



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Efectividad de un Programa de Educación Emocional y
Habilidades Interpersonales sobre la Capacidad de
Resiliencia en Adolescentes con Trastorno Mental**

D. Javier Muñoz Sánchez

2017

UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

**Efectividad de un Programa de Educación Emocional y
Habilidades Interpersonales sobre la Capacidad de
Resiliencia en Adolescentes con Trastorno Mental**

DIRECTORAS

Dra. Pilar Almansa Martínez

Dra. Margarita Garrido Abejar

DOCTORANDO

Javier Muñoz Sánchez

MURCIA, 2017

A Noelia, Claudia, Carla, a mi familia y amigos

*“Nada sucede por casualidad, en el fondo las cosas tienen su plan secreto,
aunque nosotros no lo entendamos”*

Carlos Ruíz Zafón

AGRADECIMIENTOS

Han pasado tres años desde que decidí adentrarme en esta aventura profesional. Durante todo este recorrido han sido muchas las personas que me han apoyado y han estado a mi lado.

En primer lugar quería agradecer a mis directoras su labor docente y apoyo profesional. Gracias por vuestra capacidad de motivar, de animar y de elegir los elogios necesarios para que el trabajo sea más llevadero. Gracias por apoyar mi proyecto y guiarme en él.

A mi familia. Gracias a ti mamá por haber hecho de mí una persona tenaz, con miras y con ganas de comerse el mundo. Sin tus enseñanzas no sería lo que soy. Gracias papá por haberme ayudado en los momentos de estrés y por haber estado siempre que lo he necesitado. Gracias Raquel por ser mi apoyo número uno, el colchón de mis dudas, la oreja que todo lo escucha y la consejera en mis tropiezos. Tu generosidad ha hecho que mi trabajo sea más cómodo. Gracias Josete por darme el cariño absoluto, el humor imprescindible y el apoyo incondicional. Las risas que me has sacado durante estos años han sido imprescindibles para conseguir mis objetivos. Gracias Dani por enseñarme, por enseñarme a todo, enseñarme a ser paciente, a no desistir, a ser perfeccionista, a luchar, a querer más, a disfrutar logrando, a trabajar y a ser grande. Eres y serás un espejo donde mirarme. Gracias Olga por tus conversaciones, por tu capacidad de sacarme de la rutina con ellas, por enseñarme a no tener miedo y perseguir mis objetivos. Eres la fuerza en la que me he inspirado. Gracias Ángel por dar todo sin pedir nada, por enseñarme el don de la paciencia y por aportarme siempre un mirada positiva. Y gracias sobre todo a la inocencia, gracias Claudia y Carla, las personas que despiertan mis mejores sentimientos. Vuestros juegos, risas, cariño y besos me dan vida. Ambas sois fuente de inspiración, miráis la vida con alegría.

A mis amigos. Gracias Dolores, Gloria, Lorena, Nuria y Almudena. Con vosotras empezó mi recorrido enfermero, sois gran parte de lo que consiga como profesional y una

guía vital. Disfruto compartiendo etapas de la vida con vosotras y en consecuencia con Luismi, Paco, Campi, Juanan y Julián. Gracias amigos de la infancia, con vosotros he crecido y seguramente gran parte de lo que soy hoy en día os lo deba a vosotros. Gracias José Luis, Ismael, Pepe y Alberto Piernas, por ser fuente de inspiración, sacrificio y éxito. Gracias José Miguel, compañero de batallas y amigo incondicional, mi apoyo tras unos cascos. Gracias Raúl por orientarme siempre a la realidad y por hacer que el tiempo y la distancia no existan. Gracias también a Nelson, por estar siempre ahí, a Tani, por sus sabios consejos, a Tomás, Javi Campayo, Pedro, Mónica y Majo. Gracias Clara y Tere, por ser punto de apoyo imprescindible y fuente de alegría. Gracias Miguel, amigo casi hermano.

Gracias a mis compañeras de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, mi talón de Aquiles y quienes han apoyado este proyecto de base. Soy mejor profesional y persona desde que estoy a vuestro lado. Gracias en especial a Magdalena Valverde, por una amistad única, por dar sentido a la palabra compañerismo y por todos esos momentos que compartimos todos los días. Gran parte de este trabajo se inspira en los valores que compartes conmigo, eres éxito en persona. Gracias del mismo modo a Lucia, mi compañera del lado este de la unidad, simplemente por ser genial y por aportarme tantas veces el punto de vista más sensato y práctico. Gracias también a mis compañeras de residencia, con quien aprendí a ser el profesional que soy hoy, gracias Aurora, Martas y Lydías

Gracias a vosotros, chic@s y familias que, tocados por el infortunio del trastorno mental, habéis participado en este proyecto. Vuestro bienestar inspira mi trabajo.

Finalmente, y de forma especial, quiero detenerme en la persona más influyente en el éxito que pueda tener esta tesis. Gracias Noelia, mi compañera de andanzas, la sonrisa constante y fuente de sabiduría. Has permanecido a mi lado en todo momento. Tú y yo decidimos tomar este camino y creo que sin ti no hubiese sido posible. Tu cariño, alegría, compañía y ánimos han hecho que redactar páginas, dedicar horas y sacrificio, sea más fácil. Hemos compartido el proceso, espero que podamos disfrutar juntos el resultado. Gracias por ayudarme a crecer en la vida.

Además, gracias al resto de familiares, amigos y compañeros que me han acompañado en estos años de duro trabajo, y en especial a Gregorio, allá donde estés, por todo lo que me enseñaste.

REFERENCIA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AE	Atención a las Emociones
AEPNYA	Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente
ANOVA	ANalysis Of VAriance
BOE	Boletín Oficial del Estado
CE	Claridad Emocional
DNI	Documento Nacional de Identidad
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders quinta edición
DT	Desviación Típica
EEUU	Estados Unidos
ERE	Escala de Resiliencia Escolar
EQ-i, YV	Emotional Quotient Inventory
FSH	Hormona Estimulante del Folículo
ICCB	Institute on Child Resilience and Family
IE	Inteligencia Emocional
LH	Hormona Lutenizante
MLG	Modelo Lineal General
n	Número
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud
PWI	Personal Well Being Index
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
RE	Reparación Emocional
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
SV-RES	Escala de Resiliencia de Saavedra y Villalta
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TC	Trastorno de Conducta

TND	Trastorno Negativista Desafiante
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TMMS	Trait Meta-Mood Scale
WHO	World Health Organisation

TABLAS

Tabla 1. *Modelo de Grotberg sobre la caracterización del niño resiliente*

Tabla 2. *Prevalencia de los trastornos mentales en adolescentes por áreas de población*

Tabla 3. *Agrupación de ítems para el cálculo de la inteligencia emocional intrapersonal.*

Tabla 4. *Indicadores de resiliencia según Saavedra y Castro*

Tabla 5. *Resultados esperados y criterios diagnósticos para evaluar su consecución*

Tabla 6. *Contenido de las sesiones grupales*

Tabla 8. *Descriptivo y fiabilidad de las escalas para la muestra total*

Tabla 9. *Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en la escala TMMS24.*

Tabla 10. *Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.*

Tabla 11. *Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en la escala ERE.*

Tabla 12. *Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en los criterios de resultados NOC .*

Tabla 13. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en la escala TMMS24.*

Tabla 14. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.*

Tabla 15. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en la escala ERE.*

Tabla 16. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en los criterios de resultado NOC*

Tabla 17. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en la escala TMMS24.*

Tabla 18. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.*

Tabla 19. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en la escala ERE.*

Tabla 20. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en los criterios de resultado NOC.*

Tabla 21. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción repetidor y tiempo en la escala TMMS24.*

Tabla 22. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción repetidor y tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.*

Tabla 23. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción repetidor y tiempo en la escala ERE.*

Tabla 24. *Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en los criterios de resultado NOC.*

FIGURAS

Figura 1. *Distribución por sexo*

Figura 2. *Distribución por edad*

Figura 3. *Distribución de los alumnos por curso*

Figura 4. *Alumnos que han repetido 1 o más cursos*

Figura 5. *Diagnóstico*

Figura 6. *Tiempo de seguimiento*

Figura 7. *Derivante*

Figura 8. *Presencia de tratamiento farmacológico*

Figura 9. *Comorbilidad*

Figura 10. *Evaluación a los 6 meses post-intervención*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	21
MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO I. NOCIONES SOBRE RESILIENCIA	29
1. INTRODUCCIÓN, CONCEPTO Y DEFINICIONES.....	31
2. CARACTERÍSTICAS Y DIMENSIONES DE LA RESILIENCIA	33
2.1. PERFIL DEL NIÑO RESILIENTE	39
2.2. CARACTERIZACIÓN DEL NIÑO RESILIENTE. PROMOCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS RESILIENTES.....	40
2.3. FACTORES PROTECTORES DE RESILIENCIA.....	44
3. INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIA	45
4. RESILIENCIA Y ENFERMERÍA	48
5. PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA	49
CAPÍTULO II. TRASTORNO MENTAL INFANTO ADOLESCENTE	51
1. GENERALIDADES	53
2. PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA CON DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL	54
2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	54
2.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	59
2.3. TRASTORNOS DESTRUCTIVOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA.....	63
2.4. TRASTORNOS AFECTIVOS.....	70
2.5. OTROS TRASTORNOS MENTALES INFANTO ADOLESCENTES	73
3. PREVALENCIA DEL TRASTORNO MENTAL EN ADOLESCENTES	74
4. REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA EN SALUD MENTAL ..	75
CAPÍTULO III. INTELIGENCIA EMOCIONAL, EDUCACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES INTERPERSONALES.....	77
1. INTRODUCCIÓN.....	79
2. EMOCIÓN, APROXIMACIÓN AL CONCEPTO Y FUNCIONES	79
3. INTELIGENCIA EMOCIONAL	81
3.1. BENEFICIOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	83

3.2. INTERVENCIONES EN INTELIGENCIA EMOCIONAL	85
4. CONCEPTOS Y DETERMINANTES EN EL DESARROLLO EMOCIONAL ...	85
4.1. REGULACIÓN EMOCIONAL	86
4.2. MODELOS Y SISTEMAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	88
5. DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LAS CAPACIDADES DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL	89
6. DESARROLLO EMOCIONAL Y SALUD MENTAL	93
7. INTERVENCIONES Y PROGRAMAS EN EDUCACIÓN EMOCIONAL	95
8. EMOCIONES Y RESILIENCIA.....	96
9. HABILIDADES SOCIALES E INTERPERSONALES.....	97
9.1. ASERTIVIDAD	98
9.2. AUTOESTIMA	100
9.3. EMPATÍA	101
9.4. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	102
10. BIENESTAR SUBJETIVO	103
11. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	105
CAPITULO IV. ADOLESCENCIA	107
1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO	109
2. CAMBIOS BIOLÓGICOS Y FÍSICOS.....	110
3. CAMBIOS PSICOBIOLOGICOS Y COGNITIVOS.....	111
4. CAMBIOS PSICOSOCIALES	112
5. ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL.....	115
6. ADOLESCENCIA Y RESILIENCIA	117
MARCO EMPÍRICO	121
CAPÍTULO V. DISEÑO METODOLÓGICO	123
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	125
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	126
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	126
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	126
3. METODOLOGÍA	127
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	127
3.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y POBLACIÓN A ESTUDIO	127
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	129
3.4. VARIABLES.....	130

3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	131
3.6. REGISTRO Y RECOGIDA DE DATOS. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	138
3.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	139
3.8. SEGOS Y LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN.....	145
CAPITULO VI. RESULTADOS	147
CAPITULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	167
1. DISCUSIÓN.....	169
2. LIMITACIONES, PROPUESTAS DE MEJORA Y ALCANCE PROFESIONAL	177
3. CONCLUSIÓN.....	181
BIBLIOGRAFÍA	185
ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS	207
ANEXO 2. CRONOGRAMA. TEMPORALIZACIÓN Y ETAPAS DEL ESTUDIO..	217
ANEXO 3. DESARROLLO DE LAS SESIONES.....	221

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad de salud pública debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad y alto grado de discapacidad. Son entidades de larga evolución con inicio generalmente en la infancia o adultez temprana¹. La niñez y adolescencia son periodos considerados de bajo riesgo de morbilidad y mortalidad, el hecho de padecer un trastorno mental en esta etapa de la vida supone un acontecimiento vital estresante o incluso traumático².

