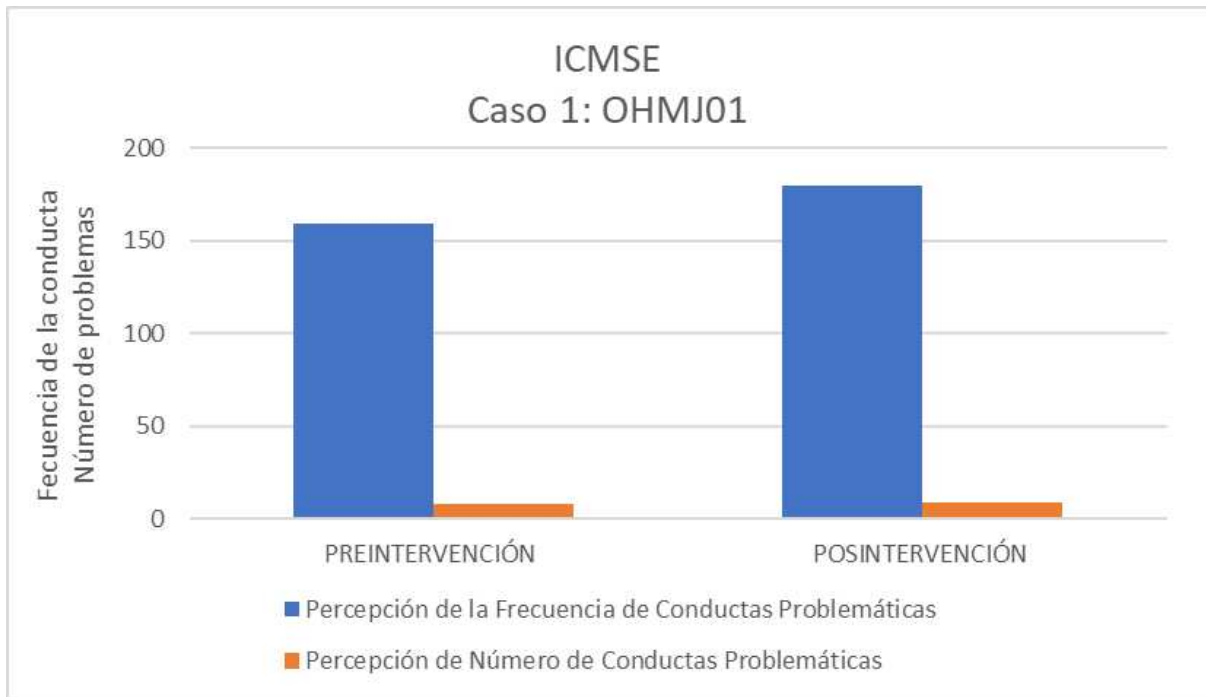
Para la Percepción de la Frecuencia de las Conductas Problemáticas, el puntaje en la preintervención fue igual a 159, cayendo en un puntaje igual a 180 para la postintervención.

En cuanto a la escala de Percepción del Número de Conductas Problemáticas el valor de la preevaluación fue de 8 y en la postevaluación fue de 9.

Las problemáticas que la profesora reportó iban en función de dificultades en la socialización y en la atención e hiperactividad, de ello los padres comentaron durante las últimas sesiones, que si bien se observaron mejoras en lo referente a la atención e hiperactividad, en lo relacionado a la socialización aún había dificultades de la niña para integrarse al grupo escolar.

Figura 21:

Resultados de la evaluación del ICMSE para el caso 1: OHMJ01



9.3.2 Caso 2: AGD04

Participante masculino de 8 años de edad, Se encuentra en segundo año de primaria en una escuela pública, con diagnóstico primario de TDAH o Trastorno por atención dispersa e hiperactividad subtipo mixto, de impacto moderado por trastorno de aprendizaje. El paciente se encuentra en tratamiento farmacológico desde el 20 de junio de 2022 con el medicamento Metilfenidato de liberación prolongada LA 20 mg diariamente.

En la entrevista inicial los padres reportaron problemas de atención en el paciente, dificultades en la escuela como salirse del salón constantemente, levantarse de su asiento durante clases, algunas dificultades para socializar con sus compañeros, complicaciones al realizar las tareas. Así mismo reportan los padres que tiene problemas en los tiempos de espera porque quiere las cosas inmediatamente, es impulsivo, se molesta con facilidad y tiende a ser opositorista-desafiante midiendo los límites de los padres constantemente. La madre menciona que durante el embarazo presentó una infección y fue atendida bajo tratamiento médico, sin presentar mayores dificultades durante el embarazo.

Posterior a la intervención con la TIPH, donde se realizó una intervención con la terapia alrededor de 6 meses, los padres reportaron cambios significativos en el comportamiento del paciente disminuyendo conductas disruptivas, periodos de atención más prolongados para realizar diferentes actividades escolares y en la casa, mejoró la espera de tiempos, un mejor comportamiento en el salón de clases, disminución en las conductas opositoristas desafiantes, se desarrollaron habilidades prosociales y un mejor rendimiento escolar.

A continuación se describen de forma detallada los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos aplicados en la pre evaluación y post evaluación del caso AGD04 en la intervención con la TIPH:

1. Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On:

En la escala estado de ánimo en la preevaluación se registró un valor de 114 y en la postevaluación se registró un valor de 116, ambos valores indican que se encuentran por arriba de la media, donde se presenta el optimismo como una capacidad emocional y social bien desarrollada.

En la escala de Inteligencia Emocional Total en la preevaluación se obtuvo un valor de 103, esto indica que se encuentra dentro de la media con una capacidad emocional y social adecuada, en la que de forma general puede gestionar problemas cotidianos y generalmente es feliz. En la postevaluación se obtuvo un puntaje de 93, donde se puede observar una disminución en los valores, este puntaje indica que aún se encuentra dentro de la media, con una capacidad emocional y social adecuada.

En la subescala Intrapersonal en la preevaluación se registró un valor de 130, esto indica que se encuentra extremadamente arriba de la media, correspondiendo a una capacidad emocional atípicamente bien desarrollada, de acuerdo a lo que el manual indica el valor obtenido puede relacionarse con dar una impresión positiva. En la postevaluación se registró un valor de 114, esto indica que se encuentra arriba de la media, el paciente entiende sus emociones, es capaz de expresar y comunicar sus sentimientos y necesidades.

En la subescala Interpersonal en la preevaluación se obtuvo un valor de 95 y en la postevaluación se registró un valor de 98, ambos valores indican que se encuentran dentro de la media, muestra que sus relaciones interpersonales son adecuadas y comprende los sentimientos de los demás.

En la subescala de adaptabilidad en la preevaluación se registró un valor de 86 y en la postevaluación se registró un valor de 89, estos valores indican que se encuentra por debajo de la media, con una capacidad emocional y social subdesarrollada y con espacio de mejora en relación a inflexibilidad, falta de realismo, carencia de destrezas para gestionar los cambios y dificultad para encontrar soluciones a los problemas diarios.

En la subescala Manejo de estrés en la preevaluación se re obtuvo un valor igual a 89 y después de la intervención se obtuvo un valor de 74, ambos valores indican que se encuentran muy debajo de la media, se considera como un espacio considerable de mejora, indicando que hay dificultad para relajarse, se presenta irritabilidad y conductas impulsivas.

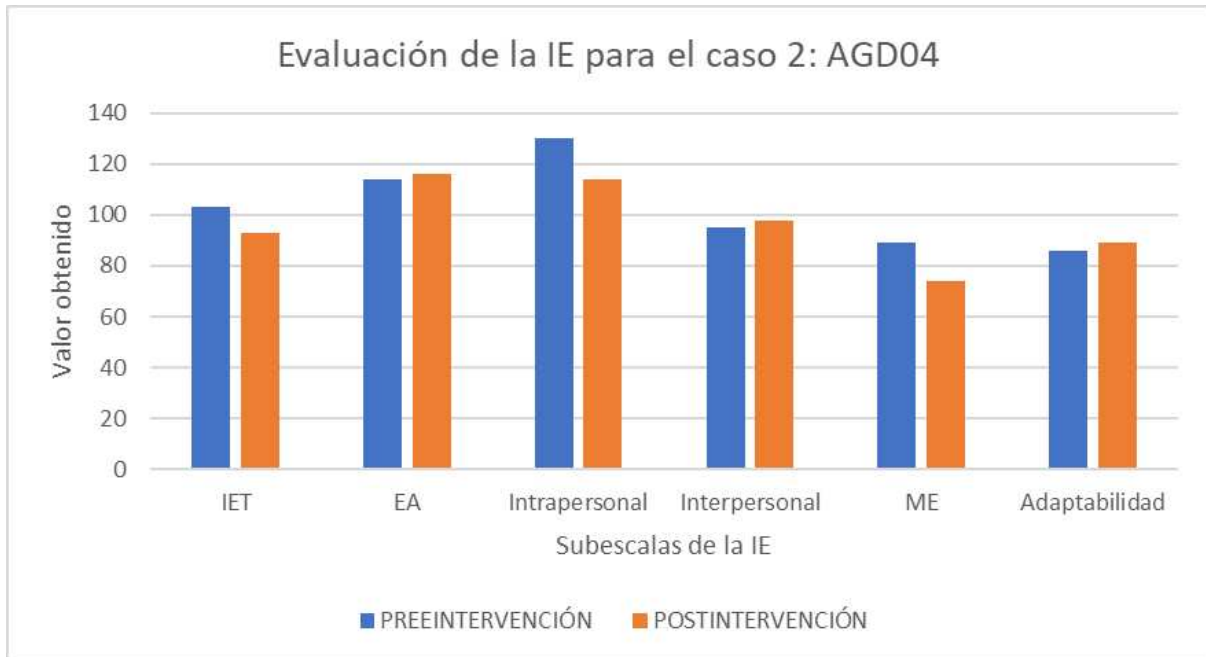
Tabla 13

Resultados individuales de la IE en el caso AGD04

Escala	Antes de la Intervención	Posterior a la intervención
Inteligencia Emocional Total (Rango del puntaje promedio= 90-109)	103	93
Estado de ánimo (Rango del puntaje promedio= 90-109)	114	116
Intrapersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	130	114
Interpersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	95	98
Adaptabilidad (Rango del puntaje promedio= 90-109)	86	89
Manejo de Estrés (Rango del puntaje promedio= 90-109)	89	74

Figura 22:

Evolución de la IE para el caso 2: AGD04



IET: Inteligencia Emocional Total, EA: Estado de Ánimo, Intrapersonal, Interpersonal, ME: Manejo de Estrés y Adaptabilidad.

2. ICIE:

En el inventario de conducta infantil, reporte materno y paterno, se registraron 25 respuestas, 9 respuestas antes de la intervención y 16 posterior a la intervención con la TIPH. Evaluando la percepción de la frecuencia de problemas de conducta y la percepción del número de conductas problemáticas.

En los reportes maternos de la percepción de la frecuencia de problemas de conducta, al identificar el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención se observó que ocho valores de las evaluaciones durante la intervención tuvieron valores similares o superiores a dicho valor. Esto indica un efecto significativo en la intervención ($PAND\ 0.68\ Phi\ 0.514\ P= 0.01$), como se muestra en la figura 23.

En el caso de la percepción del número de conductas problemáticas en el reporte materno, se identificó el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención y se observó que un valor de las evaluaciones durante la intervención tuvo un valor similar o superior al valor más bajo identificado en las evaluaciones previas. Indicando un efecto significativo en la intervención ($PAND\ 0.96\ Phi\ 0.919\ P= 0.001$), como se muestra en la figura 24.

Figura 23.

ICIE: Reporte materno de la Percepción de la Frecuencia del Número de Conductas Problemáticas. Caso 2. AGD04.

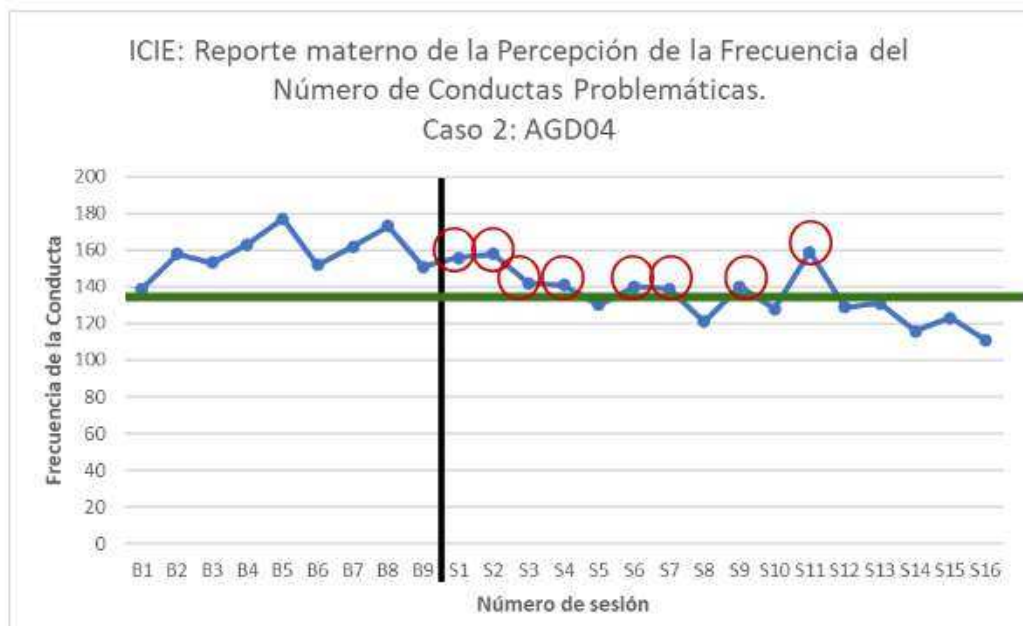


Figura 24

*ICIE: Reporte materno de la Percepción del Número de Conductas Problemáticas.
Caso 2. AGD04*



Para la percepción de la frecuencia de conductas problemáticas de los registros paternos, al identificar el valor más bajo de las evaluaciones previas a la intervención, se observa que dos de las evaluaciones durante la intervención tuvieron valores similares o superiores a dicho valor. Esto implica un efecto significativo de la intervención ($PAND\ 0.92\ Phi\ 0.846\ P= 0.001$), como se muestra en la figura 25.

En el reporte paterno de la percepción del número de conductas problemáticas se identificó el valor más bajo de las evaluaciones previas a la intervención, observando que cuatro de las evaluaciones durante la intervención tuvieron valores similares o superiores a dicho valor. Implicando un efecto significativo de la intervención ($PAND\ 0.84\ Phi\ 0.721\ P= 0.001$), como se muestra en la figura 26.

Figura 25

ICIE: Reporte paterno de la Percepción de la Frecuencia del Número de Conductas Problemáticas. Caso 2. AGD04

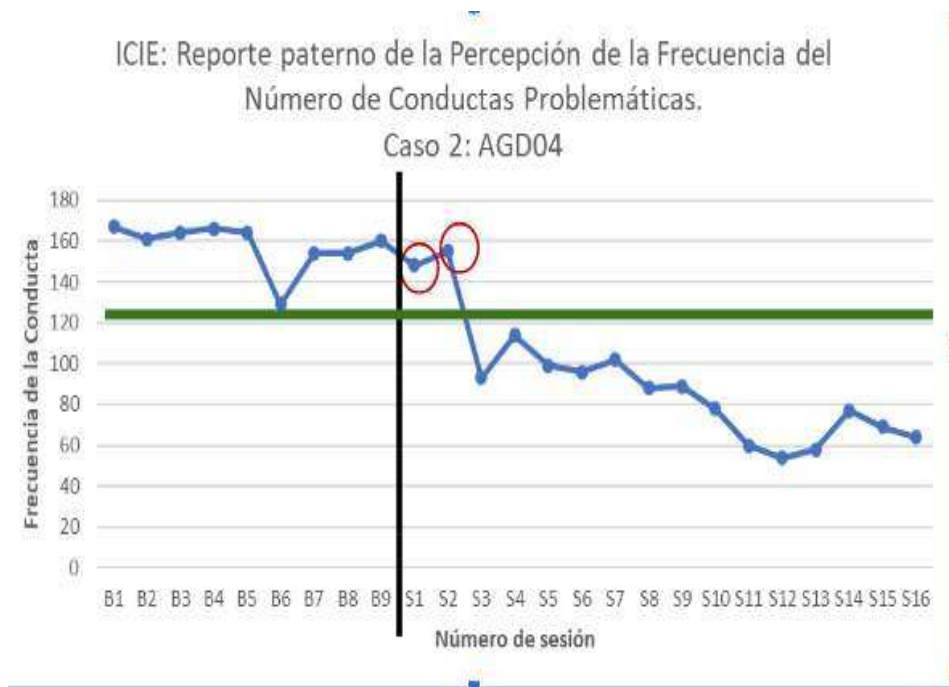


Figura 26

ICIE: Reporte paterno de la Percepción del Número de Conductas Problemáticas. Caso 2. AGD04.



3. SCIDPH:

C. Habilidades parentales por Hacer

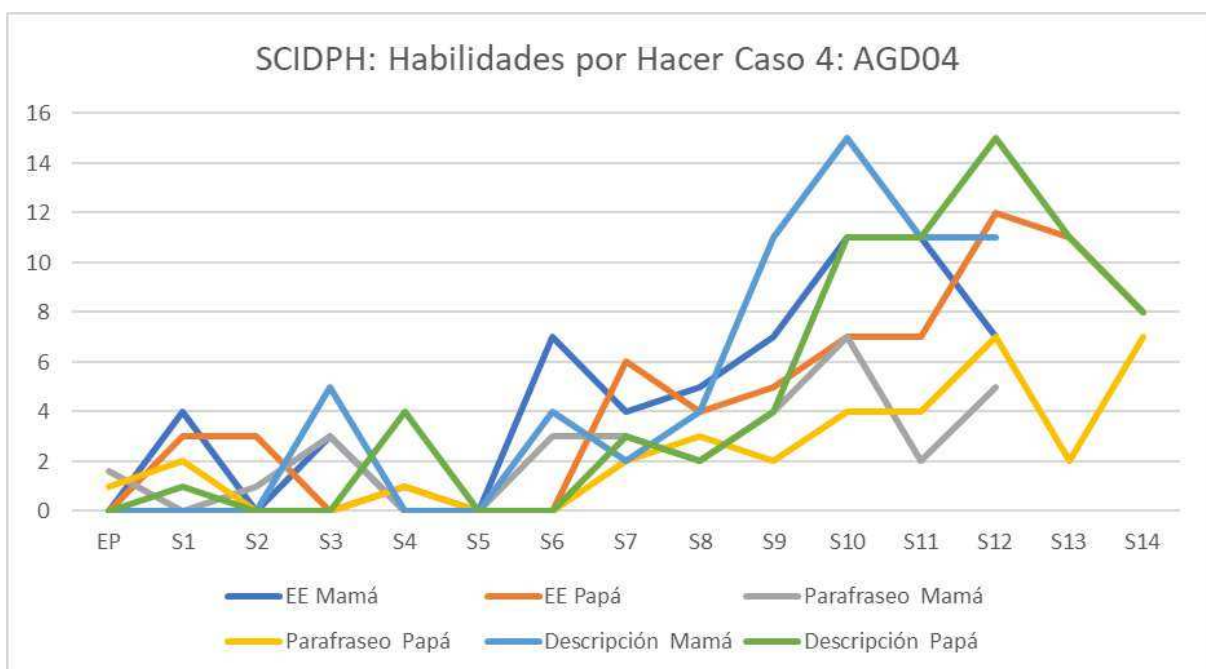
En el siguiente apartado se observan los resultados registrados en las habilidades por hacer a lo largo de la intervención de la madre y el padre.

Al inicio de la intervención la madre logró 0 EE, 1.6 parafraseos y 0 descripciones, en la postevaluación la madre alcanzó 7 EE, 5 parafraseos y 11 descripciones. El padre en la preevaluación logró 0 EE, 1 parafraseo y 0 descripciones, en la postevaluación alcanzó 8 EE, 7 parafraseos y 8 descripciones.

En el proceso de la intervención ambos padres aumentaron las habilidades, pese que en la post evaluación no se registró el alcance de la maestría, en sesiones anteriores lograr llegar a la maestría en las habilidades por hacer, mostrándose constantes en las habilidades logrando el objetivo de la primera etapa de la TIPH.

Figura 27.

Evaluación de SCIDPH: Habilidades por Hacer Caso 2: AGD04



Número de sesiones en la evaluación inicial y en la post evaluación del SCIDPH: Habilidades por hacer.

D. Conductas parentales por Evitar

En este apartado se muestran los resultados registrados para cada una de las conductas a evitar por mamá y papá.