Según estimaciones tomadas a través de la investigación, se sabe que el 20% de los adolescentes presenta trastornos clínicos diagnosticables. En torno al 5-6% de estos corresponden a trastorno mental grave y en la actualidad uno de cada ocho padece un trastorno mental. De entre estos, destacan los trastornos del desarrollo emocional, afectivos y de la conducta³.

Unido a la posible aparición de un trastorno mental, la adolescencia es una etapa vital de grandes cambios tanto a nivel físico, como cognitivo, social, familiar, entre otros⁴. Estas circunstancias pueden llevar a que el adolescente no se adapte bien, o tener problemas para manejar los conflictos y cambios por los que está pasando, necesitando ayuda para superar dicha transición. Uno de los posibles recursos con los que cuenta el adolescente para hacer frente a la adversidad y resistir estas situaciones es la resiliencia. Esta es definida como “un fenómeno manifestado en aquellas personas que evolucionan favorablemente a pesar de haber estado bajo situaciones adversas o estresantes”⁵.

De modo que, los efectos adversos surgidos en esta etapa pueden ser manejados con buenas capacidades o buen desarrollo de la resiliencia. Para ello debe hacer uso de sus posibilidades, potenciarlas en la medida de lo posible y utilizar sus recursos de cara a solucionar aquellos problemas que le sucedan. Debe aprender a hacer uso de ciertos aspectos que favorecen e impulsan estas características: aceptar sus capacidades y dificultades, desarrollar su creatividad, autonomía, aumentar sus responsabilidades,

solucionar conflictos y resolver problemas. Sobre esta base, además, fomentar las redes de apoyo, ya que los factores contextuales como el apoyo social o la presencia de padres y cuidadores competentes destacan positivamente en el proceso de adaptación y afrontamiento de lo adverso⁶.

Todas estas habilidades pueden quedar resumidas y estar presentes en los adolescentes con un desarrollo emocional adecuado y habilidades interpersonales de calidad. La inteligencia emocional es una habilidad para controlar los sentimientos y emociones de uno mismo y de los demás, discriminar entre ellos, y utilizar esa información como guía para la acción y el pensamiento propio⁷. Por otro parte, las habilidades interpersonales o sociales, son un conjunto de hábitos, a nivel conductual, pensamiento y emociones, que nos permiten comunicarnos con los demás de forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien al relacionarnos con otras personas, consiguiendo que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos⁸. Otros autores, directamente incluyen dentro de su modelo las capacidades de habilidad interpersonal en el desarrollo de la inteligencia emocional, como asertividad, autoestima o motivación.

Se pretende analizar el efecto de una intervención para fomentar el desarrollo emocional y las habilidades interpersonales sobre la capacidad de resiliencia en adolescentes con trastorno mental cuando los niveles de esta se encuentran afectados por dicho trastorno.

Para ello se seleccionó una muestra de adolescentes que siguieron el programa previamente mencionado, en 8 sesiones grupales, haciendo mediciones previas y posteriores para evaluar los cambios surgidos en ciertas habilidades. En el desarrollo de la intervención se propone la utilización de la metodología enfermera. Por una parte, los criterios de resultado de enfermería son la guía que marca los objetivos a lograr. Las actividades llevadas a cabo dentro del programa están apoyadas, y se basan, en las intervenciones enfermeras y sus distintas actividades. De este modo, la metodología enfermera queda patente, como en otros tantos trabajos de índole científica, dentro del uso de la investigación y evidencia científica.

La razón que inspiró este proyecto radica en la experiencia personal directa en el tratamiento y cuidado de niños con trastornos mentales en la infancia y adolescencia. En mi quehacer diario como enfermero especialista en salud mental, y en el contexto de los cuidados enfermeros y perspectiva terapéutica, comencé a ser consciente de las dificultades emocionales que presentaban muchos niños derivadas de situaciones cuyo patrón fijo eran los trastornos mentales. Unido a esta situación, eran evidentes los impedimentos en los aspectos relacionados con una resiliencia efectiva. Este constructo de dificultades emocionales, estrés vital a través del trastorno mental y ciertos rasgos que hacían observar aspectos de baja resiliencia, fue lo que me llevó a plantear la investigación de estos en conjunto. De este modo, y desde la perspectiva enfermera, planteé una intervención educativa y de cuidados, con el fin de mejorar las capacidades y habilidades que se asocian con resiliencia, y de este modo conseguir unos niveles estables de esta.

Dado que el rol de enfermería ha cambiado en los últimos años, justificado en parte por la especialización de este colectivo, se hace necesaria la participación de estos profesionales en ámbitos en los que previamente no colaboraba. No es extraño encontrarse con enfermeros/as especializados/as que forman parte de equipos multidisciplinares, en los que sus funciones han ido creciendo y profesionalizándose cada vez más. Un ejemplo sería el Enfermero Especialista en Salud Mental, quien ha ido adaptando su actividad profesional a las demandas actuales e innovaciones en la detección y cuidados de dichos los problemas. A la vez que surge esta circunstancia, se abre un amplio camino en la incorporación del profesional de enfermería en la investigación. Para ello, cada vez es más frecuente el uso de la metodología enfermera, como elemento basado en la evidencia científica, dentro de los trabajos de investigación con el interés de crear conocimiento a través de la disciplina enfermera.

No se han encontrado estudios que llevasen a cabo este tipo de metodología en el campo de la educación emocional y habilidades interpersonales, ni en el ámbito nacional ni como intervención dentro de los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil de las Islas Baleares, lugar donde desarrollo mi actividad profesional. Me planteé la posibilidad de medir el impacto de estas actividades sobre el nivel de resiliencia y cómo afecta al

contenido emocional y en el futuro devenir del propio trastorno mental y situación clínica. Además se pretendía la implementación de programas de intervención grupal en los que interviniese la figura del enfermero especialista en salud mental.

La pretensión inicial fue conocer de qué modo afecta a la salud mental del adolescente la participación en una actividad grupal de educación emocional y habilidades interpersonales, basada en intervenciones enfermeras. De forma más específica se pretende a través de este estudio, conocer si tras la aplicación de la intervención se producen cambios en el nivel de resiliencia de los niños, si se producen mejoras en las competencias emocionales y de regulación emocional, si hay una mayor tolerancia a la frustración y el papel que juega en todo ello el bienestar subjetivo. Otros aspectos a tener en cuenta son distintas variables socio-demográficas, clínicas y curriculares-educativas. Del mismo modo se evaluó con el uso de los criterios de resultados de la taxonomía NOC, la efectividad de dicho plan de intervención. De este modo, la tesis queda sustentada en la intervención enfermera, extraída del proceso de atención de enfermería, y el proceso terapéutico grupal, desarrollado por el enfermero especialista en salud mental.

El fin principal es mejorar la calidad de vida, a través de la búsqueda del aumento de la resiliencia en los adolescentes que padecen un trastorno mental.

El presente trabajo consta de 2 partes generales. En primer lugar se hace un recorrido teórico sobre los conceptos nucleares tratados en el desarrollo de la tesis; en un segundo, la atención se centra en el desarrollo empírico de la investigación.

De forma más específica, el **marco teórico** está dividido en 4 capítulos. El **capítulo I** hace referencia al concepto y desarrollo de “resiliencia”, enfocada desde varias perspectivas, por un lado en el desarrollo del niño, en las características presentes en la persona resiliente, y por otro, su promoción y relación con la salud mental.

El **capítulo II** está dedicado al trastorno mental infanto-juvenil o de la adolescencia. Se reúne la información acerca de los principales trastornos mentales con

afectación en la regulación emocional, aquellos más frecuentes en esta etapa de la vida y aquellos de mayor relevancia dentro de la población a estudio. En él se incluyen la descripción de los trastornos y principales orientaciones en el tratamiento, diagnóstico y criterios diagnósticos.

En el **capítulo III** se profundiza en los conceptos relacionados con las emociones, desde la inteligencia emocional, el desarrollo emocional en el niño y adolescente, hasta otros aspectos relacionados con la intervención, como las habilidades interpersonales, la tolerancia a la frustración y el bienestar subjetivo.

El **capítulo IV** está dedicado a la adolescencia, cómo se desarrolla, qué características tiene y su relación con la salud mental y la resiliencia.

En la segunda parte del trabajo se expone el desarrollo **empírico**, dividido en 3 capítulos principales. El **capítulo V** es el primero de ellos. Aborda el diseño metodológico de la investigación, incorpora la hipótesis y objetivos del estudio, las distintas variables y la población; describe los instrumentos de medida, la intervención grupal desde el punto de vista enfermero y hace una reflexión sobre los posibles sesgos o limitaciones.

En el **capítulo VI**, segundo de la parte empírica, se exponen de forma detallada los resultados de la investigación. En primer lugar se realiza una descripción de los resultados asociados a las distintas variables y de los diferentes test utilizados para valorar la efectividad del proyecto, y en segundo, un análisis comparativo de estos. Posteriormente, en el **capítulo VII**, se ejecuta un análisis en profundidad, en el que se evalúa la consecución o no de los objetivos y se analiza la relación entre las distintas variables. Incluye la discusión de los resultados, las limitaciones, las futuras propuestas de trabajo y aportaciones al colectivo profesional, y las conclusiones de la investigación.

Finalmente, en el apartado último del trabajo, se incluyen las distintas referencias bibliográficas consultadas y acotadas, así como los anexos, que incluyen el protocolo de

investigación, con hoja de información al participante y consentimiento informado, el cronograma y el desarrollo de las sesiones.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. NOCIONES SOBRE RESILIENCIA

1. INTRODUCCIÓN, CONCEPTO Y DEFINICIONES

El vocablo resiliencia tiene su origen etimológico en el latín, en el término *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Dentro de la física se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma después de ser sometido a altas presiones⁹. La Real Academia de la Lengua Española lo define como “Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”¹⁰.

El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollaban psicológicamente sanos y exitosos¹¹. Es un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de la adversidad, lo que significa que en la resiliencia están implícitas dos condiciones fundamentales: la exposición a la amenaza significativa o adversidad severa; y el logro de la adaptación positiva a pesar de agresiones graves contra el proceso de desarrollo¹²⁻¹⁷.

A pesar de aparecer como una palabra común en algunos contextos de la vida cotidiana, no existe un consenso sobre su definición, con variaciones sustanciales en la puesta en marcha y medición de las principales construcciones¹⁸, moviéndose desde distintos planteamientos y estando no claramente conceptualizado debido a la existencia de múltiples factores implicados y a su desarrollo desde distintas disciplinas¹⁹.

Sin embargo, hay consenso en que cuando nos referimos a este concepto asumimos que implica competencia, o un positivo y efectivo afrontamiento, en respuesta al riesgo o adversidad²⁰.

Fue Michael Rutter (1978) quien introdujo el concepto al ámbito psicológico, definiéndola desde entonces como “un potencial humano que se basa en un proceso interactivo entre el sujeto y su medio, y que va de la mano de un aprendizaje”. Su definición enfatizaba en la conjunción de **factores internos y externos**²¹. En el mismo

sentido, Suárez (1993) habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas de la vida²².

Más reciente a la definición de Rutter, Luthar (1991)²³ define el término de resiliencia como “la manifestación de la **adaptación positiva** a pesar de significativas adversidades en la vida”. De modo semejante, Masten y Powell (2003) indican que la resiliencia se refiere a “patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas”²⁴. Ambos al igual que Werner (2000) relacionan el fenómeno resiliente con la adaptación exitosa en el individuo expuesto a factores de riesgo; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad frente a futuros estresores²⁵.

Otras construcciones de resiliencia incorporan el componente **capacidad**. Grotberg (1995)²⁶ la define como “una capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformado por ellas”. Considerando pues la resiliencia como un proceso evolutivo. De forma parecida, Vanistendael (1994) habla de la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión²⁷.

Una de las definiciones más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) quien la considera como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al aparecer un evento estresante”²⁸.

El ICCB (Institute on Child Resilience and Family) define resiliencia como “la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva”²⁹.

Osborn (1996) se refirió a la resiliencia como “una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia”. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando son muy pequeños³⁰.

Finalmente, en la revisión de Fergus y Zimmerman (2005) se indica que la resiliencia es el proceso de **superar los efectos negativos** de la exposición al riesgo, el afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo³¹.

A pesar de la proliferación de investigaciones y aplicaciones prácticas, no es posible hablar de la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien, la entendemos como una capacidad humana y universal que está presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, y se cree que tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiesta³².

En resumen, las distintas definiciones de resiliencia hacen referencia a características como adaptabilidad, capacidad, competencia, habilidades emocionales y cognitivas, entre otras y convergen dos dimensiones inseparables en el concepto de resiliencia, la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

2. CARACTERÍSTICAS Y DIMENSIONES DE LA RESILIENCIA

El término resiliencia se ha utilizado para describir cualidades de adaptación positiva en un ambiente cambiante de dureza y más recientemente como un proceso dinámico que implica una interacción entre los agentes de riesgo y protección, interno y externos al individuo, que actúan para modificar los efectos de un evento vital adverso. Los primeros estudios realizados en cuanto a las características de resiliencia, llevaron a encontrar una serie de factores que estarían implicados en su desarrollo: atributos propios personales, aspectos familiares y características del ambiente social. A través de las distintas características de resiliencia, se han establecido una serie de dimensiones asociadas a esta^{17,33,34}.

Posteriormente, distintos autores conceptualizaron resiliencia como una suma de factores individuales, familiares y sociales, unidos a otras cualidades como ecuanimidad, autoconfianza, soledad existencial, perseverancia y significado. Todos ellos han servido para la elaboración de escalas sobre resiliencia y poder definir su composición y dimensiones³⁵.

En su revisión, Polk (1997) elaboró 26 clusters, que redujo a 6: atribuciones psicosociales, atributos físicos, roles, relaciones, características de solución de problemas y creencias filosóficas. Finalmente los combinó para clasificar cuatro patrones para la resiliencia³⁶:

- **Patrón disposicional.** Se refiere a atributos físicos, psicológicos relacionados con el ego, de competencia personal, sentido del self y otros como la inteligencia, la salud y el temperamento.
- **Patrón relacional.** Referido a las características de los roles y relaciones que influenciarían la resiliencia, aspectos intrínsecos como extrínsecos, como la relaciones cercanas y de confianza, la red social, dar sentido a las experiencias, relacionarse y tener habilidades para ello con modelos positivos y tener voluntad para buscar personas en las que confiar.
- **Patrón situacional.** Se refiere a las características de los estresores y se manifiesta como habilidades de valoración cognitiva, habilidades de solución de problemas y atributos que indican capacidad de acción ante una situación
- **Patrón filosófico.** El último patrón, se manifiesta por las creencias personales, como puede ser el autoconocimiento, la capacidad de reflexión sobre uno mismo y la creencia de que la vida merece la pena y tiene significado.

Para otros autores como Garmezy (1991), la resiliencia tendría otras características en su concepto, y más específicamente referido a las situaciones estresantes, donde identifica tres factores principales en relación con las personas. El primero sería el **temperamento y el tipo de personalidad**, donde influye el nivel de actividad, capacidad reflexiva, habilidades cognitivas y responsabilidad positiva hacia

otros. El segundo se encuentra en las **familias**, con el cariño, la cohesión y la presencia de cuidados. Y, el tercero, la disponibilidad de **apoyo social**²⁸.

Kumpfer y Hopkins (1993), de forma específica en jóvenes, identificaron 7 factores de resiliencia: optimismo, empatía, *insight*, competencia intelectual, autoestima, dirección, determinismo y perseverancia. Todas ellas unidas a habilidades de afrontamiento emocional, manejo interpersonal y social, intrapersonal, de reestructuración y de planificación³⁷.

Según Grotbreg (2001) existen 8 características personales denominadas pilares de la resiliencia³⁸. Éstos son:

1. **Independencia.** Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; distancia emocional y física.
2. **Introspección o capacidad de *insight*.** Es la capacidad de mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones.
3. **Capacidad de relacionarse o interacción.** Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, es crear vínculos.
4. **Iniciativa.** Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
5. **Humor.** Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.
6. **Creatividad.** Es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, es hacer todo a partir de la nada.
7. **Moralidad.** Es la actividad de una conciencia informada, se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

En general, y a pesar de los atributos adicionales que se incorporan con las investigaciones más actuales, aquellas características que posee un niño/a resiliente estarían determinadas por la **competencia social, la resolución de problemas, la capacidad autónoma, y poseer un sentido de propósito y futuro**. La primera se relaciona con cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo,

comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales, lo cual es posible de visualizar desde muy temprana edad, pues los niños resilientes tienden a establecer mayor cantidad de relaciones interpersonales positivas. Del mismo modo, la resolución de problemas sería una capacidad que se desarrolla a muy temprana edad y que incluye la habilidad para pensar en abstracto, reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales.

Por su parte, la autonomía hace alusión a la capacidad de independencia, sentido de la propia identidad y la habilidad para controlar algunos factores del entorno, por lo que otros autores han identificado esta característica de la resiliencia en aquellos niños que son capaces de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres enfermos, entendiendo que ellos no son culpables ni causa de la situación experimentada y comprendiendo que su futuro puede ser distinto al de sus padres⁹. Este distanciamiento otorga un espacio protector al niño, que le permite el desarrollo de su autoestima y de habilidades para alcanzar metas constructivas²⁹.

El sentido de propósito y de futuro se relaciona con la autonomía y la autoeficacia, donde se experimenta algún tipo de grado de control sobre el medio, y a la vez, se reconocen los factores resilientes como el poseer expectativas saludables, tener una dirección de éxito en los objetivos, motivación de logro, fe en un futuro mejor y sentido de anticipación y coherencia⁹.

En la adolescencia también se deben expresar los atributos resilientes desarrollados en la infancia, pero en esta etapa de la vida se manifestarán de una forma diferente²⁹. Por ejemplo, la competencia social se expresará en la interrelación con sus propios pares y en la facilidad que se tenga para hacer amistades de su propia edad. Es frecuente que se inicien relaciones sentimentales que tengan valor como indicadores positivos de competencia social⁹. Respecto a la resolución de problemas, ésta se identificará con la capacidad de jugar con ideas y sistemas filosóficos. También se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad

de ser resiliente, como son: la seguridad de un afecto recibido; la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo²⁹.

Los distintos atributos o características que se asocian a la resiliencia llevaron a distintos autores a establecer una serie de dimensiones para su contextualización. Estas dimensiones albergan características internas y externas, habilidades propias y dependientes del contexto. Un ejemplo de ello, son las 5 dimensiones nombradas por Llobet (2005)³⁹.

1. **Autoestima:** evaluación y valoración de sí mismo en base y como resultado a las experiencias personales vividas y los vínculos afectivos, que influyen en el desarrollo de estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes.
2. **Vínculos afectivos:** tipo de vínculos establecidos con los cuidadores desde la infancia, que permitan el desarrollo de confianza y la posibilidad de establecer relaciones interpersonales adecuadas y funcionales, incluyendo la ambivalencia y aceptación de sentimientos, aspectos negativos o positivos de nosotros mismos o de otros.
3. **Creatividad y humor:** tolerancia y capacidad en la resolución de problemas, permitiendo el procesamiento de la información y la capacidad de organización de esta y planificación de una respuesta adecuada.
4. **Red social:** creación de valores, recursos externos y sociales, la capacidad de dar y recibir apoyo de estas fuentes.
5. **Ideología personal:** enriquecimiento con experiencias cotidianas, desarrollo de valores personales, capacidad de interpretación de distintas situaciones, comprensión e interpretación del entorno. Recursos internos.

Para Saavedra (2008) también se establecen 5 componentes fundamentales⁴⁰. Estos además, son la base de las escalas para la medición de puntuaciones de resiliencia que

diseño. Estos componentes sirven para identificar, dentro de la estructura general de resiliencia, donde se sitúan las principales fortalezas. A continuación, se desarrollan las dimensiones para la Escala de Resiliencia Escolar de Saavedra, basadas el modelo de resiliencia de Grotberg:

1. **Identidad-Autoestima:** se refiere a las fortalezas personales y condiciones internas de los niños.
2. **Redes-Modelos:** se refiere al apoyo o posibilidad de apoyo percibido desde los otros, a la posibilidad de generar recursos en red.
3. **Aprendizaje-Generatividad:** hacen referencia a las habilidades del niño para relacionarse y resolver sus problemas.
4. **Recursos Internos:** miden las características que tienen una dependencia más personal del sujeto, más estructural.
5. **Recursos Externos:** se refieren a las características de las interacciones establecidas por el sujeto con su entorno.

Otros autores como Melillo (2002), describen una serie de características generales que coinciden con las dimensiones descritas, como son: autoestima consistente, introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico⁴¹.

Todas estas características definen el constructo resiliencia. Por lo general, hacen referencia a capacidades internas y otras externas, que se combinan para dar lugar a una adaptación positiva ante la adversidad.

2.1. PERFIL DEL NIÑO RESILIENTE

Diversas publicaciones han hecho un acercamiento a las características del niño resiliente con explicaciones poco precisas en relación a cómo juegan o cómo se comportan. Ante lo abstracto de los datos se trató de sintetizar y expresar más gráficamente aquellos atributos identificativos de un niño o adolescente resiliente.

La **competencia social** es uno de esos atributos. Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además, son activos, flexibles y adaptables aún en la infancia²⁹. Este componente incluye cualidades como comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales. Relacionado con este tipo de comportamiento estaría el **sentido del humor**, esa capacidad para reírse o buscar distintas perspectivas buscándoles un lado cómico. Como resultado, desde edades tempranas estos niños ya desarrollan relaciones más positivas con los otros.

Otra característica importante ligada a ellos sería la **capacidad de resolver conflictos**. Rutter (1985)⁴² encontró en sus estudios que niños con situaciones traumáticas o estresantes se desarrollaban de forma efectiva y desde la infancia, mostrando destrezas para planificar resultados útiles.