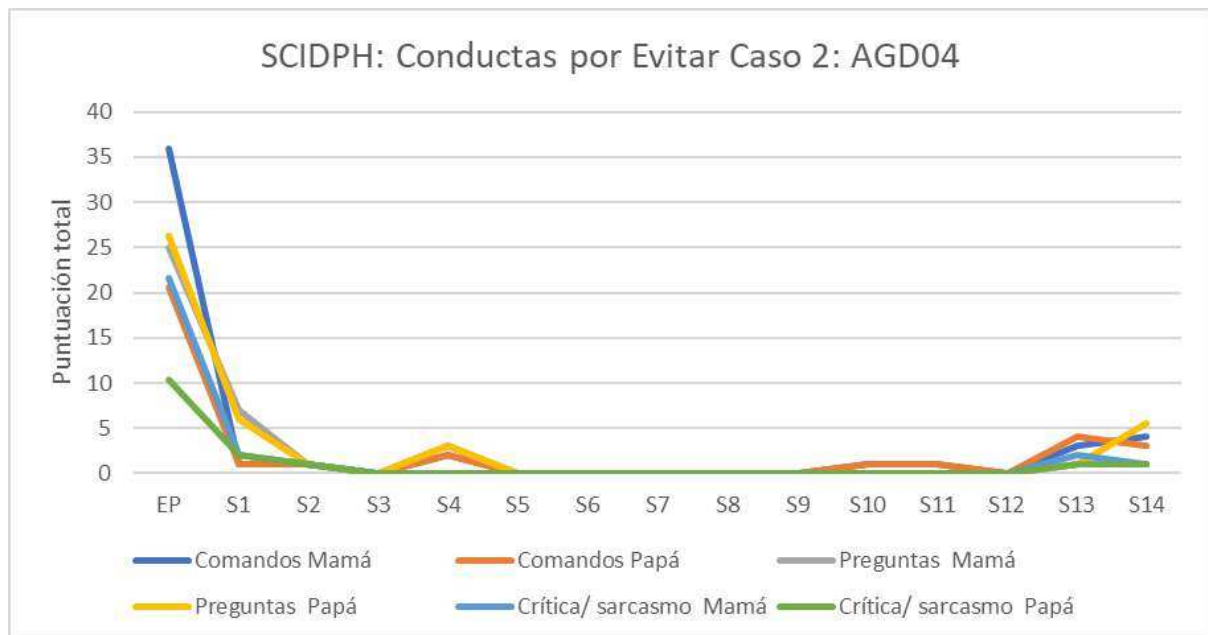
En la preevaluación la madre obtuvo un puntaje de 25 preguntas, 36 comandos y 21.6 crítica/sarcasmo, disminuyendo considerablemente en la postevaluación con un puntaje de 1 pregunta, 4 comandos y 1 crítica/sarcasmo.

El padre en la evaluación inicial obtuvo 26.3 preguntas, 20.6 comandos y 10,3 crítica/sarcasmo, en la postevaluación se observa una reducción considerable con un puntaje de 5.5 preguntas, 3 comandos y 1 crítica/sarcasmo.

Como se observa en los resultados a lo largo de las sesiones la madre mostró una constante adecuada en cuanto a conductas a evitar, alcanzando la maestría y el padre logró un desarrollo suficiente en las conductas a evitar, sin embargo con posibilidades de mejora en el uso de los comandos y preguntas.

Figura 28.

Evaluación SCIDPH: Conductas por Evitar, Caso 2: AGD04



Número de sesiones en la pre y post evaluación de SCIDPH: Conductas por evitar.

4. Resultados de la IDP.

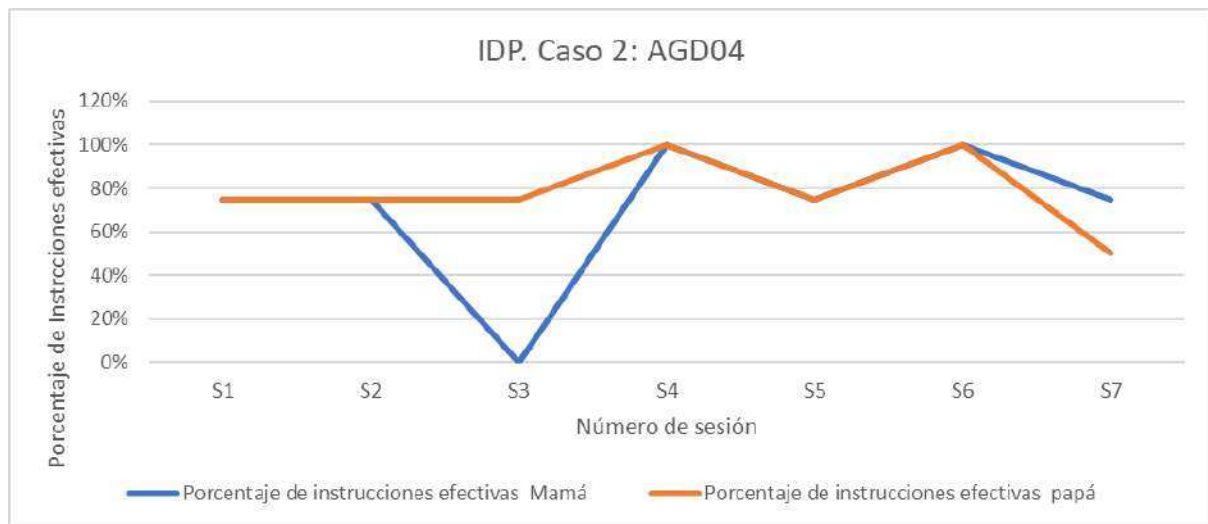
En la segunda fase de la terapia se implementa la actividad disciplinar, registrando en cada una de las sesiones el progreso del uso de las instrucciones efectivas por los padres, siguiendo la estructura adecuada RAI (Razón + Amabilidad + Instrucción).

En la evaluación inicial la madre logró el 75% de instrucciones efectivas y en la postevaluación se mantuvo el mismo porcentaje, es decir alcanzó 3 instrucciones. El padre en la preevaluación alcanzó el 75% de instrucciones efectivas (3 instrucciones) y en la evaluación final obtuvo un porcentaje del 50% (2 instrucciones).

Es importante mencionar que ambos padres alcanzaron la maestría de 4 instrucciones en 5 minutos, en las sesiones 4 y 6. Durante el proceso de la segunda fase de la terapia, al principio se observaron complicaciones respecto al uso de la estructura RAI, sin embargo posteriormente esto se fue perfeccionando, utilizando la estructura de forma adecuada, logrando un desempeño adecuado en IDP.

Figura 29:

Evaluación IDP, Caso 2: AGD04



5. Escala de Conners para padres:

La escala Problemas de conducta se mantuvo fuera del rango clínico antes y después de la intervención, iniciando con un puntaje de 66 y terminando con un puntaje de 44. Lo mismo se puede observar en la escala psicósomática manteniendo un puntaje de 44 antes y después de la intervención.

En las siguientes escalas se observó una disminución en los puntajes después de la intervención, pasando de un rango clínico a un rango normal. La escala problemas de aprendizaje en la preevaluación obtuvo un puntaje clínico de 97 y en la postevaluación se obtuvo un puntaje de 67, en la escala Impulsividad e Hiperactividad se inició con un puntaje clínico igual a 85 y en postevaluación se obtuvo un puntaje igual a 68 y en la escala ansiedad en la preevaluación se registró un puntaje de 74 y en la postevaluación se registró un puntaje de 50.

Finalmente, la escala Índice de hiperactividad permaneció con un puntaje clínico en la pre y post evaluación. En la evaluación inicial se obtuvo un puntaje clínico de 85 y después de la intervención se obtuvo un puntaje clínico de 70.

Tabla 14

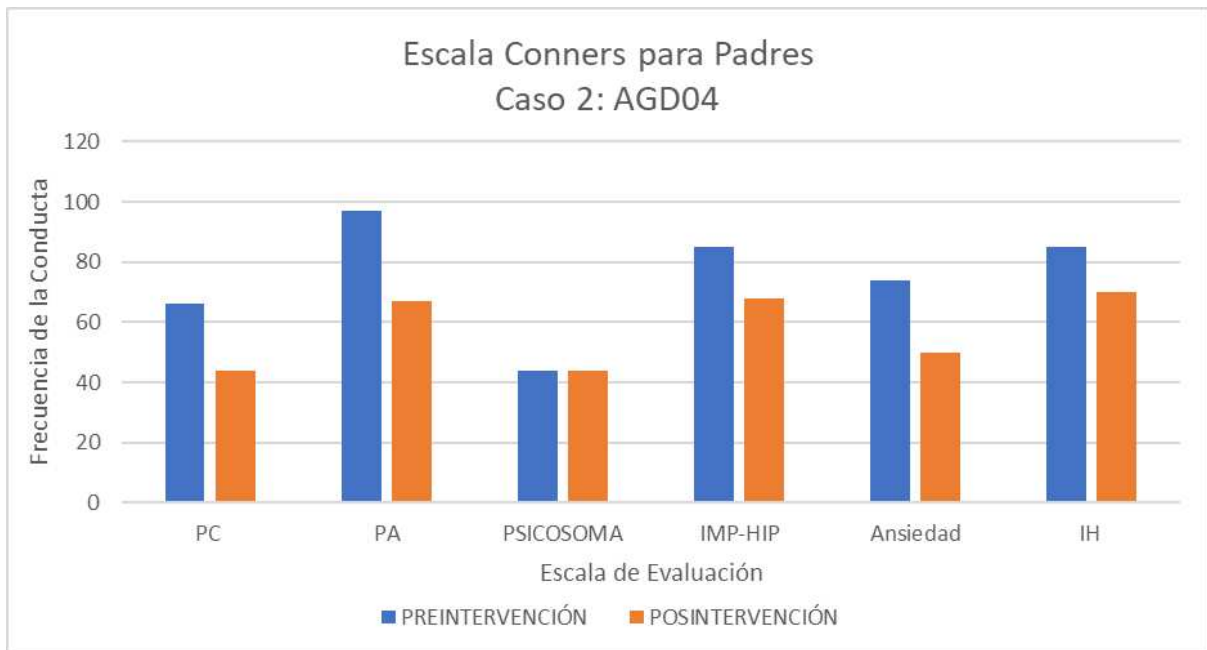
Resultados en la prueba Conners para padres en el caso AGD04

Escala	Previo a la intervención	Posterior a la intervención
Índice de Hiperactividad (Límite clínico=70)	85	70

Problemas de Aprendizaje (Límite clínico=70)	97	67
Problemas de Conducta (Límite clínico=70)	66	44
Psicosomática (Límite clínico=70)	44	44
Impulsividad-Hiperactividad (Límite clínico=70)	85	68
Ansiedad (Límite clínico=70)	74	50

Figura 30:

Evaluación escala de Connors para padres



PC: Problemas de Conductas, PA: Problemas de Aprendizaje, Psicosomático, IMP-HIP: Impulsividad e Hiperactividad, Ansiedad e IH: Índice de hiperactividad.

6. Escala de Connors para profesores

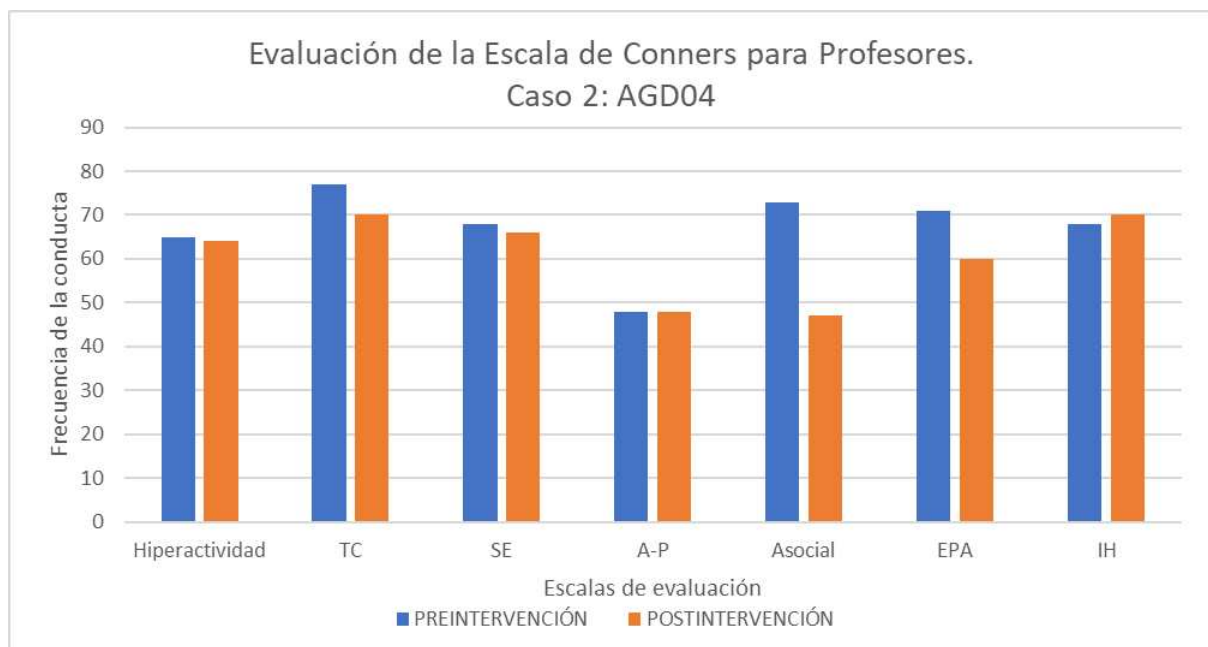
Las siguientes escalas se mantuvieron en la pre y post evaluación fuera del rango clínico, en un rango normal. En la escala de Hiperactividad en la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 65 y en la postevaluación un puntaje de 64, la escala sobreindulgencia emocional en la preevaluación se registró un puntaje de 68 y después de la intervención un puntaje de 66 y la escala Ansiedad-pasividad en la pre evaluación y postevaluación mantuvo un puntaje de 48.

Las escalas que se presentan a continuación disminuyeron en la puntuación después de la intervención, pasando de un rango clínico a un rango normal. La escala Asocial en la evaluación inicial registró un puntaje de 73 y finalizó con un puntaje de 47 y en la escala de Ensoñación y Problemas de Asistencia en la preevaluación se obtuvo un puntaje de 71 y en la postevaluación alcanzó un puntaje de 60.

Finalmente la escala Trastornos de Conducta se mantuvo con un puntaje clínico antes y después de la intervención, en la preevaluación obtuvo un puntaje de 77 y en la postevaluación se registró un puntaje de 70 y la escala Índice de Hiperactividad presentó un incremento, pasando de un rango normal a un rango clínico, en la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 68 y después de la intervención obtuvo un puntaje de 70.

Figura 31:

Evaluación de la Escala de Conners para Profesores, Caso 2: AGD04



7. ICMSE-R:

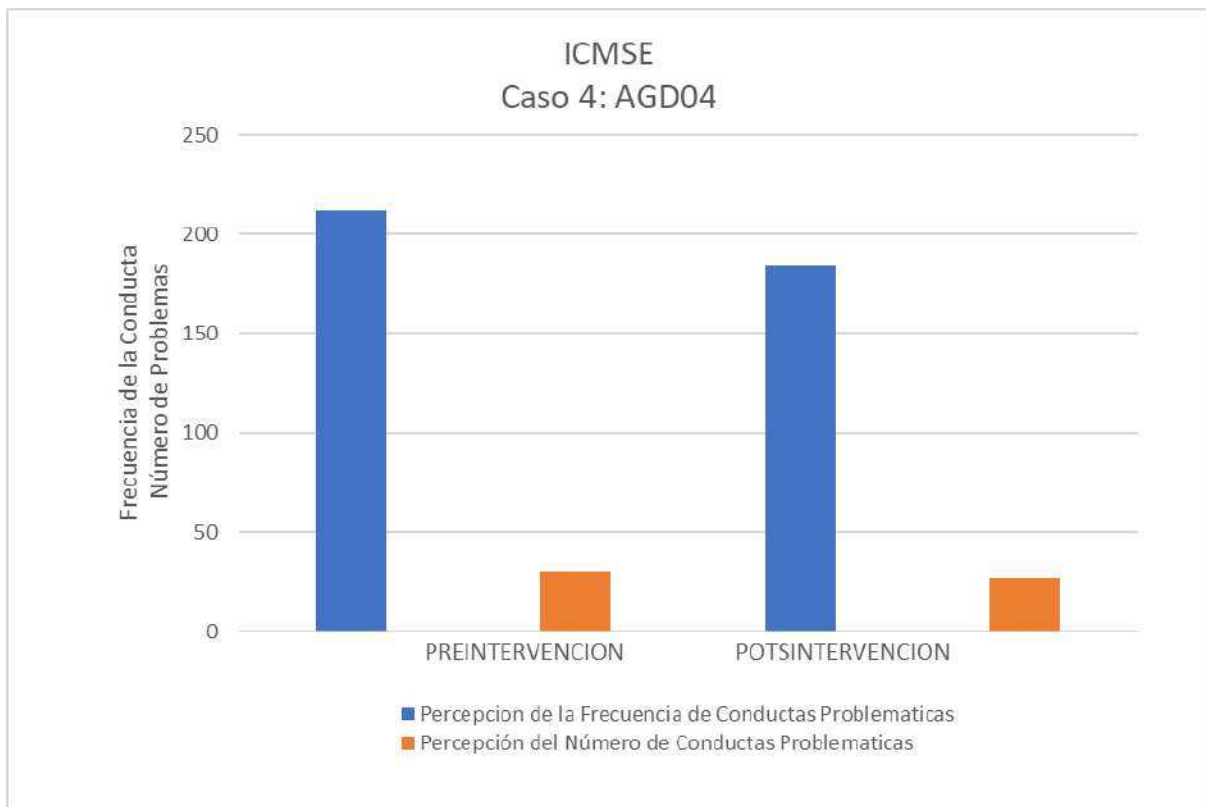
En la Percepción de la Frecuencia de las Conductas Problemáticas en la evaluación inicial el puntaje fue 212 y en la postevaluación se obtuvo un puntaje de 184, esto indica una disminución.

La escala Percepción del Número de Conductas Problemáticas en la preevaluación arrojó un puntaje de 30 y en la evaluación final un puntaje de 27.

De acuerdo con el reporte de la profesora del paciente las principales conductas problemáticas que se presentaban en el salón de clase era la falta de atención al realizar las actividades, no permanecer en su asiento durante clases, dificultad para realizar los trabajos y salirse del salón de clase. Al finalizar la intervención con la TIPH la profesora reportó una disminución en estas conductas, reconociendo un mejor desempeño académico del paciente.

Figura 32:

Evaluación del ICMSE, Caso 2: AGD04



9.3.3. Caso 3: SGCG05

Paciente masculino de 6 años de edad, cursa primero de primaria en escuela privada de educación especial, con diagnóstico primario de TDAH, se encuentra bajo tratamiento farmacológico desde el 28 de junio de 2022 con el medicamento Ritalin (clorhidrato de metilfenidato) en tabletas de 10 mg y presenta comorbilidad en el lenguaje.

En la entrevista anamnésica los padres de familia reportan que el paciente presenta problemas de atención, se le dificulta seguir instrucciones, tiene problemas para organizar actividades, se distrae con facilidad, está en constante movimiento (no puede quedarse sentado y realiza movimientos constantes con las manos), tiene rasgos de agresividad, su foco de concentración es de poco tiempo cambiando rápidamente de actividad o juego, en cuanto a la memoria a corto plazo tiende a olvidar lo que estaba haciendo. En el lenguaje para comunicarse tiende a hablar precipitadamente, le cuesta trabajo articular de manera clara las palabras y oraciones.

A lo largo de la intervención con la TIPH los padres reportaron que estas conductas fueron disminuyendo en menor grado, dejó de reaccionar agresivo cuando quería algo o cuando convive con otros niños de su edad, en la segunda parte de la terapia se logró el seguimiento de instrucciones efectivas, aumentó su foco de atención y concentración, permaneciendo más tiempo en una actividad o juego, mejoró en el ámbito académico y se presentaron mejoras en el lenguaje para articular palabras u oraciones.

A continuación se presentarán los resultados del paciente SGCG05 obtenidos en la preevaluación y postevaluación en cada uno de los instrumentos implementados a lo largo de la intervención con la TIPH.

1. Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On

La escala estado de ánimo se mantuvo en un rango dentro de la media antes y después de la intervención, iniciando con un puntaje de 96 y finalizando con un puntaje de 106, indicando que está presente el optimismo de manera adecuada.

En la escala de IET en la preevaluación se obtuvo un puntaje igual a 110, indicando que se encuentra por arriba de la media, correspondiendo a una capacidad emocional bien desarrollada, ya que se es capaz de expresar y comunicar sus sentimientos y necesidades. Sin embargo en la postevaluación se puede observar una disminución en esta escala pasando a un puntaje dentro de la media igual a 91.