La **autonomía**, entendida por algunos autores como fuerte sentido de independencia, y en la que otros dan mayor importancia al control interno, sentido de poder personal, autodisciplina y control de impulsos, es otro de los atributos ligados a la resiliencia. Esencialmente, el factor protector referido a esta, es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno.

Relacionado con la autonomía y el sentido de eficacia propia, está el **sentido de propósito y de futuro**. Dentro de él se engloban varias cualidades identificadas como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia

la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia. Es uno de los factores con mejor predicción positiva en cuanto a la resiliencia.

A pesar de los distintos modelos que enumeran las características de la resiliencia, las cuatro mencionadas son las que más frecuentemente se engloban con éxito vital y son aquellos factores a seguir de cara a constituir el perfil del niño resiliente²⁹.

2.2. CARACTERIZACIÓN DEL NIÑO RESILIENTE. PROMOCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS RESILIENTES

Basándonos en la afirmación de Grotberg (1995), “todos podemos volvernos resilientes”, y con el objetivo de promover esa capacidad en cada persona tanto a nivel individual como familiar y social, este autor, formuló un modelo donde es posible caracterizar a un niño resiliente a través de la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo: **“Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, “Yo puedo”**.

En todas estas verbalizaciones aparecen los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social. En la tabla 1 se puede observar estos factores desengranados.

Tabla 1. Modelo de Grotberg sobre la caracterización del niño resiliente

YO TENGO	YO SOY	YO ESTOY	YO PUEDO
- Personas en quien confío, quienes me quieren incondicionalmente. - Personas que ponen límites a mi comportamiento. - Personas que hacen de modelo de conducta y de los que puedo aprender la manera correcta de proceder. - Personas que promuevan mi independencia y autonomía para que aprenda a desenvolverse solo. - Personas que me ayudan ante los peligros o la enfermedad.	- Una persona por la que sienten aprecio. - Empático, demuestro afecto y hago buenas acciones por los demás. - Respetuoso, ante los demás y mí mismo. - Capaz de conseguir lo que me propongo y de aprender de quien me enseña. - Confiado y optimista. - Comunicativo y social.	- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. - Seguro de mis posibilidades. - Triste y lo puedo reconocer con seguridad de encontrar apoyo. - Rodeado de personas que me aprecian.	- Hablar de lo que me asusta e inquieta. - Resolver conflictos o buscar la manera de hacerlo. - Controlarme ante las situaciones que me pueden generar un peligro. - Buscar el momento apropiado para la comunicación y para actuar. - Pedir ayuda cuando lo necesito - Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás. - Demostrar mis sentimientos, impulsos y lo que siento.

Fuente: Grotberg EH. 1995

Estos factores pueden promoverse por separado, pero habitualmente se ponen en marcha de forma combinada ante las situaciones estresantes. Algunas personas ya poseen algunos factores, sólo que no poseen los suficientes²⁹.

2.2.1. Promoción de la resiliencia de los 7 a los 11 años

Durante esta etapa, las actividades de los niños están basadas en el aprendizaje de experiencias de su entorno, desarrollando actividades tanto individuales, como colectivas, en las que destaca un deseo de aceptación por los iguales y de tener relaciones de amistad íntimas. Gradualmente estos pares irán cobrando mayor importancia y ante la falta de éxito estos pueden sentirse inferiores e inseguros. De modo que, la sobrevaloración de los fracasos, influye negativamente sobre su autoestima y capacidad de motivación en

la superación y avance personal. El manejo de estas situaciones incorpora el análisis funcional del problema para ayudar al niño a afrontar de forma efectiva las posibles soluciones.

La pubertad, al final de esta etapa y los cambios que conlleva, puede hacer que aparezcan conflictos y modificación de la relación del niño con el entorno familiar. Se producen además, dificultades para el respeto de los límites, **aparición de nuevos riesgos** y enfoque social en los amigos íntimos, siendo estos figura de referencia para el pensamiento y modificación del sistema de valores. Todas estas conductas en conflicto necesitarán de unos años, cerca de la mayoría de edad, para poder definir la propia identidad. A menudo, los adultos y personas en interacción con el niño, pueden ignorar sus necesidades, en relación a lo desconcertante que pueden resultar. También es llamativa la **crisis en torno a la confianza**, perdiendo su dicotomía entre “confianza-desconfianza” para tornarse más compleja. Esta situación puede generar una crisis en torno a las decisiones respecto a los riesgos. Es útil para su manejo, que el niño conozca los cambios que ocurren en su cuerpo, tanto físicos como psíquicos y sociales.

La **independencia** se va ver incrementada, de forma paulatina, y dependiente de cómo se aprendiese desde la infancia. Una de las necesidades fundamentales en torno a esta es el desarrollo del sentido de responsabilidad. Un correcto acompañamiento en esta etapa, alejado de la dependencia, es el mejor camino en su desarrollo positivo. En este sistema los iguales jugarán un papel fundamental, siendo el anclaje social de referencia para el aprendizaje.

Algunos de los consejos para las personas en interacción con los niños en esta etapa son los siguientes: promover afecto verbal y físicamente de forma apropiada, establecer límites claros y consecuentes de comportamientos, con valores y normas aceptables a su nivel de autonomía, elogiar logros, ofrecer oportunidades de resolver conflictos y enfrentarse a las adversidades, ayudar al desarrollo de la flexibilidad, hacerle responsable de sus comportamientos, dando confianza a la vez, enseñar a negociar y comunicarse en base a sus expectativas^{29,43}.

2.2.2. Promoción de la resiliencia de los 12 a los 16 años

En esta etapa, enmarcada por la adolescencia, se continúan los cambios púberes. Ambos aspectos generan un conflicto en el desarrollo sexual pero una organización todavía infantil. El joven es consciente de la pérdida de la infancia, de la figura paternal como lo era hasta ahora y de los cambios corporales rápidos, que le suceden.

La relación con los adultos, sobre todo con los padres, sufre un cambio desde la rebeldía y dificultades en las normas y opiniones, hasta que al final de esta etapa alcanzan una interacción casi de adulto. Además, su deseo de diferenciación de los padres lo lleva a buscar una identidad propia y de afirmación de sí mismo. Los conflictos familiares están mediados por cuestión a la norma paterna, destaca con mayor potencia el hecho del rechazo de las opiniones de los padres sobre sus amistades, donde el grupo de iguales cobra una relevancia superior, siendo sobre todo el amigo “idealizado” el principal confidente y apoyo.

En general, los afectos y conflictos se amplían y en relación al medio familiar, con quien pueden aparecer diferencias, el joven puede sentirse culpable, ante lo que los padres deben responder con afecto incondicional, con comprensión y ayuda al conflicto. Las dificultades con los padres pueden ser trasladadas a otros adultos, como los profesores, provocando las mismas situaciones de conflicto. A la vez, se producen, o pueden producirse, los primeros acercamientos amorosos y enamoramientos, hecho que conlleva el tener un lazo afectivo fuera del círculo familiar.

La confianza continúa tambaleándose en la búsqueda de identidad y en relación a los cambios que se producen en esta etapa, ya sean físicos, emocionales, sociales o escolares. A medida que avanzan en el tiempo, y en paralelo a la resolución de su vida escolar u ocupacional, recuperan la confianza perdida.

El joven va a realizar progresos importantes en su autonomía, aun no valiéndose por sí mismo, es capaz de organizar y hacer planes de futuro más funcionales. Especial

cuidado hay que poner en aquellas situaciones en las que, por diversas circunstancias, el joven tenga que tomar decisiones que correspondan a adultos, ya que estas no fomentan su autonomía e incluso pueden producir lo contrario. En la mayoría de las ocasiones va a necesitar de un adulto que acompañe y que comprenda que sus ideales no siempre tienen por qué ser seguidos y respetados por el adolescente. La actitud de colaboración y respeto será fundamental.

Algunos de los consejos para las personas en interacción con los niños en esta etapa son: estimular la capacidad de escuchar, reflexionar y expresión adecuada, fortalecer el autocontrol y manejo de las emociones, reforzar la capacidad de definir el problema y buscar las mejores soluciones, preparar para afrontar dificultades, fomentar la presencia de un adulto significativo, aclarar roles y enseñar a conocer refuerzos y logros^{29,43}.

2.3. FACTORES PROTECTORES DE RESILIENCIA

En los diversos estudios llevados a cabo sobre niños y adolescentes que habían sufrido hechos traumáticos o habían crecido entre diversos riesgos, se contrastó que parte del grupo expuesto a dichos riesgos no desarrollaba problemas. Esta fue una cuestión fundamental que tuvieron en cuenta los investigadores que estudiaron la resiliencia.

En la evolución de esta línea de investigación se intentó identificar los factores que actuaban como amortiguadores de las experiencias traumáticas. Pues bien, el análisis crítico de los datos obtenidos en la investigación puso en contraste que aquellos niños con desarrollo resiliente tenían como responsables de sus fortalezas ciertos factores protectores como la familia, los amigos, el barrio y la escuela. Estudios posteriores reafirmaron dichos factores, que quedaron definidos como **personales, familiares, escolares y sociales**⁴⁴.

Distintos factores psicosociales que han sido identificados y relacionados con las dimensiones de resiliencia son: al apoyo social percibido⁴⁵, orientación hacia logros y metas, estrategias para la solución de problemas⁴⁶, afecto positivo y optimismo⁴⁷. Todos ellos promueven y protegen la resiliencia.

Otros autores identifican y relacionan factores protectores implicados en el desarrollo de la resiliencia, de tipo individual y ambiental. A nivel individual se podrían considerar los siguientes: autoeficacia, autonomía, independencia, empatía, propósito de vida, habilidades para la solución de problemas y estrategias de afrontamiento. Como factores ambientales se consideraron: comunidad, familia y escuela. De forma específica, a nivel familiar: las relaciones intrafamiliares, confianza, cercanía, apoyo social, estilos de comunicación competentes, padres competentes y crianza eficaz. A nivel escolar una enseñanza eficaz, fomento pro-social, apoyo social, experiencia educativa, red de amistades y buenos modelos de conducta. Y a nivel social buenas herramientas y estilos comunicativos y sistemas de soporte externos⁴⁸⁻⁵⁰.

3. INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIA

En la investigación sobre resiliencia cabe destacar dos generaciones.

- La **primera generación** de investigadores considera la resiliencia como aquello que se puede estudiar una vez la persona se ha adaptado, cuando ya tiene una capacidad resiliente. En otras palabras, sólo se puede etiquetar una persona de resiliente si ya ha habido adaptación; entonces, la investigación se centra en encontrar aquel conjunto de factores que han posibilitado la superación.
- En cambio, la **segunda generación** de investigadores considera la resiliencia como un proceso que puede ser promovido. Por tanto, las investigaciones se preocupan más en dilucidar cuáles son las dinámicas presentes en el proceso resiliente, de modo que, se centraron en la noción de proceso, que implica la

dinámica entre factores de riesgo y de resiliencia. Para ello dieron importancia tanto al estudio de los factores de riesgo, como modelos para promover la resiliencia.

Los primeros estudios en relación con resiliencia fueron realizados sobre muestras de población con esquizofrenia, personas expuestas a estrés o pobreza. También en aquellos individuos que habían sufrido situaciones traumáticas a temprana edad⁵¹. Como primeros estudios de referencia, Garmezy (1971)⁵², investigó sobre niños con riesgo psicopatológico, esquizofrenia, donde estudió la competencia, adversidad y resiliencia. Su interés por el pronóstico de pacientes que padecían trastornos mentales lo llevó a investigar a hijos de pacientes con esquizofrenia⁵³.

Por su parte, Emmy Werner y Ruth Smith, ambas psicólogas infantiles, emprendieron hace medio siglo estudios sobre la influencia de los factores de riesgo que se presentan cuando los procesos del modo de vida, de trabajo, de la vida cotidiana, de las relaciones sociales, culturales, políticas y ecológicas, se caracterizan por una profunda inequidad, discriminación social y desigualdad, en consecuencia: la pobreza, un sistema de vida lleno de factores estresores, sobrecargas físicas, psíquicas y/o emocionales y exposición a peligros. Siguieron durante treinta y dos años a más de 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai. Todos ellos pasaron penurias, pero una tercera parte sufrió además experiencias de estrés y/o fue criado por familias disfuncionales por peleas, divorcio con ausencia de padre, alcoholismo o enfermedades mentales. Muchos de ellos presentaron las patologías físicas, psicológicas y sociales que desde el punto de vista de los factores de riesgo se esperaban. Pero también se constató que muchos de ellos lograron un desarrollo sano y positivo: fueron definidos como resilientes. Estos se relacionaron con circunstancias como mayor inteligencia, rasgos de personalidad normalizados y otras externas a los propios sujetos^{54,55}.

Luthar (1993) también encontró resultados similares, observó que del mismo modo como ciertas personas no desarrollaban problemas en la adultez o si los desarrollaban no les afectarían a todas las esferas de la vida, manteniendo su funcionalidad⁵⁶.

Dentro de la Psiquiatría y la Psicología, los primeros esfuerzos en el estudio de la resiliencia estaban enfocados a comprender la etiología y el desarrollo de la psicopatología. También, se investigó con niños en riesgo de desarrollo de psicopatología y aquellos que habían sufrido eventos vitales adversos como abuso, abandono o guerra⁵⁷.

Hetherington y Stanley-Hagan (1999) encontraron que los hijos de padres divorciados tienen más frecuentemente problemas de salud mental, menor rendimiento académico y mayores niveles de consumo de drogas que los hijos de padres no divorciados. Hay pruebas de que adecuados programas preventivos para estos niños reducen estos problemas de salud mental a corto plazo, teniendo estos jóvenes menor consumo de tóxicos y reducción de problemas de salud mental, considerados elementos favorables para una buena salud o para la reducción de riesgos en esta⁵⁸.

Algunas vivencias personales como la de Boris Cyrulnik, quien logró escapar de un campo de concentración nazi, son también ejemplo y fuente de información sobre resiliencia. Otro ejemplo, y con experiencias similares, es el caso de Viktor Frankl, que sobrevivió durante tres años en campos de concentración, entre ellos Auschwitz. Fue un neurólogo y psiquiatra austriaco que tras pasar por esta traumática experiencia escribió “El hombre en busca de sentido” para darle un enfoque desde la psiquiatría a la vida del prisionero en estos lugares de encarcelación.

Otros rasgos que se han utilizado y estudiado en la investigación de resiliencia, son los de dureza, competencia, resistencia del ego y fuerza del ego. Estas variables se han estudiado en relación a los factores de riesgo y protección, en ocasiones siendo confundidas con la propia resiliencia¹⁸.

En las investigaciones recientes se han empleado dos enfoques principales distintos. El primero estaría **centrado en las variables**, con análisis estadísticos multivariantes en los que se pretendía encontrar o probar relaciones entre estas, entre riesgo y adversidad, competencia, o cualidades del individuo que pudiesen actuar como factores de protección o riesgo. El segundo enfoque, **centrado en el individuo**, estudia las relaciones entre grupos de personas, comparando estos con distintos ajustes y

exposiciones a riesgo, siendo el factor clave el por qué unos participantes son resilientes y otros no⁵⁹.

Estos mismos enfoques se utilizaron en el estudio de poblaciones adolescentes. La mayoría de estas investigaciones se centraban en la búsqueda de relación entre calidad de vida y resiliencia como factor protector de las consecuencias negativas, un ejemplo es el caso de enfermedades. La mayoría de resultados informaban de esta relación pero sobre todo con una influencia cualitativa más que cuantitativa^{60,61}.

4. RESILIENCIA Y ENFERMERÍA

A pesar de la falta de consenso en el concepto resiliencia en las distintas investigaciones realizadas y los intentos por definirla, se pueden extraer dos partes fundamentales para su existencia: la exposición a la amenaza significativa o adversidad severa y el logro de la adaptación positiva a pesar de agresiones graves contra el proceso de desarrollo.

En ambas circunstancias Enfermería puede jugar un papel fundamental. Para el profesional de Enfermería, el desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Más allá de los síntomas y las conductas, esa mirada intenta detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno, de los servicios y redes sociales con las que cuenta, logrando por un lado una correcta interpretación y evaluación de ésta, que permitirá desarrollar mecanismos de acción preventiva y cambios favorables en el estilo de vida. Promover la resiliencia es una llamada a relacionarse con un individuo en su totalidad, trabajar con un enfoque interdisciplinario. La resiliencia y la prevención de enfermedades y/o patologías individuales y sociales, demandan una aproximación dinámica que requiere de un enfoque integral y participativo⁶².

De este modo, el modelo de Enfermería y la resiliencia estarían directamente relacionados, ya que el primero consiste en mantener y recuperar el equilibrio en el usuario, ayudándole a conseguir un nivel óptimo de funcionamiento, es por esto que se relaciona con resiliencia, que es la capacidad que va adquiriendo la persona para poder enfrentar, satisfactoriamente, los distintos factores de riesgo y a la vez ser fortalecido como resultado de esa situación.

En definitiva, para el profesional, el desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Y así, fomentar el uso de los recursos personales y del entorno con el objetivo de un desarrollo adaptativo y saludable a nivel bio-psico-social⁶³.

5. PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA

Según Grotberg (2006) todos podemos volvernos resilientes. El desafío es encontrar la manera de promover esa capacidad de cada persona tanto a nivel individual como familiar y social⁴³.

Algunos de los primeros estudios sobre el tema enumeraron características resilientes que contribuían a identificar aquello que resultaba útil y efectivo a la hora de superar adversidades. Las características o factores que los diferenciaban eran muchos. De manera que se pueden agrupar en **apoyos externos** que promueven la resiliencia, la **fuerza interior** que se desarrolla a través del tiempo y que sostiene a aquellos que se encuentran frente a alguna adversidad, y por último, los **factores interpersonales**, es decir, esa capacidad de resolución de problemas que es aquello que se enfrenta con la adversidad real.

Promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad. Apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciben y se enfrentan al mundo. Nuestra primera tarea es reconocer aquellos

espacios, cualidades y fortalezas que han permitido a las personas enfrentar positivamente experiencias estresantes. Estimular una actitud resiliente implica potenciar esos atributos con el desarrollo, la aplicación y la evaluación de programas de acción⁶⁴.

CAPÍTULO II. TRASTORNO MENTAL INFANTO ADOLESCENTE

1. GENERALIDADES

Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad de salud pública debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad y generan altos niveles de discapacidad. Son entidades de larga evolución con inicio generalmente en la infancia o adultez temprana¹. La niñez y la adolescencia se consideran un periodo de bajo riesgo de morbilidad y mortalidad, el hecho de padecer un trastorno mental en esta etapa de la vida supone un acontecimiento vital estresante y de adversidad².

Según la clasificación del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su quinta edición (DSM-V) los trastornos mentales con comienzo en la infancia se clasifican dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo. En esta categoría encontramos como diagnósticos principales los trastornos del desarrollo intelectual, de la comunicación, del espectro autista, por déficit de atención e hiperactividad, del aprendizaje y habilidades motoras. Además de los anteriores hay otros trastornos que recoge dicho manual, y en otras categorías, que también pueden aparecer en esta etapa de la vida. Algunos de ellos serían los trastornos psicóticos, de ansiedad, del estado de ánimo, obsesivo compulsivo, conductuales, del control de impulsos y relacionados con sucesos estresores o traumáticos.

Una característica en común de algunos de estos trastornos es la presencia de sintomatología principal, o comórbida, de ansiedad, desregulación emocional, baja tolerancia a la frustración o alteraciones de la conducta⁶⁵.

2. PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA CON DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL

2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia. Su prevalencia se sitúa entre el 3 y 7% variando según la edad⁶⁶. A nivel sintomatológico está compuesto por la triada de desatención, hiperactividad e impulsividad, en forma de patrón persistente, que es más frecuente y grave que lo observado de forma habitual en sujetos con un nivel de desarrollo similar⁶⁷. Los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los 7 años y causar deterioro clínicamente significativo. Este deterioro se muestra sobre todo a nivel social, académico o laboral⁶⁵. Es una de las causas más frecuentes que llevan a la población infantil a solicitar atención pediátrica o especializada a nivel de salud mental⁶⁸.

Tiene un origen fundamentalmente biológico. Actualmente se desconoce su causa, aunque se han estudiado diversos factores etiológicos, genéticos y ambientales, que contribuyen a su aparición. Asimismo, se han descrito alteraciones cerebrales responsables de los principales síntomas de TDAH.

Este trastorno es una alteración de las funciones ejecutivas, aquellas que engloban las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada³.

El diagnóstico y tratamiento del TDAH en la población infanto juvenil constituye uno de los temas más debatidos actualmente en medicina. Alguna de las razones de esta polémica se producen en relación al grupo de edad en que aparece, sumado a que el tratamiento psicofarmacológico se ha considerado, tradicionalmente, tabú en la población

infantil por miedo a las lesiones a largo plazo que pueda producir o las interferencias que produzca en el desarrollo⁶⁹.

El diagnóstico es eminentemente clínico y se basa en una historia clínica detallada. Los componentes principales en la evaluación diagnóstica serían la entrevista clínica, la evaluación del coeficiente intelectual, test diagnósticos, valorar criterios diagnósticos según manual, exploración física, evaluación psicopedagógica y pruebas para descartar otra enfermedad en caso de sospecha³. El tratamiento más adecuado según las investigaciones es el combinado de tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual⁷⁰.

La comorbilidad psiquiátrica es una característica frecuente en el TDAH. En torno al 70% de los pacientes presentan un trastorno psiquiátrico asociado y aproximadamente un 40 % sufren dos³. Distintas investigaciones han puesto en evidencia que aproximadamente el 25% de los niños con TDAH presentan un trastorno de ansiedad. Los más prevalentes son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia y la ansiedad generalizada⁷¹.

También se ha podido observar desregulación emocional dentro del patrón sintomatológico, esta es más prevalente en niños con TDAH que en la población en general, así como trastornos de conducta, aunque en este caso no se ha podido definir claramente su relación, no estando de acuerdo los investigadores debido a problemas en la metodología, selección de la muestra o de los trastornos estudiados⁷¹. La baja tolerancia a la frustración, frecuente en este tipo de trastorno, es generadora por sus consecuencias y curso, de labilidad emocional o desregulación. Incluso pueden tender a reaccionar con irritabilidad y agresividad.

2.1.1 Criterios diagnósticos DSM-V para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. *Inatención:* Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. *Hiperactividad e impulsividad*: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales. Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juega con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)⁶⁵.

2.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son una de las patologías más frecuentes en la infancia y la adolescencia, con tasas de prevalencia en torno al 10-20% de la población⁷². Las características clínicas y la falta de definición de los trastornos psiquiátricos en la infancia ha hecho que durante años no fueran diagnosticados correctamente⁷³.