La subescala intrapersonal en la evaluación inicial y en la postevaluación permaneció con un puntaje que se encuentra por arriba de la media, en la preevaluación se registró un puntaje de 110 y en la postevaluación se obtuvo un puntaje de 114.

En la escala interpersonal en la preevaluación se obtuvo un puntaje igual a 92 y en la postevaluación se registró un puntaje igual a 89, esto indica que ambos puntajes se encuentran dentro de la media, donde sus relaciones interpersonales son adecuadas y comprenden los sentimientos de los demás.

La subescala de Adaptabilidad antes y después de la intervención permaneció en un puntaje que se encuentra extremadamente abajo de la media, obteniendo en la

evaluación inicial un puntaje de 63 y en la evaluación final un puntaje de 78, indicando que el paciente es inflexible, carece de destrezas que le permitan gestionar los cambios y presenta dificultad para la resolución de problemas.

La subescala de Manejo de estrés se mantuvo con una puntuación por debajo de la media, en la preevaluación se registró un puntaje igual a 77 y en la postevaluación se obtuvo un puntaje igual a 86, considerándose como un espacio de mejora, indicando que hay dificultad para relajarse, se presenta irritabilidad y conductas impulsivas.

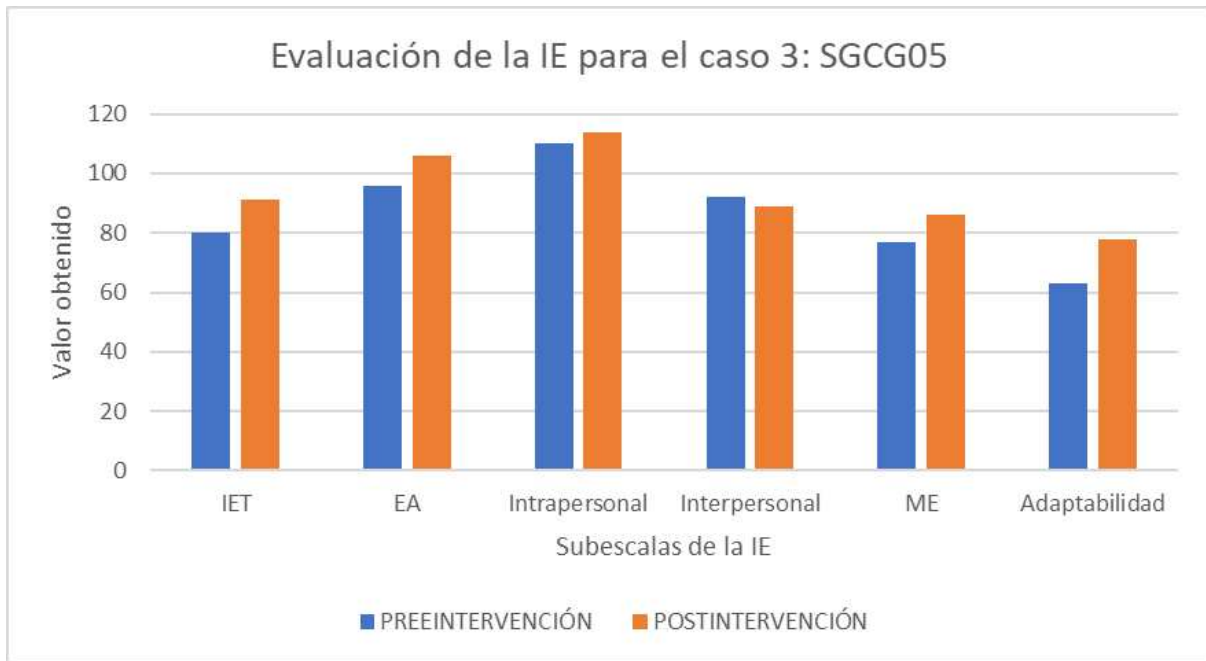
Tabla 15

Resultados individuales de la IE Caso. SGCG05

Escala	Antes de la Intervención	Posterior a la intervención
Inteligencia Emocional Total (Rango del puntaje promedio= 90-109)	110	91
Estado de ánimo (Rango del puntaje promedio= 90-109)	96	106
Intrapersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	110	114
Interpersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	92	89
Adaptabilidad (Rango del puntaje promedio= 90-109)	63	78
Manejo de Estrés (Rango del puntaje promedio= 90-109)	77	86

Figura 33:

Evolución de la IE para el caso 3: SGCG05



IET: Inteligencia Emocional Total, EA: Estado de Ánimo, Intrapersonal, Interpersonal, ME: Manejo de Estrés y Adaptabilidad.

2. ICIE:

En el inventario de conducta infantil para la investigación solo se consideraron los registros maternos, por el desfase de los registros del abuelo.

En cuanto al reporte materno se registraron 17 respuestas, 6 respuestas antes de la intervención y 11 posterior a la intervención con la TIPH. Evaluando la percepción de la frecuencia de problemas de conducta y la percepción del número de de conductas problemáticas.

En los reportes maternos de la percepción de la frecuencia de problemas de conducta, al identificar el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención se observó que una de las evaluaciones durante la intervención obtuvo un valor similar o superior a dicho valor. Esto indica un efecto significativo en la intervención (*PAND 0.94 Phi 0.883 P= 0.001*), como se muestra en la figura 34.

En el caso de la percepción del número de conductas problemáticas en el reporte materno, se identificó el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención y se observó que cinco de las evaluaciones durante la intervención tuvieron un valor similar o superior al valor más bajo identificado en las evaluaciones previas. Indicando un efecto significativo en la intervención (*PAND 0.71 Phi 0.545 P= 0.025*), como se muestra en la figura 35.

Figura 34

ICIE: Reporte materno de la Percepción de la Frecuencia del Número de problemas de conducta. Caso 3: SGCG05

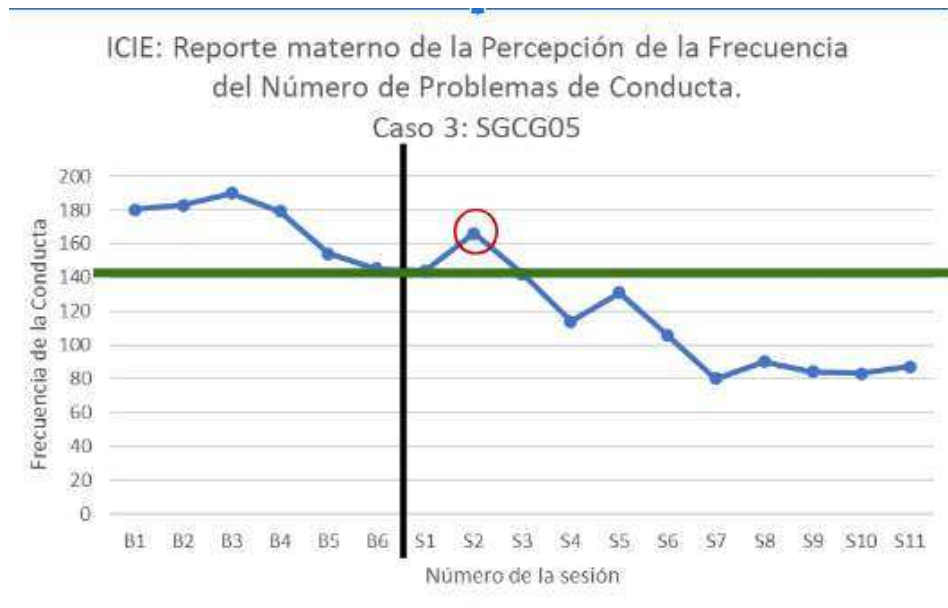


Figura 35

ICIE: Reporte materno de la Percepción del Número de Conductas problemáticas. Caso 3: SGCG05



3. SCIDPH:

C. Habilidades parentales por hacer:

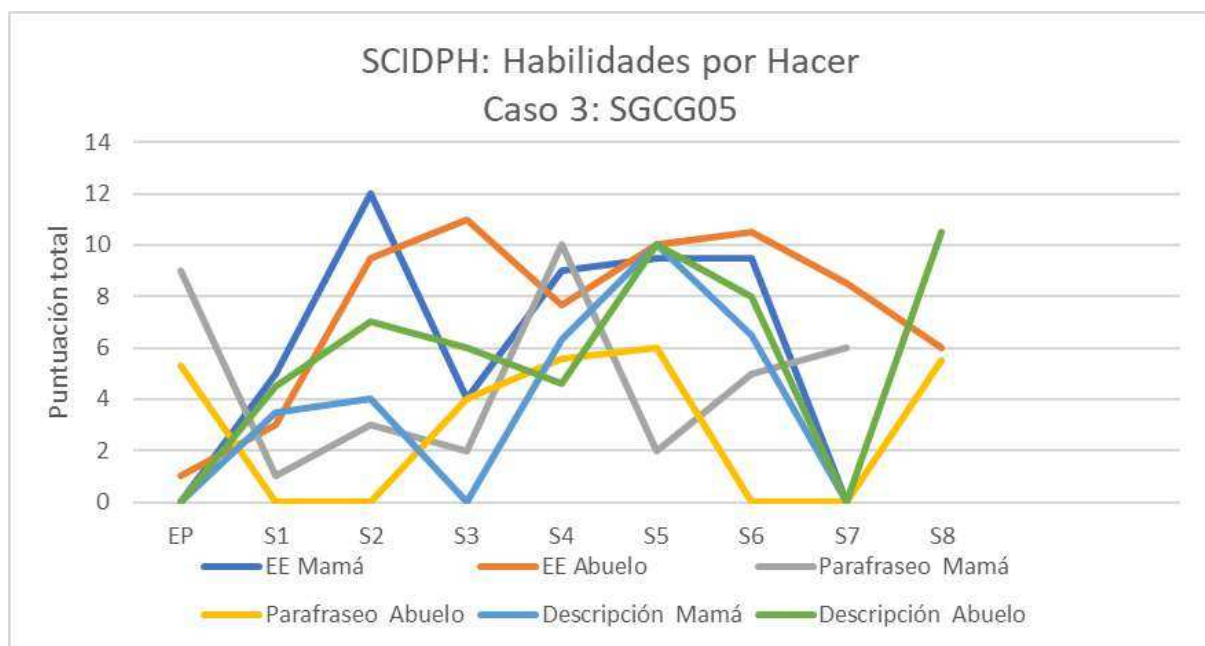
En este apartado se muestran los resultados registrados al inicio y al final de la intervención con la TIPH , en las habilidades por hacer de mamá y el abuelo.

En la preevaluación la madre obtuvo un registro de 0 EE, 9 parafraseos y 0 descripciones, en la postevaluación la madre obtuvo un puntaje de 9.5 EE, 6 parafraseos y 6.5 descripciones. En el caso del abuelo en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 1 EE, 5.33 parafraseos y 0 descripciones, en la postevaluación se registró un puntaje igual a 6 EE, 5.5 parafraseos y 10.5 descripciones.

Durante la intervención en algunas sesiones la madre y el abuelo lograron alcanzar la maestría en las habilidades, mostrando un desempeño adecuado en la terapia.

Figura 36:

Evaluación del SCIDPH: Habilidades por Hacer Caso 3: SGCG05



D. Conductas parentales por evitar:

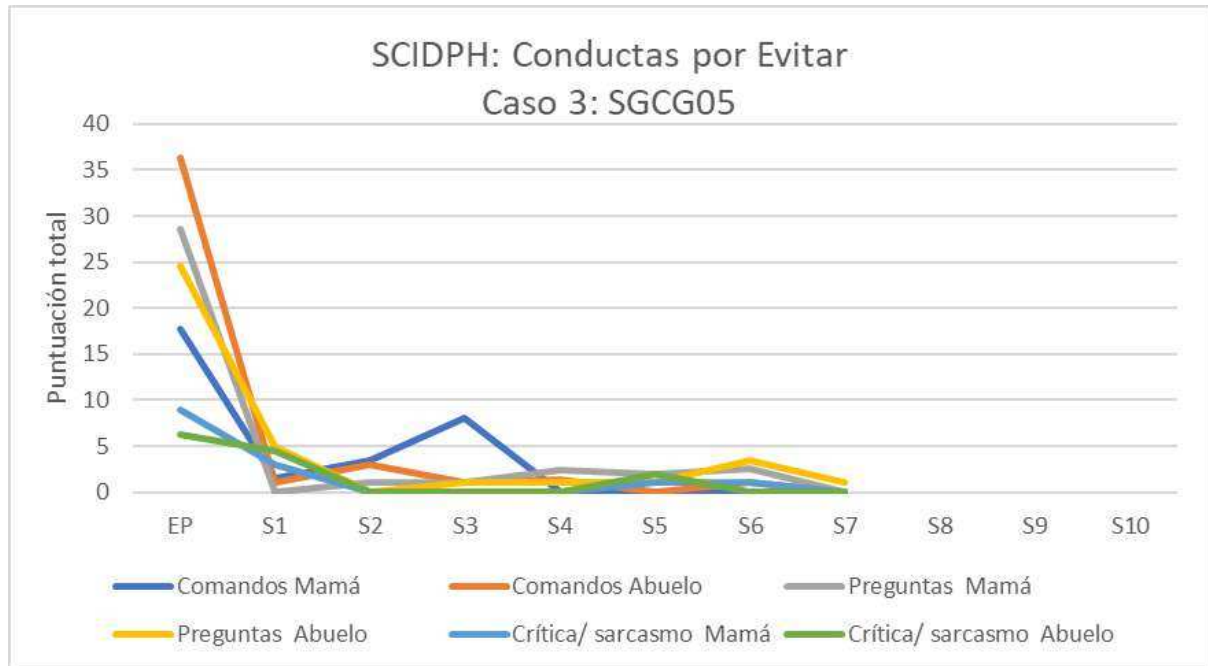
En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos en la preevaluación y postevaluación de las conductas por evitar de la madre y el abuelo.

En la evaluación inicial la madre obtuvo un puntaje de 28.66 preguntas, 17.66 comandos y 9 críticas/sarcasmo, en la postevaluación se registró un puntaje igual a 2.5 preguntas, 0 comandos y 1 crítica/sarcasmo. En el caso del abuelo en la preevaluación se registró un puntaje de 24.5 preguntas, 36.33 comandos y 6.33 crítica/sarcasmo, en la evaluación final se obtuvo un puntaje de 1 pregunta, 0 comandos y 0 críticas/sarcasmo.

Durante el proceso de la terapia se observó una disminución considerable en las conductas por evitar, logrando la maestría de 3 a 0 conductas por evitar.

Figura 37:

Evaluación de SCIDPH: Conductas por Evitar. Caso 3: SGCG05



4. IDP:

En este apartado no se obtuvo registro de las instrucciones efectivas durante la segunda parte de la terapia IDP, así mismo la familia abandonó la terapia en esta fase de la intervención, dos sesiones antes de la sesión de graduación.

5. Escala de Connors para padres:

En esta escala solo se obtuvo la preevaluación, debido que esta familia abandonó la terapia dos sesiones previas a la sesión de graduación y no contestó la evaluación final.

En la escala problemas de conducta se registró un puntaje igual a 69, esto indica que se encuentra fuera del rango clínico.

La escala Problemas de Aprendizaje se encuentra en un puntaje clínico igual a 80

En la escala psicossomático se obtuvo un puntaje igual a 110, esto indica que se encuentra en un puntaje clínico.

La escala Impulsividad-Hiperactividad se encuentra fuera de un puntaje clínico igual a 68.

En la escala de Ansiedad se registró un puntaje fuera del rango clínico igual a 50.

Finalmente en la escala de Índice de Hiperactividad se obtuvo un puntaje clínico igual a 78.

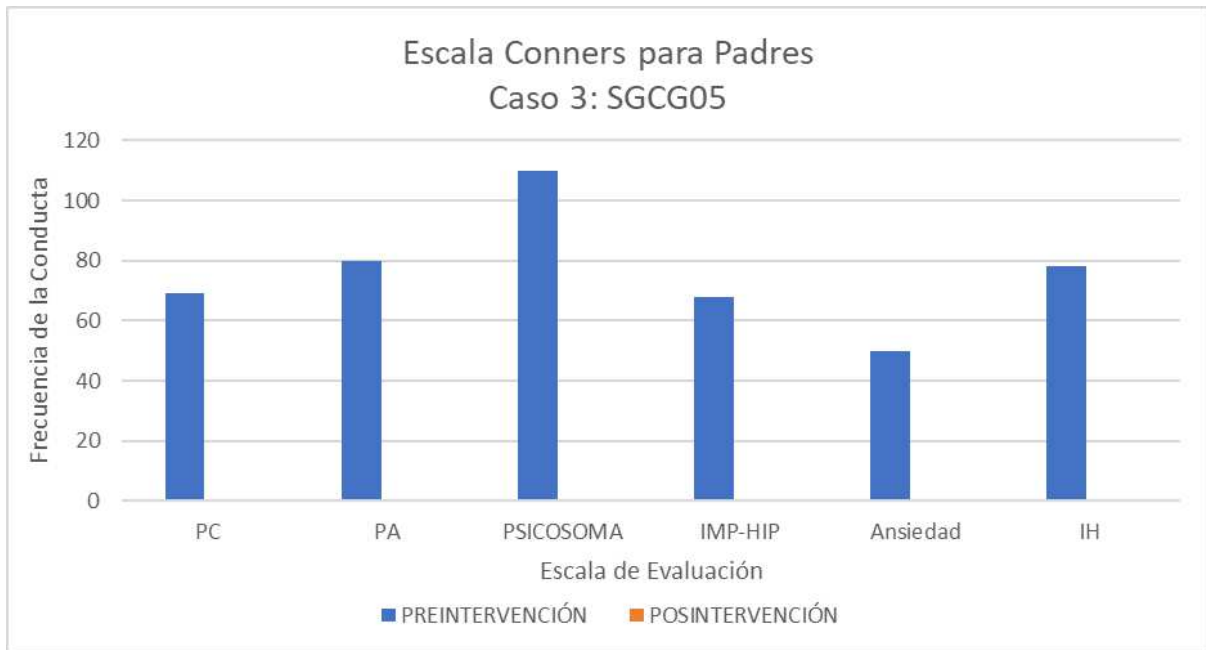
Tabla 16.

Resultados de la prueba conners para padres en el caso SGCG05

Escala	Previo a la intervención	Posterior a la intervención
Índice de Hiperactividad (Límite clínico=70)	78	N/A
Problemas de Aprendizaje (Límite clínico=70)	80	N/A
Problemas de Conducta (Límite clínico=70)	69	N/A
Psicosomática (Límite clínico=70)	110	N/A
Impulsividad-Hiperactividad (Límite clínico=70)	68	N/A
Ansiedad (Límite clínico=70)	50	N/A

Figura 38:

Evaluación escala de Conners para padres



6. Escala de Conners para profesores

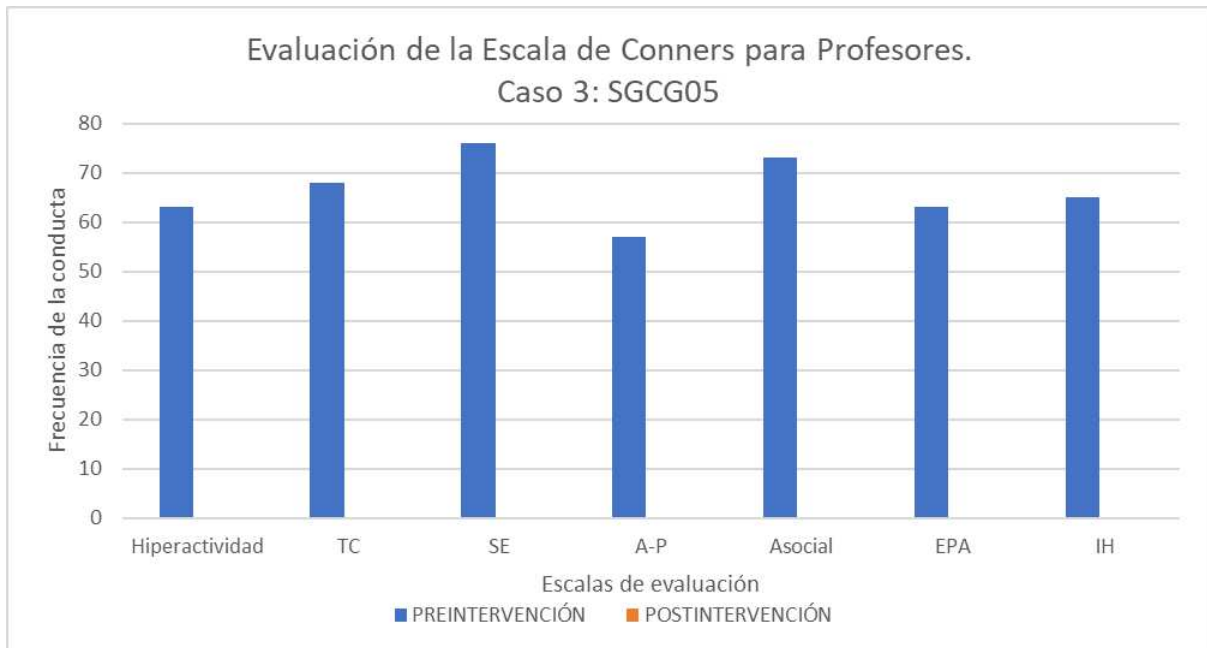
Cabe mencionar que solo se cuenta con la evaluación inicial de esta escala, debido que la familia abandonó la terapia dos sesiones previas a la sesión de graduación y la profesora del paciente no contestó la postevaluación.