Distintas investigaciones han puesto de manifiesto que las emociones se desencadenan por factores internos y externos. De ahí que la angustia y el miedo no surgen solo de una circunstancia ambiental amenazante, sino que son también vivencias internas capaces de activar mecanismos neurovegetativos de ansiedad. Los mecanismos de ansiedad abarcan factores genéticos, temperamentales, neuroendocrinos, inmunológicos y circunstancias ambientales en las que transcurre la vida del niño. De modo que, el niño aprende a enfrentarse a la vida respondiendo con **ansiedad**.

Según el de DSM-V dentro de esta categoría se encuentran los siguientes diagnósticos: trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad social, trastorno por angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y aquellos que se producen por el consumo de alguna sustancia⁶⁵.

Las manifestaciones de ansiedad varían en función del desarrollo y edad del niño, y pueden llegar a afectar a todos los órganos y sistemas. Estos trastornos limitan la

adaptación personal, familiar y social. Los principales síntomas de ansiedad en niños pequeños son: inquietud motriz, llanto inmotivado, pérdida de apetito, trastorno del sueño, negativa a separarse de los padres, dolores abdominales, cefaleas, terrores irreprimibles y dudas. En la adolescencia se presenta como: angustia, temores, dolor torácico, obsesiones, rituales, inhibición motriz, dificultades de concentración, sentimientos de despersonalización y de desrealización³.

A continuación se exponen las características clínicas de los principales trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia de interés en este estudio.

- El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por una preocupación exagerada ante la vida en general. El sujeto sufre múltiples miedos que carecen de base real y que afectan a los más variados aspectos y circunstancias de la vida. Afecta aproximadamente el 4% de los niños y adolescentes. En este, la actitud ansiosa persiste sobre el presente como sobre hechos pasados, en definitiva, sufre un afrontamiento ansioso de la realidad. Dura al menos 6 meses y además de los síntomas de ansiedad se suele acompañar de síntomas somáticos como vértigos, dolores abdominales, lipotimias, temblores y opresión torácica³.

2.2.1 Criterios diagnósticos DSM-V para el trastorno generalizado de ansiedad

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).*
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.*
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses). En los niños, solamente se requiere un ítem.*

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante⁶⁵).

- La **fobia social** se suele presentar a través del miedo a hablar, a leer, a comer, a escribir en público; miedo a jugar, a usar servicios públicos, a hablar a figuras de autoridad y a relacionarse en situaciones formales. Siente, en general, pánico a las situaciones que implican el contacto social con otras personas. Las reacciones

emocionales desadaptativas suelen ser severas e incluyen dolor de cabeza y de estómago, ataques de pánico ocasionales, llantos, respuestas de escape y evitación, etc. El mayor número de casos se sitúa entre los 14 y los 16 años según los estudios epidemiológicos realizados⁷⁴ aunque hay investigaciones que describen los criterios diagnósticos ya desde los 8 años (Beidel y Turner, 1998). Es más frecuente en chicos y frecuentemente se acompaña de síntomas depresivos, menor rendimiento escolar e incluso intentos de suicidio⁷⁵.

2.2.2 Criterios diagnósticos DSM-V para la Fobia Social

- A. *Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla). En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.*
- B. *El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).*
- C. *Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.*
- D. *Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.*
- E. *El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.*
- F. *El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses⁶⁵.*

2.3 TRASTORNOS DESTRUCTIVOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

2.3.1. Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno de Conducta (TC)

El **Trastorno Negativista Desafiante** se define por un patrón de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil, de forma recurrente y dirigido a las figuras de autoridad. Es un trastorno de la infancia que suele aparecer en edades tempranas, entre los 4 y 8 años, y puede evolucionar hasta la adolescencia en forma de sintomatología principal o comórbida a otro trastorno, siendo más frecuente en niños. Está presente en años preescolares donde puede ser considerado normal, pero su persistencia a una edad superior, con mayor magnitud e inflexibilidad, se considera una desviación de la normalidad⁷⁶.

El **Trastorno de Conducta** es un trastorno más grave que el negativista desafiante. Se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de conducta que comporta una violación de los derechos básicos del resto de personas, de las normas sociales o de las leyes. En definitiva, implica conductas disfuncionales a nivel social, académico o laboral. Aparece a edades más cercanas a la adolescencia, entre los 10 y 12 años⁷⁷.

En relación a la epidemiología de ambas entidades, dependerá de los métodos diagnósticos utilizados, siendo más útil aquellos en los que se incorpora información de los niños, progenitores y profesores. Según un estudio que analizó la prevalencia, se encontró un 9,1% en mujeres y 13,4% en varones para el TND. Para el TC, un 3,8% en mujeres y 14,1% en varones. Para ello se analizó el periodo entre los 6 y 16 años de edad⁷⁸.

Ambos conllevan comportamientos perturbadores que evolucionan a medida que el niño se desarrolla, y frecuentemente, destacando en el trastorno negativista desafiante, se extinguen. De modo que los niños que padecen dicho trastorno llegados a la

adolescencia tienen una adaptación y funcionalidad adecuada. Sin embargo, en el trastorno de conducta, los síntomas son bastantes estables aunque no lo parezcan. Estos se hacen más variados y difíciles de reconocer cuando el niño crece. Un tanto por ciento de estos puede evolucionar de forma negativa persistiendo síntomas en la adolescencia tardía, o más allá, en la adultez, pero ya como rasgos de personalidad definidos y de características disfuncionales.

Los niños diagnosticados de TND pueden evolucionar a TC llegada la adolescencia. Otros simplemente desarrollan los síntomas durante un periodo corto de tiempo sin tener la necesidad de desembocar en un TC.

Tanto el negativismo como las alteraciones conductuales pueden darse en diversos medios: a nivel escolar, del hogar o en ciertas relaciones sociales. Uno de los conceptos de importancia dentro de estos trastornos es la **agresividad**, que suele ser con frecuencia la razón por la que padres y educadores suelen solicitar atención especializada. A pesar de ser una conducta propia de estos, puede estar presente en otros trastornos infanto-adolescentes, de modo que un diagnóstico diferencial es fundamental para especificar qué tipo de agresividad se observa en el niño. Esta implica un comportamiento punitivo o destructivo, de forma inadaptada, es decir, ocurre fuera de contexto y es desproporcionada en intensidad y duración.

Se pueden hacer dos distinciones generales de agresividad: impulsiva o instrumental. La primera es hostil, afectiva o reactiva (hacer daño a alguien). La segunda es de forma deliberada (obtener beneficio). Mientras que el primer tipo está más enfocado al TND y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el segundo se asocia al TC y en adolescentes³.

Aunque cada vez están más presentes, este tipo de trastornos no son considerados en la epidemiología de los trastornos mentales de la adultez. Algunos estudios han asociado cuál podría ser el pronóstico de estos si se relacionasen con futuros trastornos mentales. Los niños con TC pueden evolucionar en la vida adulta hacia el Trastorno Disocial de la Personalidad⁷⁹.

En cuanto a la comorbilidad de ambos, se sabe que el TC tiene una alta prevalencia, aunque también está presente en el TND, combinados con trastornos como el de déficit de atención e hiperactividad, la depresión o el abuso de sustancias. Algunos de los programas que se han utilizado y demostrado útiles en el tratamiento de ambas entidades son: programas de entrenamiento a padres, maestros y profesores, terapias cognitivo-conductuales, tratamiento multimodales y terapia funcional familiar³. A pesar de los ensayos clínicos realizados no se ha encontrado fármaco alguno efectivo en el tratamiento del TC. De forma parecida, no se han encontrado fármacos eficaces en el TND a no ser que presente comorbilidad. Se piensa que la temprana aplicación del tratamiento es más efectiva que una tardía⁸⁰.

2.3.2 Criterios Diagnósticos DSM-V para el Trastorno Negativista Desafiante

A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido. Discusiones/actitud desafiante
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.

7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa

(Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).
- Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

- Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos⁶⁵.

2.3.3 Criterios Diagnósticos DSM-V para el Trastorno de Conducta

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses: Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (atracó, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien. Destrucción de la propiedad
8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego). Engaño o robo
10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.

11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (“engaña” a otros).

12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación). Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta a la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial⁶⁵.

2.3.4 Criterios Diagnósticos DSM-V para el Trastorno Explosivo Intermitente

A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:

1. Agresión verbal (berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.

2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.

- B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.*
- C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (dinero, poder, intimidación).*
- D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.*
- E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).*
- F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.*

Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro del autismo, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente⁶⁵.

2.3.5 Otros trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o de otro tipo e importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría de otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ninguna entidad de esta categoría. Esto se hace registrando “otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado” seguido del motivo específico (“arrebatos recurrentes de comportamiento, de frecuencia insuficiente”)⁶⁵.

2.4. TRASTORNOS AFECTIVOS

El trastorno depresivo y la enfermedad bipolar suponen el grupo de trastornos del humor y afectivos más importantes. Además, aunque en una presencia mucho menor, podríamos considerar la distimia como uno de ellos. Este tipo de trastornos tienen un alto impacto negativo y riesgo vital. Son de naturaleza multifactorial.

La prevalencia **del Trastorno Depresivo Mayor** esta en torno al 8% de los adolescentes, siendo mayor que en la etapa infantil. El riesgo aumenta sobre todo durante la pubertad, previa a esta no hay grandes diferencias entre sexos pero, posteriormente, suele ser más frecuente en chicas, en quienes también, es más habitual el resto de la vida y con episodios más largos^{81,82}.

2.4.1 Trastorno Depresivo

Los síntomas de este trastorno pueden ser de 3 tipos: afectivos, físicos y cognitivos. Los síntomas más frecuentes en los adolescentes con problemas afectivo-emocionales son el humor depresivo, irritabilidad, anhedonia (incapacidad de experimentar placer durante las actividades), apatía (pérdida de interés) y fatigabilidad.

De forma específica, a nivel **afectivo** encontramos humor triste, deprimido, irritable, anhedonia, apatía, labilidad emocional, aplanamiento afectivo, disforia, aislamiento social y síntomas de ansiedad o angustia. Los síntomas **físicos** pueden ser retraso psicomotriz o inquietud, fatigabilidad, astenia, alteraciones en el apetito, activación del sistema nervioso autónomo y molestias físicas inespecíficas. Y finalmente, a nivel **cognitivo** se produce disminución de la capacidad de concentrarse, fallos de memoria, distorsiones cognitivas, rumiación, baja autoestima, indecisión, ideas de muerte o suicidas y en ciertos casos ideas delirantes³.

Los síntomas afectan de forma distinta a niños que adolescentes, siendo los de estos últimos más parecidos a los sufridos en la edad adulta, con características como tendencia a la cronicidad y recurrencia, humor fluctuante y abandono de actividades que antes motivaban o personales. Además, mientras el cuadro depresivo en los niños no tiene continuidad, en los adolescentes si lo hace. Los trastornos afectivos ocurridos antes de la edad puberal aumentan el riesgo de aparición de otros problemas de salud mental cuando sean adultos⁸³.

Las enfermedades que engloban los trastornos depresivos forman un continuo, desde lo subsindrómico hasta los síntomas más graves. Dentro de estos podemos encontrar el Trastorno Adaptativo, el Trastorno Distímico y la Depresión Mayor. El diagnóstico de estos trastornos es eminentemente clínico y se realiza mediante la historia clínica y exploración del estado mental. El tratamiento está basado en psicoterapia y tratamiento farmacológico, que pueden ser en paralelo, o en algunos trastornos afectivos leves la psicoterapia se ha demostrado efectiva en monoterapia³.

2.4.1. Criterios Diagnósticos DSM-V para el Trastorno Depresivo Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). (En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.*

Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Las respuestas a una pérdida significativa (duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica⁶⁵.*

2.5. OTROS TRASTORNOS MENTALES INFANTO ADOLESCENTES

Además de los trastornos mentales desarrollados en los apartados anteriores, los adolescentes pueden tener otros que no forman parte del contenido de este estudio. Alguno de estos son problemas del neurodesarrollo como el Trastorno de Espectro Autista, Trastornos del Aprendizaje y Trastornos Específicos del Desarrollo entre otros.

También trastornos psicóticos, por abuso de sustancias, de la alimentación, obsesivo-compulsivo, del vínculo, por tics o incluso por retraso mental.

Todos ellos, de igual modo significan un impacto significativo en la salud y desarrollo del niño y adolescente. De entre las características de estos cabe la posibilidad de desarrollo de problemas en la esfera emocional³.

3. PREVALENCIA DEL TRASTORNO MENTAL EN ADOLESCENTES

En la siguiente tabla se especifican los datos sobre prevalencia de trastornos mentales en la adolescencia incluidos en este proyecto.

Tabla 2. *Prevalencia de los trastornos mentales en adolescentes por áreas de población*

	España	EEUU	Población europea	Latinoamérica
TDAH	2-12%	8,8%	2,2%	4,5%
Trastornos depresivos	8%	8,4%	2,5%	3,5%
Trastornos de ansiedad	4%	1-9%	3,3%	11%
Trastorno negativista desafiante	9-13%	12%	5,8%	2,3%
Trastorno de conducta	3-14%	4,4%		2,9%

Fuente: Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al (2010); Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS (2010); Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC (2009); Soutullo Espertón (2010); Aláez Fernández, Martínez Arias, Rodríguez Sutil (2000)

Se contempla además, en la muestra de población española, que el TDAH es más frecuente en varones con una proporción de hasta 4:1; en los problemas de ansiedad, a pesar de no conocer con exactitud los datos, se cree que la fobia social es más frecuente en hombres y las fobia simple y agorafobia en el sexo femenino, mientras que para el trastorno por ansiedad generalizada se mantienen las cifras por igual; tanto el TND y TC son más frecuentes en varones; en los trastornos afectivos, antes de la pubertad no se encuentran diferencias entre sexo, a partir de esta se suele manifestar más en las chicas. Estas cifras varían según los métodos diagnósticos y factores del contexto como el funcionamiento del sistema sanitario. La tendencia es al aumento del diagnóstico de los trastornos relacionados con el desarrollo infantil, y con ello a una mejor delimitación de si el resto de problemas mentales son primarios o comórbidos de estos ^{3,84-87}.

4. REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA EN SALUD MENTAL

Investigaciones actuales profundizan en aspectos relacionados con el mundo emocional, la regulación de las emociones y la psicopatología en adolescentes.

Se ha demostrado que aquellos niños con sintomatología **internalizante**, en una mayor proporción, presentan problemas en la regulación emocional. Este tipo de sintomatología incorpora problemas de ansiedad, inhibición e incluso depresión, asociados con emociones como la tristeza. Del mismo modo ocurre con aquellos adolescentes con características sintomatológicas **externalizantes**, como agresividad y hostilidad, que se traducen a nivel emocional en rabia e ira. Los primeros deberían recurrir a estrategias encaminadas a la inhibición emocional, mientras que los segundos a la regulación emocional^{88,89}.

Además, la influencia de las emociones en los niños que padecen problemas psicológicos funciona de tal modo que emociones positivas como la alegría no ejercen la

misma influencia favorable en estos como en personas sanas, mientras que las negativas sí que la tienen. Todo ello en el contexto de un entendimiento limitado de estas⁹⁰.

En relación a las alteraciones conductuales, la persona con capacidad de regulación mediará mejor la alta negatividad emocional, mientras que los que no, pueden ser propensos a la aparición de estas alteraciones⁹¹. Por otro lado, encontramos adolescentes sin trastornos de salud mental asociados, con tendencia a la utilización de afrontamiento emocional adaptativo, funcional y efectivo.

Centrándonos en los cuadros clínicos en general, aquellos adolescentes con menor control de impulsos y con desregulación emocional manifiesta, presentaban auto y heteroagresiones, ya fuesen intentos suicidas, o autolesiones con el fin de aliviar los estados emocionales negativos⁹². En un sentido más inhibitorio se encontrarían los niños que han sufrido problemas en relación al vínculo. De forma parecida se encontró una dificultad para manejar emociones y con la presencia de preocupaciones frecuentes, falta de confianza y presencia de emociones consideradas negativas, en niños con trastornos de ansiedad. Este afecto negativo también es frecuente en adolescentes con trastornos alimentarios⁹³.

La **depresión**, al igual que indicaban los estudios anteriores, implica una falta de regulación emocional, en mayor grado de emociones negativas, presentando en definitiva un afrontamiento inefectivo. Otro estudio encontró que el problema principal que presentaban los adolescentes en relación a la depresión, es obviamente, la regulación de la tristeza⁹⁴.

En definitiva, se ha demostrado que las bajas capacidades en la regulación emocional se relacionan con la aparición de psicopatología, siendo los patrones más frecuentes los de inhibición emocional o bajo control sobre las emociones. De modo que, la regulación emocional se postula como un factor esencial para la salud mental⁹⁵.

CAPÍTULO III. INTELIGENCIA EMOCIONAL, EDUCACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES INTERPERSONALES

1. INTRODUCCIÓN

La dimensión emocional es un factor clave dentro de las relaciones interpersonales. Son numerosos los estudios e investigaciones realizados que, asumiendo dicha importancia, plantean la necesidad de promover programas destinados al conocimiento emocional, expresión emocional, autoconocimiento, autocontrol, regulación emocional, empatía, etc⁹⁶.

Desde el enfoque asistencial, sobre todo bajo la concepción holística del trabajo de Enfermería, se ha tratado de incluir estos aspectos tanto en los problemas somáticos como de salud mental. Ciertamente es, que a pesar de esta aportación, resulta necesario profundizar en el abordaje del mundo emocional.

Los problemas de salud mental, sobre todo los acontecidos en la infancia y adolescencia, un periodo de desarrollo neuromadurativo, influyen en el desarrollo de las capacidades emocionales. Esta condición hace que la población que padece estos problemas precise de programas de educación emocional y habilidades sociales.

2. EMOCIÓN, APROXIMACIÓN AL CONCEPTO Y FUNCIONES

Desde hace unas décadas ha surgido un auge en la investigación y el interés por el mundo emocional, uno de los pioneros en este sentido fue Bedford con la publicación del artículo “*Emotions*” (1957). Posteriormente le siguieron numerosos autores, muchos de ellos postulando posibles teorías sobre el campo emocional, lo que dio lugar a una cantidad de teorías que hacía difícil situarlas en un mismo marco teórico. Distintos estudios llevaron a la concepción de dos tipos distintos de respuesta. El primero basado en el “sentir”, centrándose en aspectos cualitativos del **sentir** las emociones corporalmente. La segunda corriente, se centra en los aspectos **cognitivos** de la respuesta emocional. Ambas han sido analizadas, teniendo periodos de más prosperidad como es el

caso de las teorías cognitivas, pero en la última década y en respuesta a un extremismo en el uso de estas, han aparecido autores que han retomado los aspectos cualitativos, es decir, los relacionados con el sentir. En la actualidad, se acepta una postura intermedia en la que ambas teorías no se consideran polos opuestos, sino complementarios, ya que cada una trata un aspecto distinto de la experiencia emocional. De este modo, el concepto de emoción debe tener en consideración ambos aspectos⁹⁷.

El término emoción ha suscitado diversas definiciones, todas con un marco común pero sin un consenso total al respecto. Es evidente que se acepta la naturaleza multidimensional de esta y algunos autores como Lange (1967) en consecuencia, indicaban los sistemas de respuesta emocional: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico adaptativo. Lo que sí es cierto es que la respuesta emocional es inherente al proceso psicológico, de modo que, siempre se acompaña de este en mayor o menor medida⁹⁸.

Para la Real Academia de la Lengua Española, emoción, es una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática. También como un interés, generalmente expectante, con que se participa en algo que está ocurriendo¹⁰.

Según Reeve (1994), las emociones tienen tres funciones principales: adaptativas, sociales y motivacionales. Para Goldie (2002), las emociones, son un fenómeno que sentimos corporalmente y que a su vez se asienta en bases cognitivas, es intencional y nos aporta información sobre el mundo⁹⁹.

Otros autores entendían las emociones como reacciones biológicamente basadas en respuesta a diferentes estímulos que preparan al individuo para actuar ante circunstancias relevantes para el organismo. Aun informando al individuo de los estímulos, no quiere decir que la respuesta este predefinida, se observó que la conducta puede ser modulada antes de ser expresada¹⁰⁰.

En cuanto a las dimensiones de las emociones, Wundt (1896) elaboró la Teoría Tridimensional, basada en tres categorías: agrado-desagrado, tensión-relajación y excitación-calma. Posteriormente se han hecho acercamientos en base a esta⁹⁷.

En definitiva, la función de las emociones consistiría en orientarnos en el mundo motivando nuestras acciones y fundando ellas mismas actos cognitivos. Ambos aspectos son un fenómeno emocional en consonancia.

3. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Hasta hace unas décadas se consideraba la inteligencia del niño como la capacidad de manejar lenguas, matemáticas, álgebra, geometría, etc., es decir, el niño inteligente basado en el estudio del coeficiente intelectual a través de test de inteligencia. Visiones más actuales apuntan que de por sí sola, este tipo de inteligencia, no es suficiente ni predictiva de éxito, ya que se ha observado que no necesariamente los niños más inteligentes son los que tienen una vida más productiva, ni son más felices. La felicidad, como emoción, cobra una especial relevancia en este sentido. Y es que nos preguntamos, ¿qué papel juegan las emociones en el desarrollo del niño? Este tipo de cuestiones y la influencia que tenían las emociones sobre el porvenir del niño llevó a los investigadores a plantearse otro tipo de inteligencia, la inteligencia emocional.

Para Mayer y Salovey, dos de los pioneros en su estudio, la inteligencia emocional es una habilidad para controlar los sentimientos y emociones de uno mismo y de los demás, discriminar entre ellos y utilizar esa información como guía para la acción y el pensamiento propio. Para ellos hay cuatro grandes componentes en este modelo:

- 1) **Percepción y expresión emocional** (reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar que sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal).
- 2) **Facilitación emocional** (capacidad para generar sentimientos de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales).

- 3) **Comprensión emocional** (integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales).
- 4) **Regulación emocional** (dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz).

Estas habilidades se encuentran directamente enlazadas, de modo que, para poder regular las emociones es preciso una buena comprensión emocional, percepción emocional y viceversa. Es importante resaltar que estas son “habilidades” y no rasgos de personalidad y características del temperamento. Si es verdad, que hay una conexión entre las capacidades de inteligencia emocional y los rasgos de personalidad⁹⁶⁻¹⁰¹.

Otros autores de importancia cómo Mestre y Berrocal, definieron inteligencia emocional en base a 4 habilidades: a) percibir y expresar emociones con precisión; b) utilizar las emociones para facilitar la actividad cognitiva; c) comprender las emociones, y d) regular las emociones para el crecimiento personal y emocional¹⁰².