Las siguientes escalas en la evaluación inicial se mantuvieron en un puntaje normal, fuera del puntaje clínico. En la escala de Hiperactividad se obtuvo un puntaje igual a 63, la escala Trastorno de Conducta registró un puntaje igual a 68, en la escala Ansiedad-Pasividad se obtuvo un puntaje igual a 57, la escala Ensoñación y Problemas de Asistencia obtuvo un puntaje igual a 63 y la escala Índice de Hiperactividad registró un puntaje igual a 65.

Por otra parte las escalas que se presentan a continuación en la preevaluación obtuvieron un puntaje que se encuentra dentro del rango clínico. La escala de Sobreindulgencia Emocional registró un puntaje de 76 y la escala Social un puntaje igual a 73.

Figura 39:

Evaluación de la Escala de Conners para Profesores. Caso 3: SGCG05



7. ICMSE-R.

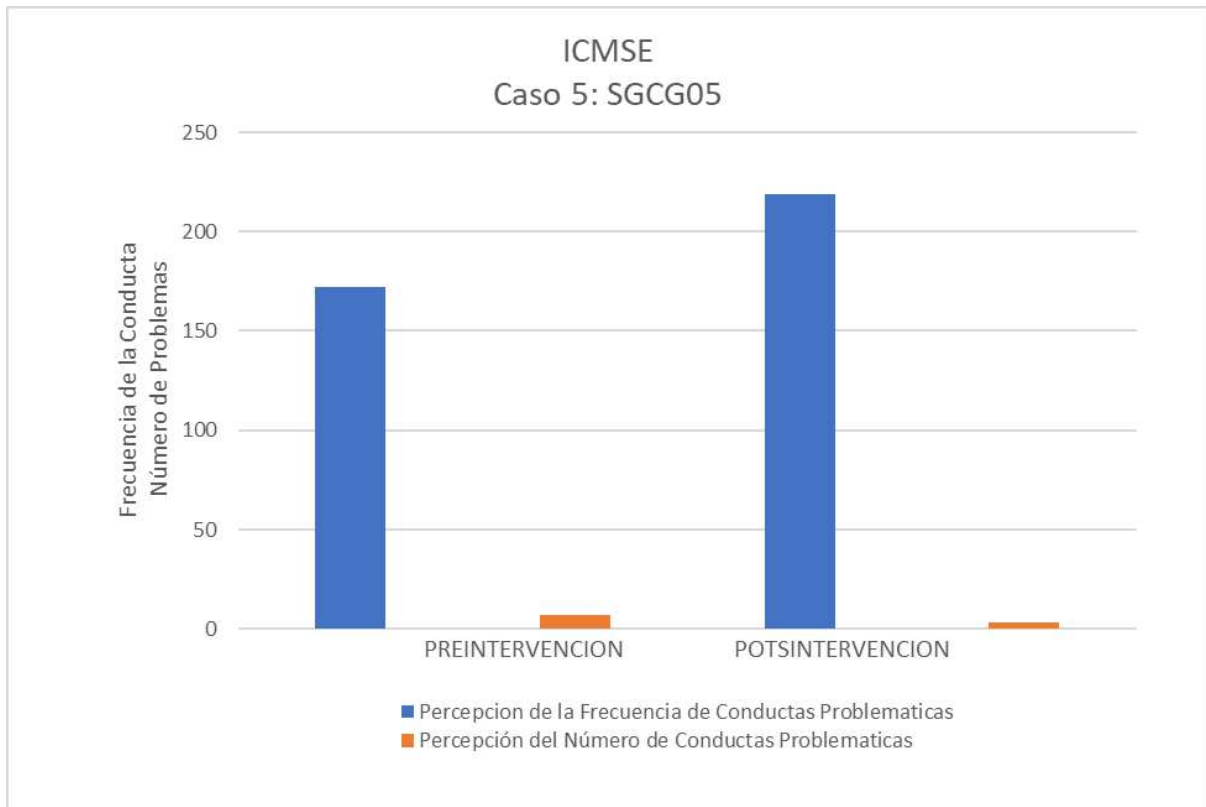
En la Percepción de la Frecuencia de las Conductas Problemáticas en la evaluación inicial el puntaje fue 172 y en la postevaluación se obtuvo un puntaje de 219, esto indica un incremento en las conductas problemáticas.

La escala Percepción del Número de Conductas Problemáticas en la preevaluación arrojó un puntaje de 7 y en la evaluación final un puntaje de 3, esto indica una disminución.

De acuerdo al reporte de la profesora del paciente las principales conductas problemáticas que se presentaban en el salón de clase son que el paciente se distrae con facilidad, dificultad al realizar algunas actividades en clase y dificultades para socializar con sus compañeros. Durante el progreso de la intervención estas conductas problemáticas fueron disminuyendo considerablemente.

Figura 40:

Evaluación del ICMSE, Caso 3: SGCG05



9.3.4. Caso 4: UJTC06

Participante masculino de 5 años de edad, cursa segundo año de preescolar en una escuela privada, con diagnóstico primario de TDAH o Trastorno Hiperactivo de la conducta, y comorbilidad con Trastorno del lenguaje, bajo tratamiento farmacológico desde el 2 de agosto de 2021, con Risperidona.

Durante la entrevista inicial los padres mencionaron estar preocupados por los cortos periodos de atención del niño, su impulsividad; además de presentar dificultades en la regulación del enojo y la frustración, solía mentir y mostrar poca cooperación en las actividades escolares, dificultades en la socialización y en el lenguaje expresivo, donde notan que hubo un retroceso, ya que palabras que pronunciaba correctamente las comenzó a pronunciar con errores, además de que sus primeras conductas eran de golpear y morder cuando estaba en desacuerdo, molesto o no se le daba la atención que exigía, tanto en casa, como en la escuela o en otros espacios de socialización y públicos, además de que constantemente recibían quejas por parte de su profesora, sobre comportamientos inadecuados del niño en el salón de clases (salirse del salón, llorar, golpear, morder, ser demandante con sus compañeros, no terminar actividades, no respetar turnos).

En cuanto a los cambios que los padres notaron en el niño durante y al final de la intervención, es que logró regular mejor su enojo, expresando la emoción, pero sin golpear o morder, pidiendo estar solo mientras se calmaba; además, logró concluir mejor sus actividades escolares, con mayor concentración en ellas, respetando

mejor su turno, por lo que pudo lograr mejor socialización e integración a grupos, suele ser más cooperativo en casa y en la escuela, dejó de golpear y morder. Los padres reportan que dejaron de recibir quejas por parte de su profesora. Los padres cambiaron su perspectiva ante el diagnóstico de su hijo, comprendiendo mejor qué es el TDAH y expresaron que las herramientas obtenidas durante el proceso terapéutico les han sido de ayuda para mejorar su comunicación e interacción con su hijo, siendo más proactivos y sensibles ante la crianza que ejercen.

A continuación se describen los resultados obtenidos en cada una de las evaluaciones realizadas, tanto en la preintervención como en las postintervención.

1. Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On:

En la escala de estado de ánimo, en la preintervención se obtuvo un valor de 93, en la postevaluación fue igual a 106, dentro de la media, indica que es optimista, positivo, y agradable estar con él.

En la escala de IET, la preintervención es igual a un valor de 80, cayendo por debajo de la media. como un área de oportunidad para mejora de sus habilidades socioemocionales y en la gestión emocional; a diferencia de lo que se obtuvo en la postintervención, que fue igual a 91, dentro de la media, mostrando una mejoría en las áreas de oportunidad antes mencionadas.

La subescala intrapersonal, obtuvo un valor igual a 114 en la preintervención y después de la intervención fue igual a 118, ubicándolo por encima de la media, es decir, que el conocimiento de sí mismo en el reconocimiento y expresión de sus emociones es satisfactoria.

En relación a la subescala Interpersonal, el puntaje fue igual a 78 en la evaluación previa, y en la evaluación posterior, el puntaje fue igual a 87, por debajo de la media, lo que quiere decir que hay un indicador para mejorar en las dificultades para relacionarse con los demás y actuar según exige la situación social.

La escala de adaptabilidad, obtuvo un valor en la preintervención de 72, mientras que en la post intervención el valor fue igual a 86, ambos resultados por debajo de la media. Aunque cabe mencionar que los padres reportaron encontrar una mejoría en las dificultades que presentaba el paciente antes de la intervención para gestionar cambios en su rutina, pues antes de la intervención solía frustrarse, llorar y gritar ante cualquier cambio, a comparación de lo que sucedió después de la intervención, siendo más paciente y adaptándose mejor a los cambios que sucedían en su entorno familiar y escolar.

Para finalizar, en la subescala de manejo de estrés, el valor previo a la intervención, fue igual a 74, y el resultado después de la intervención fue igual a 77, por debajo de la media, con presencia de irritabilidad e impulsividad y dificultades para relajarse ante situaciones estresantes.

Los datos descritos anteriormente se resumen en la tabla 17 y se presentan de forma gráfica en la figura 41.

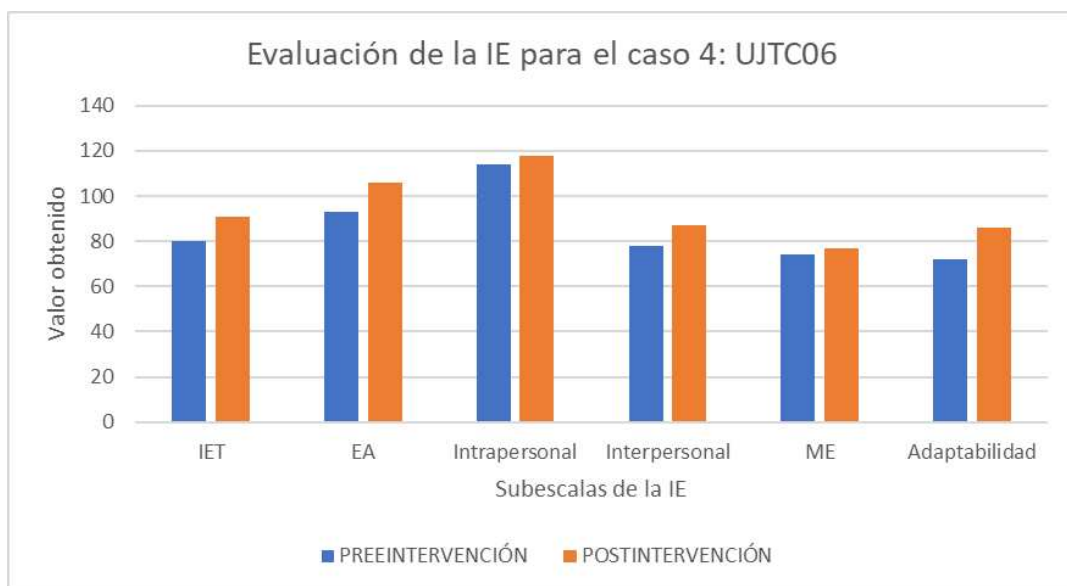
Tabla 17

Resultados individuales de la IE en el caso UJTC06

Escala	Antes de la Intervención	Posterior a la intervención
Inteligencia Emocional Total (Rango del puntaje promedio= 90-109)	<	91
Estado de ánimo (Rango del puntaje promedio= 90-109)	93	103
Intrapersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	114	118
Interpersonal (Rango del puntaje promedio= 90-109)	78	87
Adaptabilidad (Rango del puntaje promedio= 90-109)	72	86
Manejo de Estrés ((Rango del puntaje promedio= 90-109)	74	77

Figura 41:

Evaluación de IE para el caso 4: UJTC06



2. ICIE

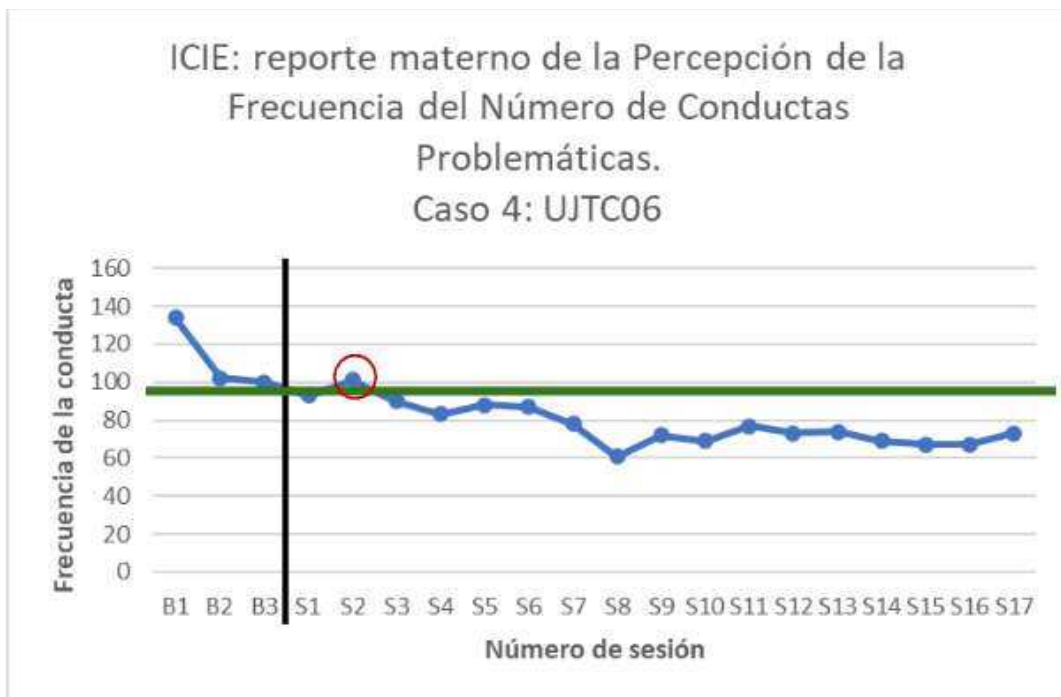
Los reportes materno y paterno se realizaron en 20 ocasiones tanto para percepción de la Frecuencia de Problemas de Conducta Problemática, como para la percepción del Número de Conductas Problemáticas, 3 de las cuales sucedieron antes de la intervención y 17 durante.

Respecto a la madre, en su percepción de la Frecuencia de Problemas de Conductas Problemáticas, al identificar el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención se observó que un valor de las evaluaciones durante la intervención tuvo un puntaje similar a dicho valor. Lo que implica un efecto significativo de la intervención ($PAND=0.95$ $Phi=0.84$ $p<0.001$). Figura 42.

En la escala de percepción del Número de Conductas Problemáticas al identificar el puntaje más bajo en las evaluaciones previas, se observa que 3 de los valores de las evaluaciones durante la intervención son similares o mayores a dicho valor. Lo que implica un efecto significativo de la intervención ($PAND=0.998$ $Phi=0.642$ $p=0.004$). Figura 43.

Figura 42:

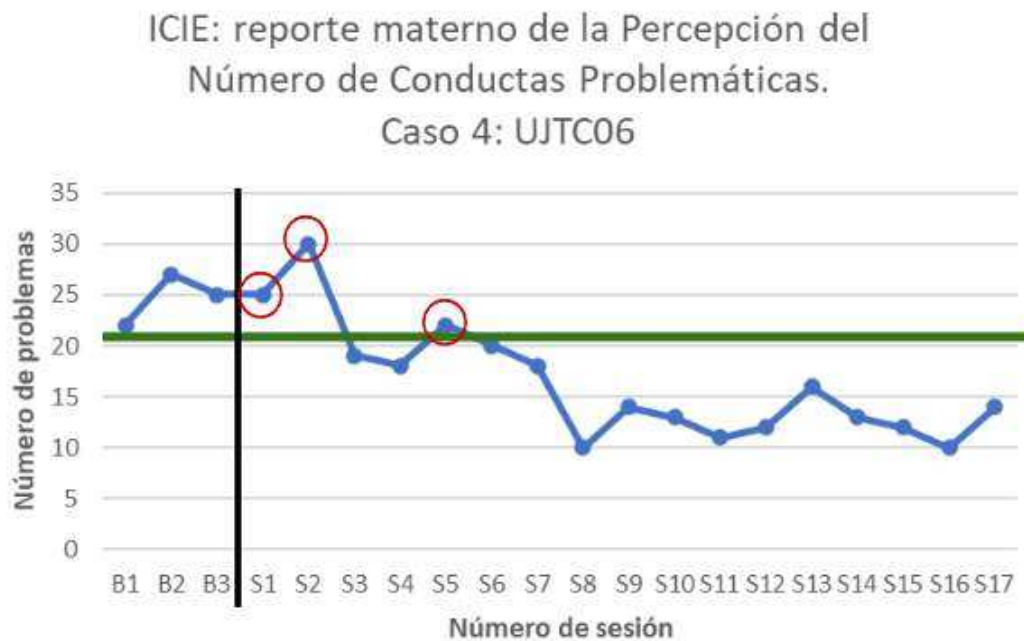
ICIE: reporte materno de la Percepción de la Frecuencia de Conductas Problemáticas para el caso 4: UJTC06



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

Figura 43:

ICIE: reporte materno de la Percepción del Número de Conductas Problemáticas para el caso 4: UJTC06



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

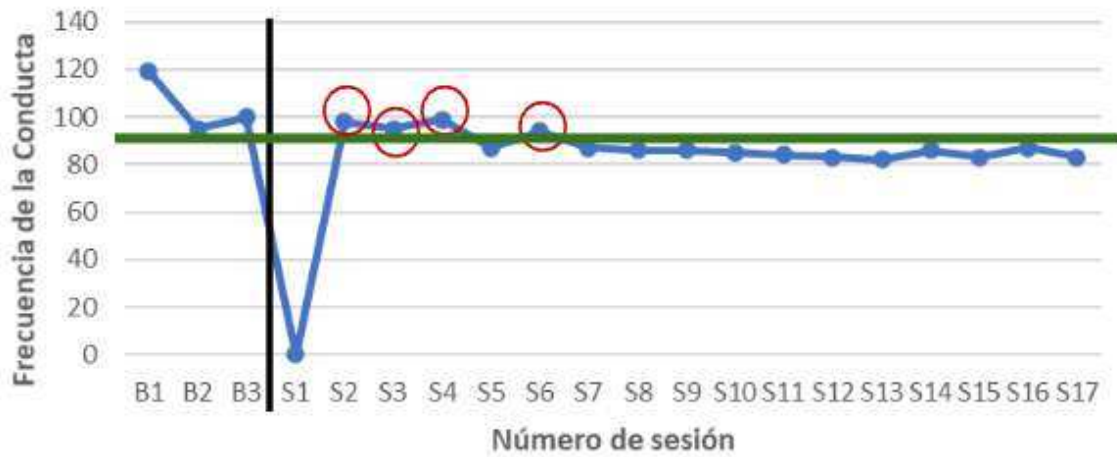
En lo que respecta al padre para la percepción de la Frecuencia de los Problemas de Conductas Problemáticas en su hijo, al momento de identificar el valor más bajo en las evaluaciones previas a la intervención, se identificó que 4 de las evaluaciones durante la intervención tuvieron valores similares o superiores a dicho valor. Lo que implica un efecto significativo de la intervención ($PAND=0.80$ $Phi=0.572$ $p=0.01$). Figura 44.

En relación a lo que reportó en su percepción de la Frecuencia del Número de Conductas Problemáticas, al localizar el valor mínimo en las evaluaciones previas a la intervención, se identificaron 4 de las evaluaciones durante la intervención que tuvieron valores similares o mayores a dicho valor. Esto implica un efecto significativo de la intervención ($PAND=0.80$ $Phi=0.572$ $p=0.01$). Figura 45.

Figura 44:

ICIE: reporte paterno de la Percepción de la Frecuencia de Conductas Problemáticas para el caso 4: UJTC06

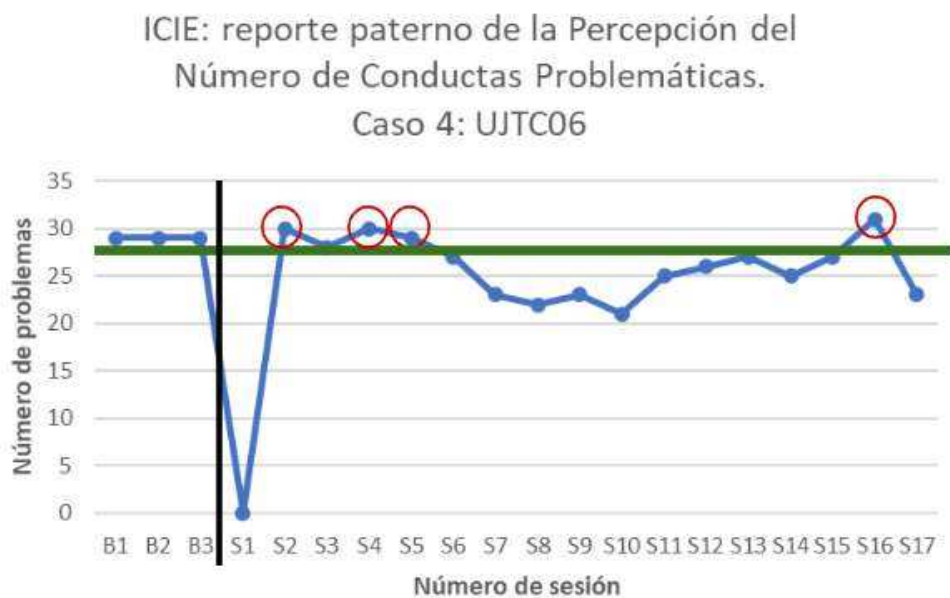
ICIE: Reporte paterno de la Percepción de la Frecuencia del Número de Conductas Problemáticas.
Caso 4: UJTC06



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

Figura 45:

ICIE: reporte paterno de la Percepción del Número de Conductas Problemáticas para el caso 4: UJTC06



B= evaluación en la preintervención o base. S= Número de sesión durante la intervención

3. SCIDPH:

c. Habilidades parentales por Hacer

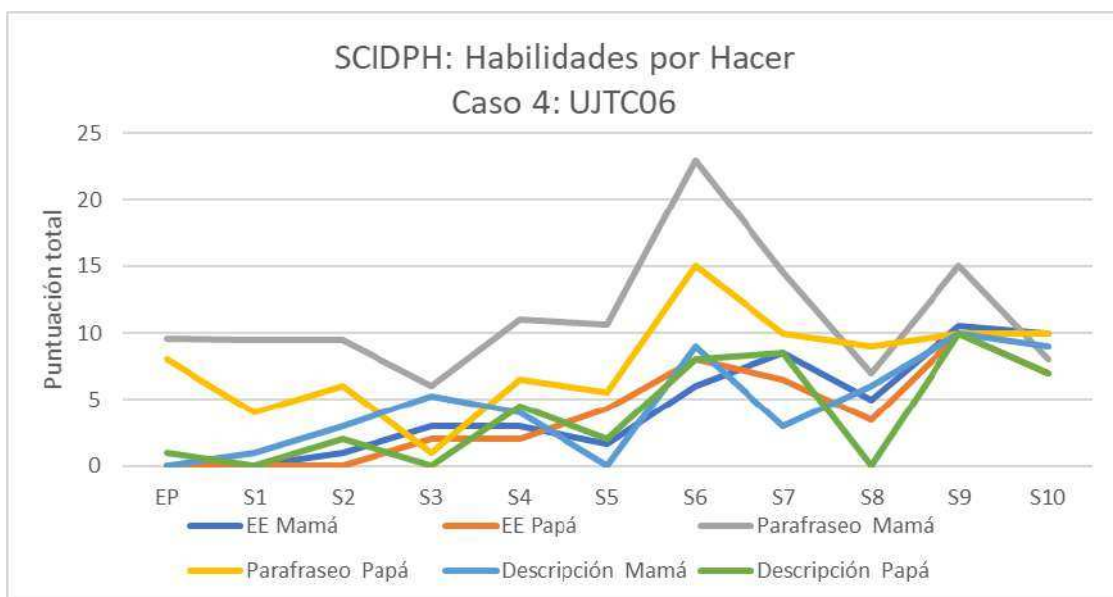
A continuación se muestran los resultados obtenidos del dominio de mamá y papá de las habilidades por hacer.

En la evaluación inicial, la mamá alcanzó 0 EE, 9.6 parafraseos y 0 descripciones, para la evaluación final la mamá logró la maestría de EE con un puntaje de 10, 8 parafraseos y 9 descripciones; mientras que el papá en la preevaluación alcanzó 0 EE, 8 parafraseos y 1 descripciones, finalizando con 7 EE, 10 parafraseos logrando así la maestría en esta habilidad y 7 descripciones.

Ambos padres aumentaron el dominio de sus habilidades durante el proceso de la intervención en la TIPH, en especial el EE y la descripción, pues el parafraseo fue una habilidad en la que desde un inicio mostraron buen desempeño, estas habilidades se fueron perfilando en naturalidad y entusiasmo.

Figura 46:

Evaluación de las Habilidades parentales por Hacer para el caso 4: UJTC06.



EP: Evaluación Previa a la intervención realizada. S1, 2... Indica el número de sesión de la intervención. EE: Elogio Específico.

d. Conductas parentales por Evitar

En este apartado se describen los resultados obtenidos para cada conducta parental por evitar por mamá y papá.

En la evaluación inicial, la conducta a evitar que más se presentó en ambos padres fueron las preguntas. La mamá obtuvo la presencia de 2.5 comandos, 14 preguntas

y 10.7 Crítica/sarcasmo. Lo que decreció considerablemente en la postevaluación, con 0 presencia de comandos y preguntas y 1 crítica/sarcasmo.

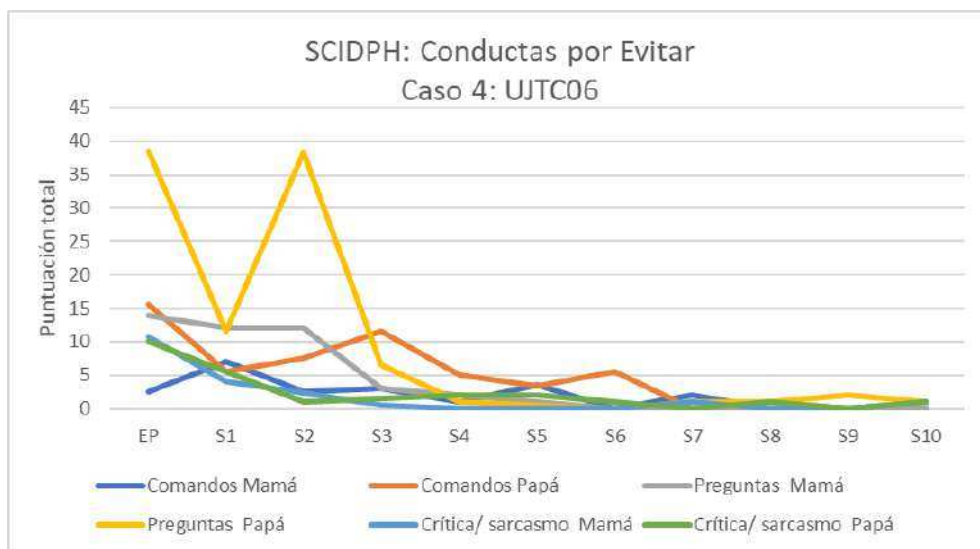
Por su parte el papá en la preevaluación tuvo un total 15.6 comandos, 34 preguntas, siendo la conducta más frecuente y 10 crítica/sarcasmo, en la postevaluación disminuyó la presencia de estas conductas, con el puntaje de 1 en las tres conductas (pregunta, comando y crítica/sarcasmo).

Con estos resultados, concluimos que tanto papá como mamá lograron disminuir la presencia de estas conductas a evitar, así mismo expresaron que esto les ayudó a tener mejor comunicación con su hijo y disminuir conflictos en la interacción.

Estos resultados se muestran en la figura 48.

Figura 47:

Evaluación de las Conductas parentales por Evitar para el caso 4: UJTC06.



EP: Evaluación Previa a la intervención realizada. S1, 2... Indica el número de sesión de la intervención.

4. IDP:

En cuanto a la actividad disciplinar, implementada en la segunda fase de la TIPH, se reporta el progreso de ambos padres al dar instrucciones efectivas bajo la estructura RAI (Razón + Amabilidad + instrucción efectiva).

En la sesión 1, la mamá alcanzó el 75% de instrucciones efectivas, es decir un total de 3 instrucciones, finalizando con el mismo porcentaje.

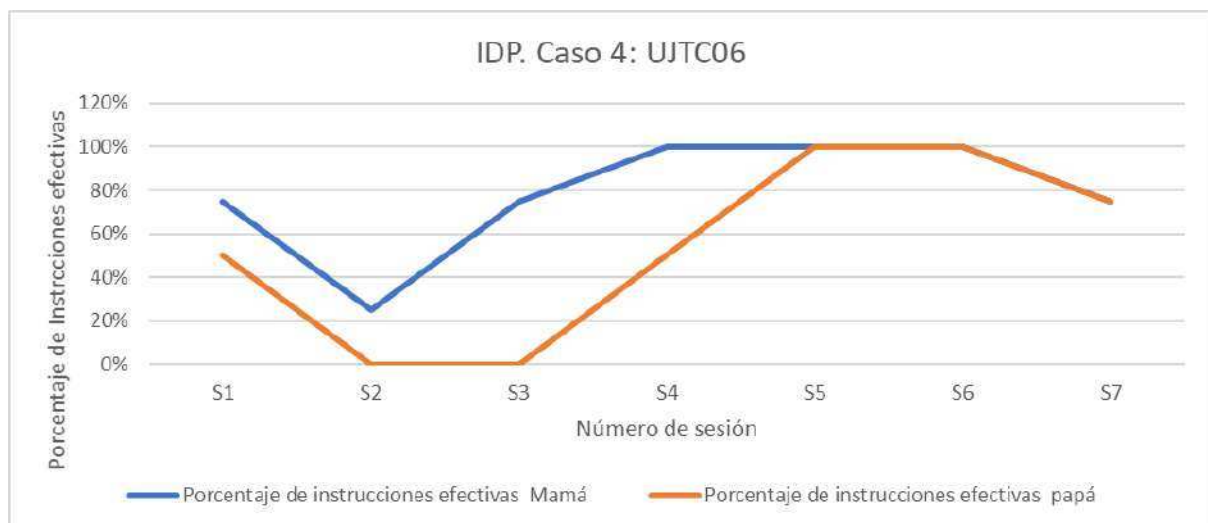
El papá logró un 50%, es decir un total de 2 instrucciones efectivas en la sesión 1, mientras que en la postevaluación cerró con el 75%, representando un total de 3 instrucciones.

Ambos padres lograron alcanzar la maestría (4 instrucciones efectivas en 5 minutos) en las sesiones 5 y 6, dos sesiones antes de concluir la intervención, sumando que la mamá la logró alcanzar en la sesión número 4 también.

Cabe resaltar que mamá y papá fueron mostrando un dominio mayor conforme fueron avanzando en el proceso, pues la seguridad al dar las instrucciones, el tono de voz neutro, y el seguimiento ante el cumplimiento (elogio etiquetado) o incumplimiento (advertencia, silla de tiempo fuera, habitación de tiempo fuera) según la situación dada, cada vez se fueron perfeccionando más. Además el niño se adaptó muy bien a esta forma de comunicar una instrucción, se adecuó a comprender que el liderazgo no siempre lo tiene él y al seguimiento de reglas e instrucciones, e internalizó la estructura al momento de dar instrucciones efectivas.

Figura 48:

Resultados de la IDP para el caso 4: UJTC06



S1, 2... Indica el número de sesión de la intervención.

5. Escala de Conners para padres:

De acuerdo al reporte paterno-materno, en la escala de problemas de aprendizaje, el puntaje obtenido tanto en la preintervención como en la postintervención fue igual a 73, cayendo dentro del rango clínico; los padres reportaron al inicio de la intervención que termina las tareas con dificultad, es muy distraído y se frustra mucho ante los esfuerzos.

Algo similar sucedió con la escala de índice de hiperactividad, permaneciendo fuera del rango clínico, tanto en la evaluación previa como posterior a la intervención, con un puntaje igual a 60.

Las siguientes escalas se mantuvieron fuera del rango clínico en la preintervención y en la postintervención. La escala de problemas de conducta, inicialmente arrojó un puntaje de 56 y después de la intervención se obtuvo un puntaje de 62; la escala psicósomática tuvo un puntaje inicial 45 y después de la intervención se obtuvo un puntaje de 62; en la escala de Impulsividad- hiperactividad el valor inicial fue de 58 y el final de 61; en la de ansiedad, el valor en la preevaluación fue de 47, mientras que en la postintervención fue igual a 51.

Esto se encuentra resumido en la tabla 17 y puede verse en la Figura 49.

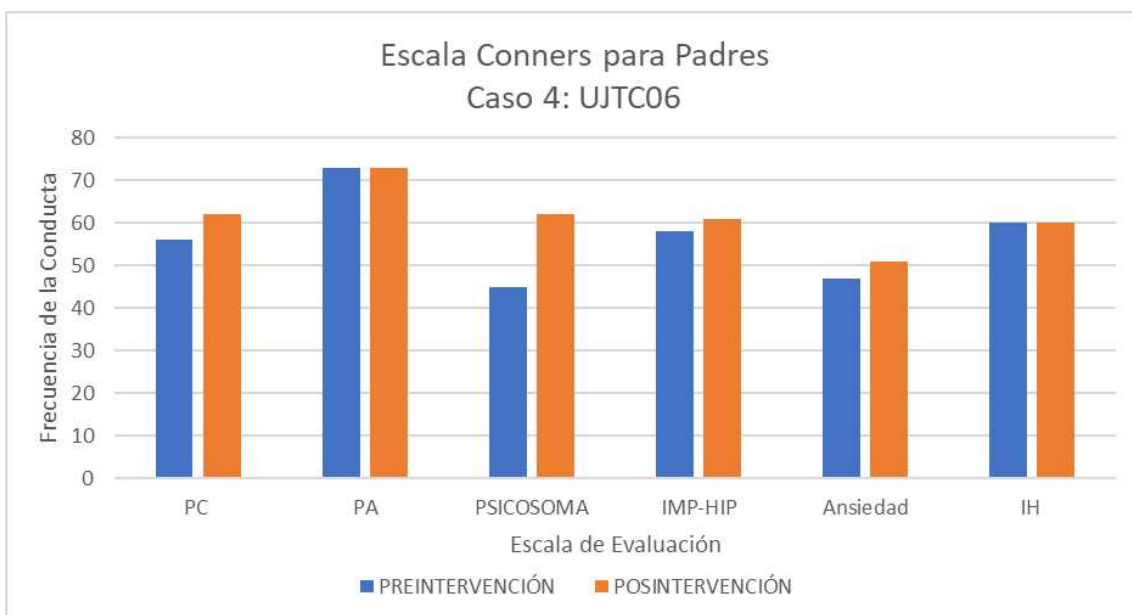
Tabla 18.

Resultados en la prueba Conners para padres en el caso UJTC06.

Escala	Previo a la intervención	Posterior a la intervención
Índice de Hiperactividad (Límite clínico=70)	60	60
Problemas de Aprendizaje (Límite clínico=70)	73	73
Problemas de Conducta (Límite clínico=70)	56	62
Psicósomática (Límite clínico=70)	45	62
Impulsividad-Hiperactividad (Límite clínico=70)	58	61
Ansiedad (Límite clínico=70)	47	51

Figura 49:

Evaluación de la Escala Conners para padres para el caso 4: UJTC06



PC: Problemas de Conducta. PA: Problemas de Aprendizaje. PSICOSOMA: Psicossomático. IMP-HIP: Impulsividad- Hiperactividad. IH: Índice de Hiperactividad.

6. Escala de Connors para profesores

En las siguientes escalas pasó de un rango clínico ($\Rightarrow 70$) en la preintervención a un rango típico en la evaluación realizada en la postintervención:

En la escala de asocial inicialmente se obtuvo un valor igual a 70, mientras que en la evaluación final fue igual a 65. De la misma forma, en la escala de índice de hiperactividad, se pasó de un valor inicial igual a 86, a un puntaje igual a 61.

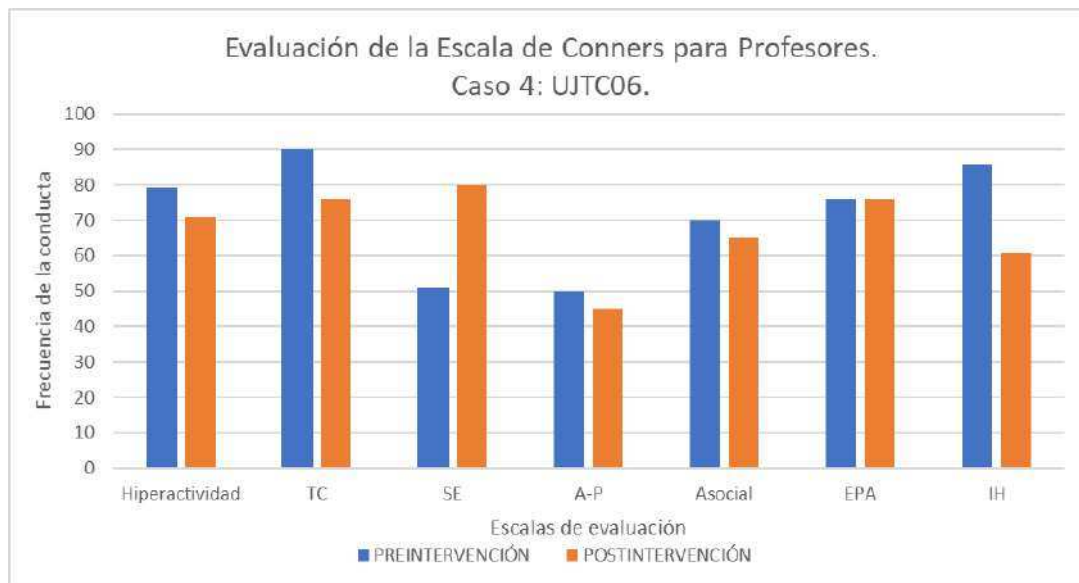
Para la escala de hiperactividad, en la preevaluación el puntaje fue igual a 79 y en la postevaluación fue igual a 71; en la escala de trastornos de conducta (TC) se obtuvo 90 en la evaluación inicial, mientras que en la final fue de 76; la sobreindulgencia emocional (SE) se alcanzó un valor de 51 inicialmente, mientras que en la evaluación posterior fue igual a 80; en la escala de ansiedad- pasividad (A-P) el valor fue igual a 50 en la preintervención y de 45 en las postintervención.

Por último, en la escala de ensoñación y problemas de asistencia (EPA) el puntaje arrojado en la preevaluación y en la postevaluación fue igual a 76.

Los problemas que la profesora reportó en la preevaluación como los de mayor recurrencia, fueron los relacionados a la socialización, a la frustración, agresividad (golpear y morder a sus compañeros y profesora), no respetar su turno, así como que los padres recibían constantes quejas por parte de la escuela. Durante el proceso de la intervención, los padres comentaron ya no recibir quejas por parte de la institución escolar, fue respetando más su turno, fue más tolerante a los cambios en el aula y dejó de pegar y morder a sus compañeros y profesora.

Figura 50:

Resultados de la Escala de Conners para Profesores.



TC: Trastorno de Conducta. SE: Sobreindulgencia Emocional. A-P: Ansiedad- Pasividad. EPA: Ensoñación y Problemas de Asistencia. IH: índice de Hiperactividad.

7. ICMSE-R:

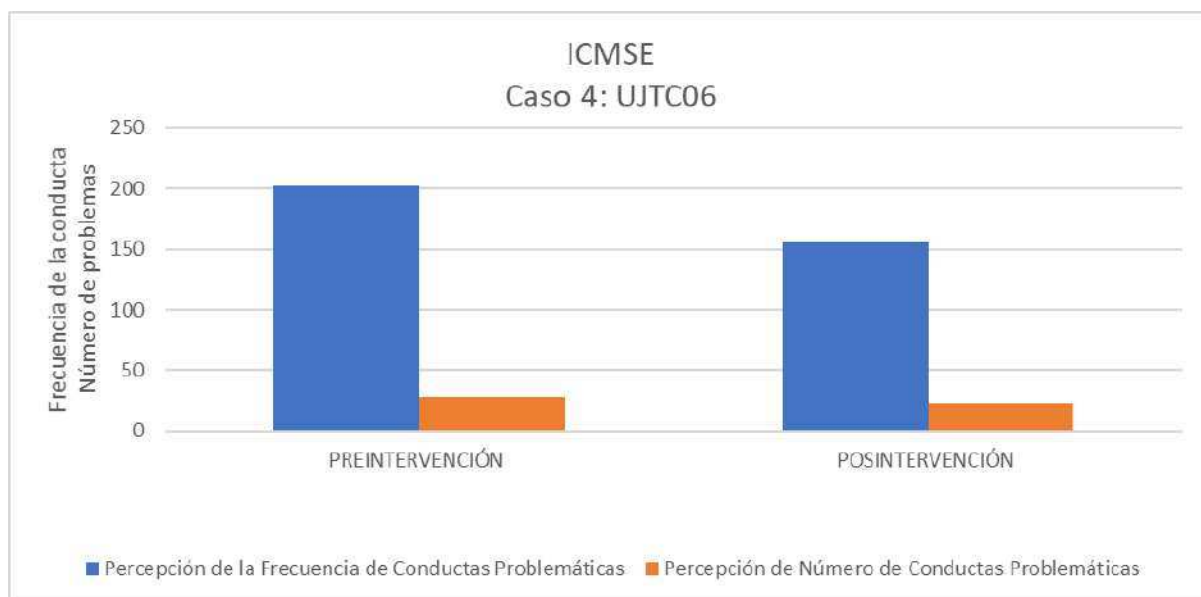
Para la Percepción de la Frecuencia de las Conductas Problemáticas, el puntaje en la preintervención fue igual a 202, cayendo en un puntaje igual a 156 para la postintervención.

En cuanto a la escala de Percepción del Número de Conductas Problemáticas el valor de la preevaluación fue de 28 y en la postevaluación fue de 23.

Las problemáticas que la profesora reportó iban en función de la frustración en tareas difíciles, se enfadaba fácilmente, impulsividad, le replicaba a la profesora; de ello los padres externaron cambios en estas conductas, las cuales disminuyeron, tal como se mencionó en los resultados de la evaluación de la escala conners para profesores. .

Figura 51:

Resultados de la evaluación del ICMSE para el caso 4: UJTC06



12. Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue conocer los cambios en la inteligencia emocional en niños de 4 a 8 años de edad que hayan sido diagnosticados con TDAH, asociados a la intervención basada en la TIPH. Nuestro principal resultado fue que aunque la IE no cambió en el puntaje global, observamos tendencias de mejora en las subescalas de inteligencia emocional interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y en la escala de estado de ánimo.

Aunado a los resultados obtenidos se puede afirmar que la intervención basada en la TIPH es eficaz para abordar dificultades que enfrentan los niños con diagnóstico de TDAH en relación al manejo del estrés, pues tanto en los cambios conductuales de los participantes que se observaron en la intervención, como en lo que los padres fueron reportando a lo largo de las sesiones, se reflejaron mayores habilidades para autorregular sus emociones ante eventos considerados estresantes para ellos; mostraron más conciencia social y empatía, mejores relaciones interpersonales, obtención de habilidades para gestionar cambios, así como un aumento en el estado de ánimo, mismo que influye para facilitar las variables anteriores.

Resultados similares fueron reportados por Chronis- Tuscano et. al (2014), quienes después de intervenir con la TIPH en familias que tenían un hijo de entre 3 y 7 años de edad con diagnóstico de TDAH, reportaron una disminución tanto en problemas externalizantes, asociados a la agresividad, bajas habilidades sociales y a impactos negativos en las relaciones interpersonales, como en problemas internalizantes, que se vinculan a problemas de gestión y adaptación a los cambios del medio, entre otros aspectos dentro de ambas categorías.

De la misma forma, los resultados obtenidos en la escala de manejo de estrés, la relacionamos con lo que Mcneil & Hembree- Kim (2010) argumentan en el manual de la TIPH, encontrando que sobre todo la primera fase de la misma aumenta la

tolerancia a la frustración. También argumentamos que es necesario e importante que los profesionales de la salud mental profundicen en la investigación en regulación emocional, debido a que las investigaciones relacionadas con el tema son escasas.

Los puntajes obtenidos en el SCIDPH, relacionados a las habilidades parentales entrenadas, mostraron un aumento en la frecuencia de los elogios específicos y descripciones tanto en los padres como en las madres. Mientras que la habilidad de parafraseo aumentó en los padres, en las madres se presentó una ligera disminución al final de la terapia, resultado que atribuimos a que una de las madres en un inicio expresó varios parafraseos, perfeccionando esta habilidad que ya dominaba, por lo que no se pudo pasar de menor a mayor frecuencia. Cabe resaltar, que esta habilidad fue en la que los padres y las madres presentaron mayor dificultad, pues en varias ocasiones expresaron no comprender lo que sus hijos les decían. Por otro lado, en lo que confiere a las conductas por evitar, hubo disminución en el número de preguntas, comandos y crítica- sarcasmo, por parte de madres y padres en la comparativa que se hizo en la evaluación inicial antes de la intervención con la postevaluación. Los padres mencionaron que la conducta que les resultó más complicada de evitar, fue la presencia de la crítica y el sarcasmo, ya que en la mayoría de las ocasiones solía ser tan sutil y lo habían normalizado tanto en su lenguaje, que en las sesiones iniciales les costaba abstenerse de hacer comentarios con estas características.

Con respecto a lo anterior, se observó una mejora en sus habilidades parentales, lo que relacionamos a la mejora en el vínculo afectivo padre/madre-hijo/a, estableciendo así una relación más cálida, fortalecimiento del autoestima y la autonomía en los niños, tal como mencionan Zimmer- Gembeck et al. (2018), Mcneil & Hembree-Kim (2010) sobre el efecto que tiene la adquisición de habilidades de crianza, aumentando así la proactividad, reduciendo prácticas parentales negativas, fomentando la formación de relaciones más seguras, disminuyendo en consecuencia conductas disruptivas en los niños.

En relación con los resultados obtenidos en la segunda fase de la TIPH correspondiente a la Actividad Disciplinar, denominada como Interacción Dirigida por el padre/madre, el porcentaje de Instrucciones Efectivas en la primera sesión en comparación con la última sesión ha sido el mismo, tanto en las mamás como en los papás. Esto es así puesto que la primera vez que se evaluaron las instrucciones con la estructura RAI (razón, amabilidad, instrucciones directa), ya se había tenido previamente con los padres dos sesiones teóricas y una sesión práctica sobre el tema correspondiente, tal como se indica en el manual de dicha terapia, así como una sesión de práctica con los niños sobre la consecuencia ante el incumplimiento, la cual ha sido ir a la silla de tiempo fuera.

Durante la aplicación de esta fase, los niños aprendieron la estructura de las instrucciones efectivas que sus padres les dieron, de tal forma que en la mayoría de éstas se presentó cumplimiento inmediato, por lo que pocas veces se tuvo que

seguir el circuito de incumplimiento, para llegar a la silla de tiempo fuera o a la advertencia; esto lo atribuimos a que los niños ya habían recibido una sesión de práctica con un oso de peluche donde se modelaron las consecuencias ante cumplir o no las instrucciones, donde expresaron disgusto y aburrimento ante la silla de tiempo fuera. Tal como lo menciona el manual de la TIPH (Mcneil & Hembree- Kim, 2010), una comunicación efectiva, coherente y consistente aumenta la probabilidad de cumplimiento de los niños ante indicaciones que les dan sus padres, esto a su vez se convierte en una adquisición de importantes habilidades que benefician el desarrollo social en los niños, tales como el seguimiento de reglas sociales, respeto de turnos, comunicación asertiva, y con ello reducción de conflictos interpersonales, pues como lo reportaron Zimmer- Gembeck et. al. (2018) cuando hay prevalencia en la presencia de prácticas parentales positivas disminuye el número de síntomas externalizantes e internalizantes en los niños.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala Conners para padres, esta escala fue implementada para evaluar síntomas asociados al TDAH en cada uno de los casos. Evaluando seis ítems, en los cuales se puede ver una disminución de la frecuencia de las conductas asociadas a la hiperactividad, sin embargo sobresalen dos ítems donde se puede observar una disminución significativa, estos ítems son índice de hiperactividad, este ítem en un contexto clínico hace referencia a una inquietud psicomotriz continua y se acompaña de connotaciones negativas y el ítem problemas de aprendizaje, también hace referencia a cuando el niño presenta dificultad para entender y seguir tareas e instrucciones.

En relación a estos resultados a lo largo del proceso terapéutico de cada una de las sesiones en las cuatro familias los padres reportaron una mejor concentración en el ámbito escolar, los pacientes mostraron períodos más largos de focalización al realizar las actividades o tareas escolares, así mismo se observó una mayor permanencia en el salón de clases, mostraron una mejor socialización en su entorno escolar y al realizar diferentes actividades recreativas, sin embargo, este resultado fue solo cualitativo y se debe buscar en nuevas investigaciones, mecanismos para evaluarlo objetivamente. Es por ello que se retoma la importancia del uso de estrategias de intervención basadas en evidencia científica por parte de los psicólogos educativos para mejorar la calidad de vida de los niños/niñas y sus familias, principalmente empleando estrategias cognitivas conductuales, con la finalidad de modificar conductas y estrategias para trabajar la regulación emocional en la población con TDAH.

En el ICMSE-R, se reportó una tendencia a la baja en la frecuencia de conductas problemáticas y en el número de problemas, lo que nos permite interpretar resultados favorables en la intervención terapéutica con la TIPH.

Asociado a esto, los padres de familia solían compartirnos reportes de los profesores a lo largo del proceso terapéutico, mencionando mejoras en el ámbito escolar de cada uno de los pacientes. Un ejemplo de ello es una mejor disposición a trabajar en el salón de clases y con los compañeros del grupo, mayor focalización a

realizar actividades escolares, una mejor integración grupal y así mismo se observa una disminución de conductas agresivas.

En cuanto a los resultados obtenidos en el ICE, Inventario de Conducta Infantil de Eyberg, donde se evaluó la percepción materna y paterna de la frecuencia y el número de conductas problemáticas, se aplicó un análisis PTDS (Análisis Estadístico Porcentaje de Todos los Datos no Sobrelapados) o PAND por sus siglas en inglés (Percentage Of All Non Overlapping Data), esta prueba está diseñada para estudios de caso, comprobando la eficacia de una intervención en muestras pequeñas, donde se analizaron las puntuaciones maternas y paternas de cada semana al contestar el ICE.

Encontrando resultados significativos en cuanto a las puntuaciones maternas y paternas en cada uno de los casos para la percepción de la frecuencia y el número de conductas problemáticas. Esto indica la eficacia de la intervención con la TIPH, reflejándose en una tendencia a la baja de conductas problemáticas al concluir el proceso terapéutico. En relación a este proceso terapéutico observamos la necesidad del trabajo en conjunto en la intervención psicológica, necesaria e indispensable la participación de los padres en el proceso terapéutico de sus hijos/as. Es por ello la importancia del entrenamiento parental, porque esto genera mayor impacto y eficacia en la terapia.

La escala Connors para profesores se aplicó a los profesores de cada uno de los pacientes antes y después de la intervención terapéutica. Esta escala evalúa siete diferentes ítems, en los cuales se encontraron puntajes muy similares después de la intervención y sólo en tres ítems se encontraron puntajes ligeramente menores después de la intervención estos son: Ansiedad/Pasividad, hace referencia a la sensación subjetiva de aprensión y temor en conjunto de síntomas físicos y acompañado de apatía e indiferencia; asocial, ésta escala hace referencia a cuando un individuo no se identifica en un grupo; y Ensoñación y Problemas de asistencia, esta escala hace referencia a la falta de atención que puede presentar un niño debido a diferentes factores asociados a déficits o carencias.

Sobre los resultados obtenidos en esta escala, para el caso 4 los padres mencionaron durante el proceso terapéutico que su hijo cambiaba constantemente de profesor y pese que estos estaban al tanto del proceso terapéutico y las observaciones de los profesores pasados, esto se vio reflejado en los resultados de la post evaluación en algunas de las escalas. En el caso 1 y 5 la escala de Connors para profesores fue respondida por los profesores tiempo después que la familia abandonara el proceso terapéutico, es por ello que este desfase de tiempo se cree que afectó en los resultados de la evaluación final. Así mismo se observa que es diferente la perspectiva de los profesores y los padres de familia, reportando los profesores puntajes más altos y no significativos. Siguiendo a García & García (2005) mencionan que referente a la explicación del porqué los padres muestran la tendencia a conceder puntajes menores a sus hijos respecto a los maestros es dado posiblemente por el manejo conductual de los alumnos que implica la presentación

de cargas estresantes para los maestros, por lo que la incidencia de casos en el grupo que atiende contribuye a evidenciar con mayor énfasis este tipo de situaciones. Por otra parte, los progenitores pueden tender a empujarse a protegerlos. Este estudio se realizó con la finalidad de contrastar los resultados del Conners para padres y Conners para maestros, en una muestra de 31 alumnos entre los seis y siete años.

13. Limitaciones de estudio

Una de las principales limitantes de esta investigación ha sido el pequeño número de participantes que concluyó el proceso terapéutico, motivo por el cual no se pudo realizar una prueba estadística para conocer si las tendencias al aumento que se reflejaron en las distintas escalas evaluadas de la IE, así como de las otras evaluaciones aplicadas, se pueden considerar como significativas.

Consideramos que aunque se encontraron tendencias al aumento en diferentes áreas dentro de la IE, tales como adaptabilidad, manejo de estrés, inteligencia emocional interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo, hubo limitantes que impactaron en el proceso terapéutico con la TIPH, para la mejora de dichos aspectos en la población participante, especialmente en lo que respecta a la inteligencia emocional intrapersonal, las habilidades parentales que se entrenan se centran más en aspectos relacionados a la disminución de conductas disruptivas, y si bien, de acuerdo a lo descrito por McNeil & Hembree-Kigin (2011), se involucra el trabajo de la autoestima, la tolerancia a la frustración, liderazgo, autonomía en los niños y resignificación de los vínculos afectivos entre padres-hijos, hizo falta un énfasis mayor en aspectos emocionales, los cuales se reflejan en la conducta. En este sentido, es importante que la TIPH no solo se centre en los niños, sino también en los padres, ya que, como lo describieron Chronis- Tuscano et. al (2014), éstos son los principales modelos de regulación emocional.

Aunado a lo anterior y con base en nuestra experiencia, pudimos notar como un obstáculo ante un mayor éxito terapéutico con la TIPH, las propias dificultades emocionales que los padres enfrentaban y al rechazo que mostraron para trabajar en ello, ya que era necesario abordar desde un espacio terapéutico individual de escucha y acompañamiento en sus necesidades psíquicas, para así crear un espacio psicológico integral e interdisciplinar. Consideramos que esta situación influía en el desempeño que los padres mostraron en la adquisición de las habilidades parentales.

Consideramos que para tener una medición más exacta sobre las puntuaciones en el pre y post-tratamiento sobre cómo los padres y las madres estructuran y dan instrucciones, es necesario realizar una evaluación de pre-tratamiento desde la sesión inicial de evaluación del SCIDPH, donde los padres aún no han recibido la enseñanza teórica de las habilidades de la fase de IDN y de la fase IDP. .

Por último, observamos la necesidad de los padres por recibir orientación psicoeducativa sobre el diagnóstico recibido, en este caso sobre el diagnóstico de TDAH que habían recibido de sus hijos, pues nos enfrentamos al desconocimiento, la angustia y los mitos que los padres se habían formulado. En este sentido, fue necesario agregar una sesión de psicoeducación sobre el TDAH, ya que la falta de orientación sobre el tema estaba siendo una limitante para el avance óptimo de las sesiones en cuanto a la adquisición de las nuevas habilidades parentales y la perspectiva que iban construyendo acerca de las dificultades que sus hijos/as enfrentaban para poder actuar de forma más proactiva, menos reactiva, y en pro de crear una mejor interacción entre padre/madre e hijo/a.

14. Conclusiones

Con base al objetivo principal objetivo de esta investigación, el cual fue conocer los cambios en la inteligencia emocional en niños de 4 a 8 años de edad, con diagnóstico de TDAH, al utilizar una intervención basada en la TIPH, los resultados reflejaron tendencias favorables para intervenir en la inteligencia emocional de esta población, lo que a su vez confirma las hipótesis planteadas en este estudio, pues estas tendencias favorables se observaron principalmente en el área interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de ánimo.

La percepción de la frecuencia y número de conductas problemáticas, reportadas por los padres y las madres, en promedio mostró una disminución después de la intervención en comparación con los resultados obtenidos en la preintervención.

Con base en el análisis estadístico PAND, al cual se sometieron los datos por caso de la evaluación de la percepción del número y frecuencia de conductas problemáticas, los resultados arrojados mostraron un efecto estadísticamente significativo de la intervención con la TIPH.

A mayor frecuencia en el uso de las habilidades parentales que se entrenaron durante la intervención con la TIPH se mostraron resultados favorables en la relación afectiva entre padres/madres e hijos, con una crianza más proactiva, enfocada en la atención positiva para disminución de conductas problemáticas y en un vínculo parental más sólido.

Los resultados obtenidos en la fase disciplinar fueron iguales tanto al inicio como al final de esta misma, atribuido a que los papás ya habían recibido sesiones de preparación teóricas y prácticas, antes de hacer uso de las instrucciones efectivas con sus hijos.

Referente a la evaluación de síntomas de hiperactividad, desatención y problemas de conducta, los resultados de los reportes paternos y maternos arrojaron una tendencia a la disminución después de la intervención con la TIPH. A diferencia de los resultados obtenidos en los reportes de los profesores, manteniendo una similitud entre los puntajes arrojados antes y después de dicha intervención.

El número y frecuencia de conductas problemáticas en el ámbito escolar, mostró una tendencia a la baja, después de haber realizado la intervención con la TIPH.

Finalmente, cabe mencionar que los resultados obtenidos mediante este estudio, aportan nuevas posibilidades de intervención infantil y de entrenamientos parentales. Aunque, debido al limitante número de participantes, recomendamos una ampliación del estudio, así como nuevas investigaciones que aborden el tema expuesto, y que permitan el crecimiento de conocimientos basados en evidencia científica, sobre nuevas posibles formas de intervención en el área emocional para abordar las dificultades que los niños y las niñas con diagnóstico de TDAH enfrentan debido al mismo, favoreciendo así su desarrollo emocional.

15. Bibliografía.

American Psychiatric Association (2014). Trastornos del Neurodesarrollo. Trastorno por déficit de atención/ Hiperactividad. En Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM- V), 5º Ed. (59- 66). Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría.

Alda José Angel, et al. (2015). El TDAH y su tratamiento. Hospital Sant Joan de Déu. pp. 1-8. En: https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf

Bar-On, R. (1997) The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I: a test of emotional intelligence. Toronto, Canadá: Multi- Health Systems.

Bar-On, T. y Parker, J. D. A. (2018). EQ-i:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes (R. Bermejo, C. Ferrándiz, M. Ferrando, M. D. Prieto y M.Sáinz, adaptadoras). Madrid: TEA Ediciones.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 775–789. Doi:10.1037/0022-006x.58.6.775

Barkley RA. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder and the nature of self-control. New York: Guilford Press. Pp. 3-37. Disponible en: <https://www.guilford.com/excerpts/barkley2.pdf?t>

Benítez A., Rosales, A. (2016) “El impacto del uso excesivo de tabletas y teléfonos inteligentes en el desarrollo emocional y vincular de los niños de 2 a 10 años y los efectos en las relaciones interpersonales”. Universidad Dr. José Matías delgado facultad de ciencias y artes “francisco Gavidia” escuela psicología, (1-73). Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3103/1/0002435-ADTESBI.pdf>

Bennet, M.R., & Hacker, P. M. S. (2005). Emotion and cortical- subcortical function: conceptual developments. *Progress in Neurobiology*, 75(1), 29-52. DOI: 10.1016/j.pneurobio.2004.11.002

Bisquerra Alzina, Rafael, & Pérez Escoda, Núria (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10(),61-82.[fecha de Consulta 9 de Septiembre de 2022]. ISSN: 1139-613X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70601005>

Brown, T. E. (2000). Emerging Understandings of Attention-Deficit Disorders and Comorbidities. In T. E. Brown, *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults* (Vol. 160). Arlington, 124 Psicología, Conocimiento y Sociedad – 3; 95- 131 (junio 2011) – Revisiones– ISSN: 1688-7026 VA: American Psychiatric Press.

Carbajal-Valenzuela C. (2020) Neurodesarrollo del procesamiento de rostros emocionales en el primer año de vida. En: C.Carbajal- Valenzuela (Ed.), Neurodesarrollo de la primera infancia (87 - 101). EÓN. Universidad Autónoma de Querétaro.

Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci* 2006; 10: 117-23.

Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., Woods, K.E., O'Brien, K.A., Mazursky-Horowitz, H. & Thomas, S.R., (2014) Parent-Child Interaction Therapy With Emotion Coaching for Preschoolers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Cognitive and Behavioral Practice*. ScienceDirect. Volumen 23. Número 1. Febrero 2016. Pp. 62-78. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.11.001>

Damasio, A. R. (2002) A second chance for emotion. En R.D.R. Lane, L. Nadel, G. L. Ahern, J. Allen & A.W. Kaszniak (eds) *Cognitive neuroscience of emotion* (Pp. 12-23): Oxford University Press.

Darwin, C. (1897) *The expression of the emotions in man and animals*. New York: D. Appleton and company.

Ekman, P. (2017) *El rostro de las emociones*. RBA Bolsillo, Barcelona. Cap. 1 "Las emociones en las distintas culturas" (p. 17 – 34)

Eyberg, S. (1988) Chapter 1: Overview of parent- child Interaction Therapy. En Mc Neil & Hembree-Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy* (2 ed. Pp. 3-17). Springer.

Eyberg, S. (1988) Chapter 3: Intake Assessment and Therapy Orientation Session. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy* (2 ed. Pp. 31-48). Springer.

Eyberg, S. (1988) Chapter 4: Teaching Child-Directed Interaction. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy* (2 ed. Pp. 49- 76). Springer.

Eyberg, S. (1988) Chapter 5: Coaching Child-Directed Interaction. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy* (2 ed. Pp. 77- 101). Springer.

Eyberg, S. (1988) Chapter 6: Teaching Parent-Directed Interaction. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy* (2 ed. Pp. 103- 132). Springer.

Eyberg, S. (1988) Chapter 7: Coaching Parent-Directed Interaction. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy* (2 ed. Pp. 133- 152). Springer.

Eyberg, S. (1988) Chapter 8: Progressing Through the Parent-Directed Interaction Sessions. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy*, (2 ed. Pp. 153- 182). Springer.

Eyberg, S (1998). Chapter 15: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En Mc Neil & Hembree- Kingin (2010) *Part I Fundamentals of Parent-Child Interaction Therapy*, *Parent Child Interaction Therapy*, (2 ed. Pp. 301- 316). Springer.

Gardner, H. (1983) Inteligencias Múltiples. Barcelona: Paidós.

García, E. (2021) Aplicación de un programa de inteligencia emocional en niños de 7 a 12 años. CONISEN, 4to congreso nacional de investigación sobre educación formal, pp. 1- 12. Disponible en: <https://conisen.mx/Memorias-4to-conisen/Memorias/1927-1031-Ponencia-doc-%20LISTO.docx.pdf>

García Rón, A, et al. 2015. Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. Revista española de pediatría. Pp. 76-80. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>

García Fernández, M. & Giménez-Mas, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. Espiral. Cuadernos del Profesorado [en línea], 3(6), 43-52. Disponible en: <http://www.cepcuevasolula.es/espiral>.

García G, García D. (2005). Estudio correlacional entre padres y maestros de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Escuela de psicología de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Goleman, D. (2015) Segunda parte "La naturaleza de la Inteligencia Emocional". En Goleman, D. (1995) La Inteligencia Emocional. México, D.F: Ediciones B. (pp. 51- 155).

Gonzalez, J. (2016) Neuropsicología de las emociones: estructuras cerebrales implicadas en los procesos emocionales en personas con deterioro cognitivo (Memoria de trabajo de fin de grado). Universidad de las Islas Baleares (UIB). Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2123/tfg_Javier%20Gonza%20lez_Aloy_8p.pdf?sequence=1

González, R. (2021) La inteligencia emocional en niños con TDAH. Universidad de Valladolid, departamento de Psicología. 1- 41. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49197/TFG-G4964.pdf?sequence=1>

Izard, C.E. (1992): Basic emotions, relations among emotions, and emotion[cognition] relations. Psychological Review, 99, 561-565.

J. Albert, S. López-Martín, A. Fernández-Jaén, L. Carretié (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. Revista de Neurología, 48 (1), 39- 45. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.4701.2008111>

Lavagnino Nicolás José, et al. (2018). Caracterización, alcances y dificultades de las "bases biológicas" del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Un enfoque desde la Filosofía de la Biología. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/physis/a/F5T5NPkBmvP7T734mGBZbTQ/?lang=es&format=html>

Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. Family Process, 48(2), 232-252. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x>

M. Barahona Luciana & Alberto A. Alegre. (2016). Inteligencia emocional y TDAH: Un análisis comparativo en estudiantes de Lima Metropolitana. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú. Pp. 62-84. Disponible en: https://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/download/87/188&hl=es&sa=X&ei=aFBfY4PUHueR6rQPX-UI-AI&scisig=AAGBfm0yWQ3WvQhqme2dbtEzWATV9dAY7g&oi=scholar

Martínez Zamora, Marta, & Henao López, Gloria Cecilia, & Gómez, Luz Ángela (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1),178-194.[fecha de Consulta 17 de Octubre de 2022]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615448011>

NIGG, J. T., & CASEY, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17(03). doi:10.1017/s0954579405050376

Orjales Villar Isabel. (2000). En: Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. Universidad Complutense de Madrid. *Revista Complutense de educación*. Vol. 11.

Palacios Cruz Lino, et al. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En revista de salud mental. Vol. 34, no 2. P.151. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000200008&script=sci_abstract.

Parker, R., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011) Effect Size in Single-Case Research: A review of Nine Nonoverlap Techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322. <https://doi.org/10.1177/0145445511399147>

Pascual, I. (2008) Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En: *Neuropediatría*. Madrid, Asociación Española de Pediatría. (1-11) Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>

Pistoia, M., Abad, L., & Etchepareborda, M. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*. Pp. 149-155. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4659939>

Rapport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16(1), 102–110. doi:10.1037/0894-4105.16.1.102

Gonzalez Gomez Raul. (2021). La inteligencia emocional en niños con TDAH. Universidad de Valladolid. Pp. 5-35. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49197/TFG-G4964.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

R. Silva Jaime. (2008). En: *Neuroanatomía funcional de las emociones*. Pp. 378-382.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. doi:10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg

Salovey, P., y Sluyter, D. J. (1997). *Emotional Development and Emotional Intelligence. Educational Implications*. Nueva York: Basic Books.

Scandar, R. (2009) *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal.

Shapiro, E. G., Hughes, S. J., August, G. J., & Bloomquist, M. L. (1993). Processing of emotional information in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 9(3-4), 207–224. doi:10.1080/87565649309540553

Sehli, S. A. Al, Helou, M., & Sultan, M. A. (2021). Case Report The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in Children with Attention Problems, Hyperactivity , and Impulsivity in Dubai. *Case Reports in Psychiatry*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/5588612>

Sibón Martínez Ana María. (2010). ¿Qué es el TDAH?. *Innovación y experiencias educativas*. 28, 1-10. Disponible en: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/ANA_M_SIBON_1.pdf

Singh, S. D., Ellis, C. R., Winton, A. S. W., Singh, N. N., Leung, J. P., & Oswald, D. P. (1998). Recognition of Facial Expressions of Emotion by Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Behavior Modification*, 22(2), 128–142. doi:10.1177/01454455980222002

Ugarriza, Nelly (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, (4),129-160.[fecha de Consulta 6 de Abril de 2022]. ISSN: 1560-6139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>

UNAM (2017) TDAH afecta a más de un millón y medio de niños mexicanos. Fundación UNAM. Disponible en: <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-afecta-a-mas-de-un-millon-y-medio-de-ninos-mexicanos/>

Vásquez Justo Enrique, et al. (2017). Alteraciones Neuropsicológicas y Neurofisiológicas en el TDAH. Pp. 38-48. En: [repositorio.uportu.pt:8080/xmlui/bitstream/handle/11328/2093/Alteraciones%20neuropsicológicas%2C%20neuroanatómicas%20y%20neurofisiológicas%20en%20el%20TDAH.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uportu.pt/8080/xmlui/bitstream/handle/11328/2093/Alteraciones%20neuropsicológicas%2C%20neuroanatómicas%20y%20neurofisiológicas%20en%20el%20TDAH.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Wender, P., Reimherr, F., Wood, D., & Ward, M. (1985). A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5(5), 306–307. doi:10.1097/00004714-198510000-00015

Williams, L. M., Hermens, D. F., Palmer, D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., Gordon, E. (2008). Misinterpreting Emotional Expressions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence for a Neural Marker and Stimulant Effects. *Biological Psychiatry*, 63(10), 917–926. doi:10.1016/j.biopsych.2007.11.02

Zimmer-Gembeck Melanie J., Kerin Jessica, Gardner Alex, Campbell Shawna, Timmer Susan G. (2018). Percepciones mejoradas de la regulación emocional y el funcionamiento reflexivo: dos resultados positivos adicionales de la terapia de interacción entre padres e hijos. *Universidad de California - Hospital Infantil Davis*. Pp. 1-36.

16. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.

Universidad Autónoma de Querétaro Área de Psicología Educativa

Intervención a través de la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) en niños y niñas diagnosticados (as) con TDAH.

Procedimiento

El presente estudio se titula "Intervención a través de la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT por sus siglas en inglés) en niños y niñas diagnosticados (as) con TDAH". Tiene como objetivo conocer la eficacia de la PCIT en población de 3 a 8 años de edad, con diagnóstico con TDAH, y a su vez de evaluar la inteligencia emocional en dicha población, antes, después de la intervención. Su participación y la de su hijo o hija, consta de 4 etapas que a continuación describiremos con detalle.

Etapas 1. Implica dos sesiones aproximadas para la evaluación inicial, en las que se aplicarán una entrevista de anamnesis y los siguientes cuestionarios: Inventario de Comportamiento Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI, por sus siglas en inglés), Inventario de Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised, SESBI-R, por sus siglas en inglés), el Cuestionario de conducta CONNERS para padres, Cuestionario de Conducta CONNERS para profesores y el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes (EQ-i: YV); con la finalidad de conocer la historia de desarrollo de su hijo o hija, las principales dificultades que enfrentan en su proceso de desarrollo y la situación de su hijo o hija en base a su inteligencia emocional.

La segunda y tercera etapa constan de aproximadamente **15 sesiones** que se llevarán a cabo de forma presencial, en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, en el día y hora acordados.

Etapas 2. Implica aproximadamente 6 sesiones, aunque la duración dependerá del avance que se vaya obteniendo en el proceso de intervención. En la primera sesión se enseñarán de forma teórica las habilidades de la Interacción Dirigida por el Niño o Niña, (CDI por sus siglas en inglés para Child-Directed Interaction). Posterior a esta se realizarán 5 sesiones prácticas donde se llevará a cabo el entrenamiento de estas habilidades.

Etapas 3. Consta de aproximadamente 9 sesiones, teniendo en cuenta que la duración dependerá del avance que se vaya dando. En las sesiones 1, 2 y 3, se enseñarán de forma teórica las habilidades de la Interacción Dirigida por el Padre (PDI por sus siglas en inglés para Parent-Directed interaction), las 6 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrenan estas habilidades.

Es importante puntualizar que durante todo este proceso se tendrá que realizar una única tarea en casa: donde en la etapa 2, llamada etapa de CDI, se requieren

dedicar 5 minutos todos los días para jugar con su hijo o hija, cuando se proceda a la etapa 3, denominada etapa de PDI, se requerirán 10 minutos adicionales para realizar el tiempo de juego especial en casa; en ambas etapas se solicita llenar un registro de tareas de acuerdo a la fase del proceso terapéutico en la que se encuentran, este formato se lo facilitaremos semanalmente y tendrá que ser entregado cada semana en la sesión de entrenamiento.

Etapa 4. Concluiremos con aproximadamente dos sesiones, en las que volveremos a aplicar algunos de los cuestionarios que se contestaron en la etapa 1 de este proceso, con el objetivo de ver los avances obtenidos durante la intervención, estos son: Inventario de Comportamiento Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI, por sus siglas en inglés), Inventario de Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised, SESBI-R, por sus siglas en inglés), el Cuestionario de conducta de CONNERS para padres, el Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores, y el inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes (EQ-i: YV).

Es muy importante para nosotros que usted y su hijo o hija sigan los lineamientos de seguridad e higiene durante el trabajo presencial, los cuales son: el uso obligatorio de cubrebocas y el uso de gel antibacterial al inicio y al final de la sesión. Además, le hacemos mención de que las salas y los materiales a las cuales tengamos acceso serán previamente sanitizadas para su seguridad y la de su hijo o hija.

Le hacemos mención de que algunas de las sesiones serán grabadas, pero los datos que obtendremos durante las 4 fases tienen como único fin realizar la investigación mencionada, por lo que toda la información personal será absolutamente confidencial, el nombre de los integrantes de la diada o triada solo se escribirán en dos documentos que serán resguardados bajo llave por los 3 responsables de la investigación y a partir de ahí se trabajará únicamente con códigos de participante.

Es muy importante que usted sepa que su participación no será remunerada y que puede decidir no formar parte de esta investigación en cualquier momento sin que eso implique alguna consecuencia de ningún tipo. Igualmente, que 2 o más faltas continuas al proceso terapéutico causará baja definitiva como participante de la investigación. Si usted necesita faltar por causas de fuerza mayor, le solicitamos dar aviso al menos 24 horas antes de su cita con justificante de por medio.

Consentimiento Informado

Para padres:

Yo declaro que he sido informado del procedimiento de la investigación denominada "intervención a través de la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT por sus siglas en inglés) en niños y niñas diagnosticados (as) con TDAH", las responsables de este proyecto son la Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela, Laura Mónica Juárez Girón y Virginia Medina Hernández. Entiendo que este estudio busca conocer la eficacia de la PCIT en población diagnosticada con TDAH entre los 3 y 8 años de edad.

Sé que mi participación se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma de Querétaro en la Facultad de Psicología, los días de cada semana, en horario durante las 19 sesiones que implique el procedimiento.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un código, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento de que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio. Asimismo, sé que puedo negar mi participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Fecha: _____

Nombre y Firma participante

Nombre y Firma del testigo

Nombre y firma de los Investigadores Responsables

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela: _____

Laura Mónica Juárez Girón: _____

Virginia Hernández Medina: _____

Asentimiento informado

Se le ha explicado al menor
con código de identificación, de qué trata la investigación en la
cual participará y el tipo de actividades que realizará durante este procedimiento.

- El niño asintió participar, expresó esto mediante un (Asintió/Remitió verbalmente un "Sí"), en nuestra investigación.
- El niño se negó a participar, mediante un (negación verbal de un No/ movimiento de cabeza) en nuestra investigación.

Fecha: _____

Nombre Firma del Padre/Madre:

Nombre Firma del investigador(es):

Anexo 2: Escala de Conners para padres.

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
26. Se hiere emocionalmente con facilidad	0	1	2	3
27. Es abusivo con los demás	0	1	2	3
28. Es incapaz de cesar una actividad repetitiva	0	1	2	3
29. Es cruel	0	1	2	3
30. Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar, depende de otros, necesita constantes afirmaciones de seguridad)	0	1	2	3
31. Es distraído o tiene un problema de lapso de atención	0	1	2	3
32. Tiene dolores de cabeza	0	1	2	3
33. Cambia de estado de ánimo de manera rápida y drástica	0	1	2	3
34. No le gusta seguir o no sigue las reglas o restricciones	0	1	2	3
35. Pelea constantemente	0	1	2	3
36. No se lleva bien con hermanos o hermanas	0	1	2	3
37. Se frustra con facilidad ante los esfuerzos	0	1	2	3
38. Molesta a los niños	0	1	2	3
39. Es básicamente una niña(o) infeliz	0	1	2	3
40. Tiene problemas con la comida (poco apetito, se levanta de la mesa entre bocados)	0	1	2	3
41. Tiene dolores de estómago	0	1	2	3
42. Tiene problemas de sueño (no puede dormir, se levanta demasiado temprano, se levanta por la noche)	0	1	2	3
43. Tiene otros dolores y molestias	0	1	2	3
44. Tiene vómito o náusea	0	1	2	3
45. Se siente traicionado por el círculo familiar	0	1	2	3
46. Alardea y es fanfarrón	0	1	2	3
47. Deja que los demás lo dominen	0	1	2	3
48. Tiene problemas intestinales (con frecuencia tiene diarrea, hábitos irregulares para ir al baño, estreñimiento)	0	1	2	3

COMENTARIOS:

Anexo 3: Escala de Connors para maestros.

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

III. Escala de calificaciones para Maestros Connors

CUESTIONARIO PARA MAESTROS				
Nombre del niño (a):		Fecha de nacimiento:		
Edad:	Sexo :	CURP:		
Nivel y Grado Escolar:	Nombre de la Escuela:			
Nombre de los maestros:				
Fecha de aplicación:				

Instrucciones: Por favor responda a todas las preguntas. A un lado de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado del problema (Nunca = 0. Sólo un poco = 1. Bastante = 2. y Mucho = 3), encerrando en un círculo la respuesta que corresponda al comportamiento observado en el niño o la niña.


REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
Conducta en el salón de clases				
1. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
2. Gruñe y hace otros ruidos extraños	0	1	2	3
3. Sus demandas se deben satisfacer de manera inmediata-se frustra con facilidad	0	1	2	3
4. Coordinación deficiente	0	1	2	3
5. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
6. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
7. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
8. No termina las cosas que empieza (periodos cortos de atención)	0	1	2	3
9. Demasiado sensible	0	1	2	3
10. Demasiado serio o triste	0	1	2	3
11. Soñador	0	1	2	3
12. Hosco o malhumorado	0	1	2	3
13. Lloro con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
14. Molesta a otros niños	0	1	2	3
15. Es pendenciero (propenso a buscar riñas)	0	1	2	3
16. Su estado de ánimo cambia de manera rápida y drástica	0	1	2	3
17. Es respondón	0	1	2	3
18. Es destructivo	0	1	2	3
19. Roba	0	1	2	3
20. Miente	0	1	2	3
21. Hace berrinches, tiene conducta explosiva o difícil de predecir	0	1	2	3
Participación en grupo				
22. Se aísla de otros niños	0	1	2	3
23. Parece que el grupo no lo acepta	0	1	2	3
24. Parece que lo dominan con facilidad	0	1	2	3
25. No tiene sentido de juego limpio	0	1	2	3

ESCALA DE CONDUCTAS PARA PADRES Y PROFESORES

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
26. Parece carecer de liderazgo	0	1	2	3
27. No se lleva bien con personas del sexo opuesto	0	1	2	3
28. No se lleva bien con personas del mismo sexo	0	1	2	3
29. Fastidia a otros niños o interfiere con sus actividades	0	1	2	3
Actitud hacia la autoridad				
30. Sumiso	0	1	2	3
31. Desafiante	0	1	2	3
32. Descarado	0	1	2	3
33. Tímido	0	1	2	3
34. Temerario	0	1	2	3
35. Demanda de manera excesiva la atención del maestro	0	1	2	3
36. Es terco	0	1	2	3
37. Demasiado ansioso de complacer	0	1	2	3
38. Poco cooperador	0	1	2	3
39. Tiene problemas de asistencia	0	1	2	3

Fuente: SATTLER: EVALUACIÓN INFANTIL, 3ª. ED. Copyright 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

COMENTARIOS:



BarOn

Nombre:

Edad: Sexo: Varón Mujer Fecha de evaluación: / /

INSTRUCCIONES

Por favor, lee atentamente todas las frases y rodea el número de la opción que mejor te describa o que mejor explique cómo te sientes o piensas ante las situaciones que se presentan. Hay cuatro posibles respuestas:

- Si eliges el número 1, significa que **NUNCA** te pasa.
- Si eliges el número 2, significa que **A VECES** te pasa.
- Si eliges el número 3, significa que **CASI SIEMPRE** te pasa.
- Si eliges el número 4, significa que **SIEMPRE** te pasa lo que dice la frase.

Ten en cuenta que ninguna respuesta es mejor que otra, por lo que contesta a todas las frases de forma sincera.



Si te equivocas puedes tachar la respuesta y marcar otra que te describa mejor.

Fíjate en el siguiente ejemplo:

	Nunca me pasa	A veces me pasa	Casi siempre me pasa	Siempre me pasa
Estoy contento	1	2	3	4

Como ves, no existen respuestas "buenas" o "malas", no se trata de una prueba o de un examen.

NO PASES LA PÁGINA HASTA QUE TE LO INDIQUEN.



Rodea con un círculo el número que mejor te describa en cada frase.

		Nunca me pasa	A veces me pasa	Casi siempre me pasa	Siempre me pasa
1	Me gusta divertirme.	1	2	3	4
2	Entiendo bien cómo se sienten las otras personas.	1	2	3	4
3	Puedo estar tranquilo o tranquila cuando me enfado.	1	2	3	4
4	Soy feliz.	1	2	3	4
5	Me importa lo que le sucede a otras personas.	1	2	3	4
6	Me resulta difícil controlar mi ira (furia).	1	2	3	4
7	Me resulta fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
8	Me gusta cada persona que conozco.	1	2	3	4
9	Me siento seguro de mí mismo o de mí misma.	1	2	3	4
10	Sé cómo se sienten las otras personas.	1	2	3	4
11	Sé cómo mantenerme tranquilo o tranquila.	1	2	3	4
12	Cuando me hacen preguntas difíciles, trato de responder de distintas formas.	1	2	3	4
13	Pienso que la mayoría de las cosas que hago saldrán bien.	1	2	3	4
14	Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
15	Algunas cosas me enfadan mucho.	1	2	3	4
16	Es fácil para mí entender cosas nuevas.	1	2	3	4
17	Puedo hablar con facilidad acerca de mis sentimientos.	1	2	3	4
18	Tengo buenos pensamientos acerca de todas las personas.	1	2	3	4
19	Espero lo mejor.	1	2	3	4
20	Tener amigos es importante.	1	2	3	4
21	Me peleo con la gente.	1	2	3	4
22	Puedo entender preguntas difíciles.	1	2	3	4
23	Me gusta sonreír.	1	2	3	4
24	Trato de no herir (dañar) los sentimientos de los otros.	1	2	3	4
25	Trato de trabajar en un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	4
26	Tengo mal genio.	1	2	3	4
27	Nada me incomoda (molesta).	1	2	3	4
28	Me resulta difícil hablar de mis sentimientos profundos.	1	2	3	4
29	Sé que las cosas saldrán bien.	1	2	3	4
30	Ante preguntas difíciles, puedo dar buenas respuestas.	1	2	3	4



Rodea con un círculo el número que mejor te describa en cada frase.

		Nunca me pasa	A veces me pasa	Casi siempre me pasa	Siempre me pasa
31	Puedo describir mis sentimientos con facilidad.	1	2	3	4
32	Sé cómo pasar un buen momento.	1	2	3	4
33	Debo decir la verdad.	1	2	3	4
34	Cuando quiero puedo encontrar muchas formas de contestar a una pregunta difícil.	1	2	3	4
35	Me enoja o enfado con facilidad.	1	2	3	4
36	Me gusta hacer cosas para los demás.	1	2	3	4
37	No soy muy feliz.	1	2	3	4
38	Puedo resolver problemas de diferentes maneras.	1	2	3	4
39	Tienen que pasarme muchas cosas para que me enfade.	1	2	3	4
40	Me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4
41	Hago amigos con facilidad.	1	2	3	4
42	Pienso que soy el mejor o la mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
43	Es fácil para mí decirle a la gente lo que siento.	1	2	3	4
44	Cuando contesto preguntas difíciles, trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
45	Me siento mal cuando se hieren (dañan) los sentimientos de otras personas.	1	2	3	4
46	Cuando me enfado con alguien, me enfado durante mucho tiempo.	1	2	3	4
47	Soy feliz con el tipo de persona que soy.	1	2	3	4
48	Se me da bien resolver problemas.	1	2	3	4
49	Me resulta difícil esperar mi turno.	1	2	3	4
50	Me entretienen las cosas que hago.	1	2	3	4
51	Me gustan mis amigos.	1	2	3	4
52	No tengo días malos.	1	2	3	4
53	Tengo problemas para hablar de mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4
54	Me molesto con facilidad.	1	2	3	4
55	Puedo darme cuenta cuando uno de mis mejores amigos no es feliz.	1	2	3	4
56	Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4
57	Aun cuando las cosas se ponen difíciles, no me doy por vencido o vencida.	1	2	3	4
58	Cuando me enfado, actúo sin pensar.	1	2	3	4
59	Sé cuando la gente está enfadada, incluso cuando no dicen nada.	1	2	3	4
60	Me gusta cómo me veo.	1	2	3	4

Anexo 5: Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés, The Eyberg Child Behavior Inventory):

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

La escala ECBI (Inventario Eyberg de Comportamiento Infantil) mide los problemas de conducta de niños y adolescentes entre 2 y 16 años. Es completado por los padres o cuidadores y provee información sobre la frecuencia y severidad de los problemas de conducta y sobre cuáles son difíciles para ellos.



Este test consiste en un listado de 36 ítems que investiga la conducta de los 3 últimos meses desde dos puntos de vista: Primero con una escala tipo Likert del 1 (nunca) al 7 (siempre) que indica la frecuencia de dichas conductas, y en segundo lugar, la percepción como problema, según los padres, de cada uno de los ítems, respondiéndose como sí o no.

Nunca (1); casi nunca (2); ocasionalmente (3); usualmente (4); frecuentemente (5); casi siempre (6); siempre (7).	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
1. Tarda en vestirse.									
2. Tarda a la hora de comer.									
3. Tiene malos modales en la mesa.									
4. Se niega a comer los alimentos entregados.									
5. Se niega a hacer quehaceres cuando se lo piden.									
6. Se demora en alistarse para dormir.									
7. Se niega a ir a la cama a tiempo.									
8. No obedece las reglas del hogar.									
9. Se niega a obedecer hasta que es amenazado con un castigo.									
10. Actúa de manera desafiante al darle una orden.									
11. Discute con sus padre sobre las reglas.									
12. Se enoja cuando no se sale con la suya.									
13. Tiene berrinches.									
14. Es respondón con los adultos.									
15. Se queja.									

Fig. 1 de 2

16. Llora fácilmente.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
17. Grita o chilla.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
18. Golpea a sus padres.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
19. Destruye juguetes y otros proyectos.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
20. Es descuidado con juguetes y otros objetos.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
21. Roba.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
22. Miente.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
23. Molesta o provoca a otros niños.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
24. Pelea verbalmente con amigos de su edad.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
25. Pelea verbalmente con sus hermanos.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
26. Pelea físicamente con amigos de su edad.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
27. Pelea físicamente con sus hermanos.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
28. Requiere atención constantemente.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
29. Interrumpe.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
30. Se distrae fácilmente.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
31. Tiene un periodo corto de atención.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
32. No puede terminar tareas o proyectos.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
33. Tiene dificultad para entretenerse a sí solo.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
34. Tiene dificultad para concentrarse en una cosa.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
35. Es muy activo o incansable.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No
36. Moja la cama.	1	2	3	4	5	6	7	Si	No

Anexo 6: Inventario de Conducta para Maestros de Sutter- Eyberg Revisado (ICMSE-R o SESBI- R por sus siglas en inglés, Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory- Revised):

Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised™

Teacher Rating Form by Sheila Eyberg, PhD, and Joseph Sutter, PhD

Nombre del evaluador _____ Horas/semana de contacto con el niño _____ Fecha de hoy ____/____/____

Nombre del niño _____ Sexo del niño _____ Fecha de nacimiento del niño ____/____/____

Instrucciones: Lee siguientes seis frases que describen la conducta infantil. Por favor, (I) marque con un círculo el número que describe la frecuencia con la que es de actualmente la conducta indicada en este cuestionario, y (II) marque con un círculo "SI" o "NO" para indicar si la conducta es actualmente un problema para usted.

Por ejemplo, si la frase dice tres veces, marque con un círculo el número 3 en respuesta a la siguiente afirmación:

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Siempre		¿Es esto un problema para usted?	
1. Escucha de manera desatenta	1	2	3	4	5	6	7	SI NO

Marque sólo una respuesta por cada afirmación y conteste a todas las preguntas. **¡NO HAYE NADA!** Si necesita hacer algún cambio, marque la respuesta incorrecta con una "x" y marque con un círculo la respuesta correcta. Por ejemplo:

1. Escucha de manera desatenta	1	2	3	4	5	6	7	SI NO
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------

	¿Día qué frecuencia ocurre esta con este estudiante?							¿Es esto un problema para usted?	
	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Siempre	SI	NO		
1. Tiene rabietas	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
2. Hace malos actos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
3. Molesta o provoca a otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
4. Mentira	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
5. Se frustra con las tareas difíciles	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
6. No recuerda las reglas de la escuela por los minutos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
7. Exige la atención del maestro	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
8. Pierde el tiempo cuando le piden que siga las reglas u obedezca instrucciones	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
9. Es un molesto con los otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
10. Se enfada cuando se le pide que se vaya	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
11. Interrumpe al maestro	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
12. Impulsivo, actúa sin pensar	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
13. Se niega a obedecer hasta que lo amenazan con un castigo	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
14. Le cuesta concentrarse en las tareas	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
15. Culpa a los demás de problemas de conducta	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO

Página 1 evaluada

CONTINUA →

PAR • 16204 N. Florida Ave. • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com

Copyright © 1991, 1995, 2014 by PAR. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of PAR. This form is provided in paper or on-line paper. Any other version is unauthorized.

887654321 Revised 08/10/17 Printed in the U.S.A.

WARNING: PHOTOCOPIING OR DUPLICATION OF THIS FORM WITHOUT PERMISSION IS A VIOLATION OF COPYRIGHT LAWS.

Anexo 7: Hoja de progreso TIPH.

Hoja de progreso de la PCIT

Nombre del niño:

Nombre del padre:

Sesión															
Fecha															
															Maestría
Elogio etiquetado															10
Parfraseo															10
Descripción															10
Preguntas															< 3 Q+C+C/S
Comandos															< 3 Q+C+C/S
<u>Critica/Sarcasmo</u>															< 3 Q+C+C/S
Puntuación ECBI															< 114

Anexo 8: Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres- Hijos - III (SCIDPH o DPICS- III por sus siglas en inglés, Dyadic Parent- Child Interaction Coding System - III):

Hoja de codificación DPICS

Fecha: _____ Sesión #: _____ Código: _____

Evaluación antes o después de tratamiento CLP ____ PLP ____ CU ____

CDI - Habilidades para hacer

	Total	Maestría
Elogios específicos		10
Parafrasear		10
Descripción		10

Imitar	SATISFACTORIO	NECESITA PRÁCTICA	
Ser entusiasta	SATISFACTORIO	NECESITA PRÁCTICA	
Ignorar comportamiento disruptivo.	SATISFACTORIO	NECESITA PRÁCTICA	NO APLICA

*Maestría = Satisfactoria o no aplicable para la imitación, el entusiasmo y la ignorancia.

Habilidades parentales	Codificación	Total	Maestría
Habla neutral			No aplicable
Elogios generales			No aplicable

CDI – Habilidades por evitar

	Frecuencia de códigos	Codificación
Órdenes		
Preguntas		

Comentarios negativos (Sarcasmo y Crítica)		
---	--	--

*Maestría: No más de 3 preguntas + órdenes + críticas.

Cumplimiento infantil (Codificado antes y después sólo en el lugar de los comandos anteriores)

categoría	Directo:	% de cumplimiento:		Indirecto	Total
Cumplimiento					
No cumplimiento					
No Oportuno					
Total de comandos					

Registro de tarea en casa

Código de Diada:

Día	¿Realizaste los 10 min de juego especial?		Actividad realizada	Problemas o dudas durante el juego especial
	Si	No		
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				

Viernes				
Sábado				
Domingo				

Anexo 10: Hoja de codificación IDP.

Hoja de codificación del PDI									
Código:		Fecha:		Cuidador:		Sesión #:			
Orden (Escribirla)	Obedeció	Desobedeció	Elogio específico (Escribirlo)	Advertencia de silla (Si es incorrecta escribelo)	Obedeció	Desobedeció	Elogio general (Escribelo)	Silla	Tiempo Fuera en Habitación
PDI Criterios de Dominio									
Durante los 5 minutos de codificación al comienzo de la sesión, los padres deben dar al menos 4 órdenes y al menos el 75% deben ser efectivas (Ejemplos: directos, estados-positivos, comando sencillos que provean una oportunidad para el niño o niña de completar) y los padres deben mostrar al menos el 75% de seguimiento correcto, después de haber dado un comando efectivo (Elogio específico después de obedecer y advertir después de no obedecer). Adicionalmente, si el niño requiere un tiempo fuera durante la observación, el padre debe seguir exitosamente a través del procedimiento del PDI (ejemplo: la interacción debe terminar con un elogio específico por completar y seguir la orden dada).									

Anexo 11: Hoja de tarea IDP.

Hoja de Tarea del PDI

Código:

Nombre de Papá o Mamá:

Día de la Semana	Si Practicó PDI	No Practicó PDI	# de Tiempo Fuera en la Silla	# de Tiempo Fuera en la Habitación	Preguntas Problemas Preocupaciones
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Anexo 12 : Entrevista anamnésica, semiestructurada.

Entrevista anamnésica, semiestructurada.

Código Paciente:

Información General

Fecha: Hora: Persona que aplicó:

Nombre del niño o niña: Cristian Guadalupe Sanchez Garcia

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Edad: Sexo: Estatura:

Peso: Grado Escolar:

Padre

Nombre del Padre:

Edad: Ocupación: Estado Civil:

Estado general de Salud Física:

Salud mental

¿Tiene algún padecimiento mental? ¿Cuál?:

¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado? ¿Lleva algún tratamiento? ¿Cuál?:

Madre

Nombre de la Madre:

Edad: Ocupación: Estado Civil:

Estado general de Salud Física:

Salud mental

¿Tiene algún padecimiento mental? ¿Cuál?:

¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado? ¿Lleva algún tratamiento? ¿Cuál?:

Familia

¿Tiene hermanos o hermanas? ¿Cuántos?:

Nombres de los hermanos y edades:

¿Cómo se lleva con sus hermanos o hermanas?:

¿Con quién vive el niño o niña?:

¿Quién cuida al niño o niña?:

¿Con quién duerme el niño o niña?

¿Cuál es la dinámica familiar del niño en un día común?:

Antecedentes de Salud Mental Familiar

¿Existen precedentes de condiciones mentales en la familia hasta tres generaciones atrás?:

Información Perinatal

¿Durante el embarazo la gestación fue completa o interrumpida?:

Si fue interrumpida ¿Por qué?:

¿Prematuro de cuántas semanas de gestación?:

¿Requirió Reanimación (RCP)? ¿Requirió Oxígeno? ¿Cuánto tiempo?:

¿Requirió Incubadora? ¿Cuánto tiempo?:

¿Presentó sufrimiento Fetal? ¿Cuál?:

¿Cuánto tiempo duró el parto?:

¿Tuvo algún problema de salud, después del parto? ¿Cuál?:

Información Prenatal

¿Cuál era el estado de salud de la madre al momento de la concepción?:

¿Consumía algún medicamento durante la gestación o al momento de la concepción? ¿Cuál?:

¿Consumía alguna de las siguientes sustancias (Alcohol, Marihuana, Cigarro/Tabaco, Drogas Sintéticas, ¿Otra) durante el periodo de gestación? ¿Cuál?:

¿Hubo alguna situación en cuestión de salud, que afectó al bebé antes o durante su nacimiento?:

Información Postnatal

Peso al nacer:

Talla al nacer:

Alimentación

¿Fue alimentado con leche materna o fórmula? ¿Por qué?:

Edad de ablactación (introducir alimentos no lácteos):

¿Fue integrado a la dieta familiar al cumplir un año?: ¿A qué edad?:

¿Considera usted que el niño o niña comía bien o se quedaba con hambre? ¿Por qué?:

¿Identificó algún problema referente a su alimentación?:

Desarrollo motriz

¿A los cuántos meses logró sostener su cabeza?:

¿A qué edad logró sentarse?:

¿A qué edad logró gatear?:

¿A qué edad logró deambular solo?:

¿A qué edad logró el control de esfínteres?:

¿Tuvo alguna dificultad para lograrlo?:

Hábitos

¿Lloraba en exceso en los primeros 6 meses de vida? ¿Por qué?:

¿Tiene problemas para dormir? ¿Cuál?:

¿Cuáles son sus hábitos de sueño?:

Período 1 a 2 años

¿Ha detectado o detectó los siguientes síntomas en el niño a esta edad?

Cambios drásticos temperamentales:

Impulsividad:

Le cuesta socializar con otros niños o niñas:

Le cuesta relacionarse con papá o mamá:

No obedece:

No respeta las normas:

Le molestan las normas:

Tiene algún trastorno del sueño ¿Cuál?:

Tiene algún trastorno del lenguaje ¿Cuál?:

Tiene alguna alteración del desarrollo motor ¿Cuál?:

Tiene algún problema con su alimentación ¿Cuál?:

¿Cómo fue el logro del control de esfínteres? ¿Tuvo dificultades? ¿Cuáles?:

Período de 3 a 6 años

¿Ha detectado o detectó los siguientes síntomas en el niño a esta edad?

Inquietud Motriz (Hiperactividad):

Juego Simbólico: Tiempo de duración del juego:

Nota retrasos en el desarrollo: ¿Qué clase de retrasos?:

Dificultad en la coordinación motora: ¿Qué clase de dificultad?:

Comportamientos inusuales (oposicionismo, desafiante, obsesiones, rituales, autolesivas) ¿Qué clase?:

¿Cómo era o es la Integración Social en su grupo de edad?:

Accidentes constantes ¿Qué clase de accidentes?:

Experiencia Escolar

¿Cuál ha sido la experiencia escolar del niño o niña durante estos años?:

¿Los profesores le han reportado algún mal comportamiento en específico en el niño o niña?:

Relación con los pares

¿Qué ha observado en el comportamiento de su hijo o hija cuando interactúa con niños o niñas de su edad?:

¿Tienes problemas para socializar con otros niños de su edad?:

¿A qué juega su hijo o hija con otros niños o niñas?:

Temperamento (rasgos emotivos de la personalidad) del niño o niña

¿Cómo definiría el temperamento de su hijo o hija?

Eventos Estresantes

¿El niño o niña ha vivido momentos estresantes?

Abuso emocional:

Abuso Físico:

Abuso Sexual:

Violencia Intrafamiliar:

Bullying:

Antecedentes familiares de consumo de sustancias:

Antecedentes familiares de cargos penales:

Antecedentes familiares de trastornos mentales:

Separación de los padres:

Muerte de alguno de los padres:

Violencia Colectiva:

Violencia Comunitaria:

Omisión de cuidados:

Disciplina en casa

¿Se disciplina al niño o niña en casa?:

¿Qué clase de disciplina se ejerce sobre él o ella?:

¿Cómo actúa el niño o niña ante la disciplina que se le impone?:

¿Se utiliza dentro de la disciplina el tiempo fuera?:

¿Cuál ha sido su experiencia con esta estrategia?:

Situaciones en Casa y en Relación con los Padres

¿Qué es lo que, como padre, le preocupa principalmente sobre el comportamiento de su hijo en casa?:

¿Cuál considera que es el principal problema que enfrenta su hijo o hija?:

¿Cuál es la relación del niño o niña con usted como madre o padre?:

¿Considera que tiene una buena relación con el niño o niña?:

¿Cuáles son los intereses del niño o la niña?:

Anexo 13: Cartel de difusión



PCIT

Terapia de interacción entre padres y madres e hijos (as).

La PCIT

Es una terapia que permite a los padres de niños y niñas de 3 a 7 años de edad, comprender y mejorar la relación padre- madre e hijo (a) y la interacción que se da entre estos cuando existen problemas de conducta.



A través del juego

Los padres aprenden a :

- Interactuar
- controlar y
- mejorar

Estrategias afectivas para la convivencia y la mejora de conductas y actitudes en el niño(a).



Intervención

Consta de aproximadamente 19 sesiones de 2 horas semanales y de tareas en casa, que tomarán 5 minutos al día con el niño (a), con el fin de ir desarrollando y mejorando las habilidades necesarias para lograr los objetivos.



Se divide en dos etapas:

Primera etapa

Los padres aprenden estrategias sobre el tipo de atención necesaria para incrementar las habilidades pro- sociales del niño y disminuir las conductas no deseadas. A través de 5 habilidades específicas: elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir y Entusiasmarse



Segunda etapa

Los padres aprenden por medio del juego con el niño, a establecer estrategias de disciplina, donde se les muestra cómo dar órdenes claras, alabar cuando el niño cumple con dichas órdenes, el establecimiento de reglas y el uso del tiempo fuera

Esta terapia esta recomendada para niños y niñas con problemas de:

- Atención
- Impulsividad
- Hiperactividad
- Concentración
- Comportamientos disruptivos
- Emocionales

PARA MÁS INFORMACIÓN

Vía WhatsApp

461- 370- 13- 53 o 442- 812- 82- 08

Vía correo electrónico

ljuarez32@alumnos.uaq.mx
vhernandez62@alumnos.uaq.mx



Proyecto coordinado por la

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela
cintli.carolina.carbajal@uaq.mx



¿Tu hijo o hija de 3 a 7 años de edad ha sido diagnosticado (a) con TDAH?

¿Te gustaría ser parte de una gran experiencia?



La facultad de Psicología de la UAQ, te invita a participar en su investigación sobre la INTERACCIÓN entre padres-madres e hijos (as), donde a través del juego desarrollarás estrategias efectivas para la interacción, el control y la mejora de conductas y actitudes de tu hijo o hija.

Si tu hijo (a) tiene entre 3 a 7 años de edad, y estás interesado o deseas más información ponte en contacto con nosotros:

Laura Juárez

WhatsApp: 461- 370- 13- 53

correo: ljuarez32@alumnos.uaq.mx

Virginia Hernández.

Correo: vhernandez62@alumnos.uaq.mx

WhatsApp: 442- 812- 82- 08



Proyecto coordinado por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela
cintli.carolina.carbajal@uaq.mx