Para Goleman (1999), uno de los autores de mayor importancia en el campo de la inteligencia emocional, esta consiste en:

- 1) **Conocer las propias emociones:** conocerse a sí mismo. Tener conciencia de las propias emociones, reconocer el sentimiento cuando ocurre. Ser incapaces en este sentido dejaría a la persona a merced de las emociones incontroladas.
- 2) **Manejar las emociones:** la habilidad para manejar los propios sentimientos de modo que se expresen de forma adecuada. Habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad es fundamental en las relaciones interpersonales.
- 3) **Motivarse a sí mismo:** la emoción impulsa la acción, por esa razón se relacionan con la motivación. Encaminar las emociones y la motivación en consecuencia hacia el logro de objetivos, es esencial para prestar atención, automotivarse, manejarse e implementar actividades creativas. Este autocontrol emocional conlleva demorar gratificaciones y dominar la

impulsividad. Las personas con estas habilidades son más productivas y efectivas en las actividades que emprenden.

- 4) Reconocer las emociones de los demás, empatía:** es la base del altruismo. Las personas empáticas conectan mejor a nivel emocional e interpersonal, permitiéndoles interpretar las señales sutiles en relación a las necesidades de los demás. Habilidad apropiada para los profesionales con funciones de ayuda, como los de Enfermería.
- 5) Relaciones interpersonales, establecer relaciones y habilidades sociales:** la capacidad de desarrollar buenas relaciones se encuentra estrechamente relacionado con la capacidad de manejar la emociones. Las personas que dominan capacidades de liderazgo, popularidad o eficiencia personal, dominan las habilidades sociales^{103,104}.

3.1. BENEFICIOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Según diversos autores, y como resume Berrocal (2007), hay diversas áreas en la que la carencia de inteligencia emocional puede provocar o facilitar la aparición de problemas en el adolescente. Estas áreas son: relaciones interpersonales, bienestar psicológico, rendimiento académico y aparición de conductas disruptivas¹⁰⁵.

Una correcta inteligencia emocional nos permite manejarnos psicológicamente de forma más efectiva a la hora de relacionarnos. Poder manejar los estados emocionales propios y de los demás, le permite al adolescente, comprender y manejar sus emociones y ser capaz de extrapolar esto a las emociones de los demás. En definitiva, va a jugar un papel fundamental en el establecimiento, mantenimiento y calidad de las relaciones personales. Datos empíricos apoyan esta relación con la mejora en las relaciones interpersonales.

Aquellos adolescentes con buenas capacidades en inteligencia emocional muestran menos síntomas físicos, ansiedad y depresión, poseen mayores estrategias de

afrontamiento activo para solucionar problemas y mejor manejo de sus pensamientos. Suelen percibir las actividades más estresantes como menos amenazantes y sus niveles de cortisol y presión sanguínea son más bajos¹⁰⁶.

En un estudio realizado en España, se arrojan datos en los que tras investigar en adolescentes la presencia o no de sintomatología depresiva, aquellos que presentaban niveles de afectividad normalizados tenían mayor claridad emocional y mejor capacidad de regular sus emociones¹⁰⁷.

Del mismo modo ocurre con el rendimiento académico, la presencia de conductas adaptativas y de manejo emocional, hará que el estudiante muestre menos síntomas afectivos y ansiosos lo que influirá en su mejor capacidad de afrontar dificultades. De modo que, la inteligencia emocional podría actuar como un moderador de los efectos de las habilidades cognitivas sobre el rendimiento académico¹⁰⁸.

Otro factor clave es la aparición de conductas disruptivas derivadas de un déficit emocional, siendo lógico pensar que los niños con bajos niveles de inteligencia emocional presenten mayores niveles de impulsividad y peores capacidades interpersonales e incluso el desarrollo de comportamientos antisociales. Destacable es, que los adolescentes con capacidades de mejor ajuste psicológico y emocional tienen tales competencias afectivas que para su regulación o reparación de estados de ánimo negativo, no necesitan recurrir a otros tipo de reguladores (abuso sustancias)¹⁰⁹.

En definitiva, la inteligencia emocional supone un beneficio para el desarrollo de la adolescencia, etapa en la vida destacable por ser clave en la fijación de la personalidad^{110,111}.

3.2. INTERVENCIONES EN INTELIGENCIA EMOCIONAL

Educar la inteligencia emocional, ha demostrado ser una tarea necesaria en el desarrollo de los niños y adolescentes. Son numerosas las formas de llevarlo a cabo, siendo clave educar para obtener capacidades para percibir, comprender y regular las emociones, como ya se ha nombrado en el modelo de Mayer y Salovey ⁹⁶. Dentro de estos programas será prioritario la práctica de habilidades para perfeccionarlas más que utilizar las instrucciones verbales. De modo que, las intervenciones de educación emocional y de habilidades interpersonales se muestran efectivas con el fin del desarrollo de las capacidades emocionales¹¹².

4. CONCEPTOS Y DETERMINANTES EN EL DESARROLLO EMOCIONAL

En las últimas décadas ha surgido y adquirido importancia un concepto que ha generado un elevado interés en la práctica profesional, **la inteligencia emocional**. Este fue introducido por Salovey y Mayer (1990), ambos psicólogos con interés científico en el mundo emocional¹¹³. Otros autores como Goleman, uno de los primeros autores en conceptualizar dicho concepto, explica su desarrollo determinado por 5 elementos: **conciencia emocional, autocontrol, motivación, empatía y habilidad social**, de forma bastante coincidente con los anteriores. Las 3 primeras dimensiones son dependientes de la persona, las otras 2 dimensiones hacen referencia a la relación con otras personas. Finalmente la definió como “una meta-habilidad que determina el grado de destreza que podemos conseguir en el dominio de nuestras otras facultades” ¹¹⁵.

La educación emocional surge como una alternativa educativa para el desarrollo de las habilidades emocionales, o inteligencia emocional. Problemas como la ansiedad, depresión, trastornos de conducta o comportamientos indisciplinados, hacen que prevalezca la necesidad en la sociedad actual, de su desarrollo y promoción¹¹⁶. Los

efectos negativos de la “analfabetismo emocional” han demostrado en investigaciones recientes, ser un factor negativo dentro del desarrollo en la infancia y adolescencia¹¹⁵.

Entendemos por educación emocional “el proceso educativo, continuo y permanente, que pretende desarrollar el conocimiento sobre las propias emociones y las de los demás, con objeto de capacitar al individuo para que adopte comportamientos que tengan presente los principios de prevención y desarrollo humano”¹¹⁷.

Pero para poder profundizar en el tema de la educación emocional se hace imprescindible definir emoción. En un consenso bastante generalizado, se considera emoción a “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno”. El proceso emocional está constituido por¹¹⁸.

- 1) Un evento desencadenante.
- 2) La valoración de dicho desencadenante. Muy importante en esta etapa la interpretación que se le dé a la situación.
- 3) Aparición de los componentes emocionales (neurofisiológico, conductual y cognitivo).
- 4) Acción, respuesta conductual.

4.1. REGULACIÓN EMOCIONAL

La regulación emocional, gestión de las emociones o manejo emocional, como hemos visto, forma parte del proceso del desarrollo emocional. Intervenciones en este sentido deberán ser incluidas en programas de educación emocional dando la oportunidad de elaborar alternativas a la respuesta, de modo que se pueda adecuar al contexto, consiguiendo respuestas de interacción social efectivas y funcionales¹¹⁴.

Al igual que ocurre con la conceptualización de emoción, es difícil llegar a un consenso sobre la definición de regulación emocional¹¹⁷. Una aproximación sería la que conceptualiza regulación emocional como la activación y utilización de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos individuales¹¹⁸.

Para Cole¹¹⁹ sería la habilidad para responder a las demandas del medio con un rango de emociones de una manera socialmente aceptable y lo suficientemente flexible para permitir reacciones espontáneas, así como la habilidad, para demorar estas reacciones espontáneas cuando sea necesario.

Otro autor, como Thompson (1994), ha puesto el foco de atención en un rango más amplio de procesos al definir la regulación emocional como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”. De modo que, para regular nuestras emociones ejercemos un control sobre ellas en relación a las demandas del contexto y las exigencias que de este provienen. Es este proceso se verían involucrados el autocontrol y el entorno social¹²⁰.

Otros autores tomaban en cuenta el contexto social, dándole importancia a las normas culturales. Consistía en la capacidad de modular la respuesta afectiva con respeto a dichas normas, con lo que el manejo emocional se dirige a la consecución de un mejor funcionamiento del individuo según cada situación dada. En conclusión, una visión adaptativa. Similar es la propuesta de Grolnick (1999) quien considera que las partes de la respuesta emocional (inicio, mantenimiento, modulación y cese) son aspectos de la regulación emocional.

Por último, una de las definiciones más reciente es la de Gross (2011), para quien la regulación emocional requiere la consecución de una meta que aumente o reduzca la magnitud o las consecuencias de la respuesta emocional¹²¹. Además, se refiere a la posibilidad de que la regulación sea intrínseca, por la misma persona, o extrínseca, por

otra persona, lo que daría pie a la regulación emocional social¹²². Esta última perspectiva cobra especial importancia en el estudio de la regulación emocional de los niños en edades tempranas. Se estima que la ayuda extrínseca puede ayudar y modular la respuesta a la vez que se aprende como aplicarla, y de este modo, generalizarla.

4.2. MODELOS Y SISTEMAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Se han elaborado diversas clasificaciones basándose en diversos modelos teóricos sobre los sistemas de regulación emocional. Tras una amplia revisión de la literatura al respecto, Skinner, Atman, Sherwood y Edge (2003) establecieron una serie de estrategias de afrontamiento congruentes para el desarrollo de la regulación emocional. Dentro de estas estrategias propuestas podemos encontrar **positivas** como la resolución de problemas, el apoyo social, la búsqueda de información, acomodación, reestructuración cognitiva, distracción, aceptación y minimización del problema, y otras **influyentes negativamente**, en este caso serían la rumiación negativa, búsqueda propia de errores o faltas, escape o evitación cognitiva, oposición y confrontación¹²³.

Otro modelo, más antiguo, relacionado y enfocado a la regulación afectiva es el propuesto por Morris y Reilly (1987) en el que utilizaron las siguientes categorías: afrontamiento dirigido a la acción, cambios afirmativos, modificación del significado del problema y manejo del estado de ánimo¹²⁴.

Parkinson y Totterdell (1999) hicieron una distinción entre estrategias conductuales, que implican algún tipo de acción, y estrategias cognitivas que implican acciones de tipo mental¹²⁵. En relación a este modelo, Augustine y Hemenover (2008), identificaron doce categorías de regulación del afecto. Siete cognitivo-afectivas y cinco de tipo conductual. Dichas categorías son: re-evaluación positiva, rumiación y evaluación negativa, búsqueda de apoyo social, distracción activa, distracción cognitiva, relajación, actuar de forma feliz, escribir experiencias y descargar (catarsis). Las categorías conductuales resultaron ser más eficaces que las cognitivas¹²⁶.

A su vez, Larsen y Prizmic (2004), describen hasta 20 formas de regulación pero orientadas a la búsqueda de una regulación positiva. Se refieren a: acciones dirigidas hacia el problema, búsqueda de apoyo, ayudar a otros y la ayuda altruista, retirarse, re-evaluación positiva, distracción de los negativo, comparación social hacia abajo, regulación fisiológica, gratitud, auto-reconfortarse, uso del humor, ventilación positiva y supresión¹²⁷.

Todos los modelos nombrados y sus propuestas de regulación emocional podrían agruparse dentro de las estrategias secuenciales descritas dentro del modelo de regulación de Gross (2007). Según este autor, las estrategias podrían ser realizadas antes del episodio emocional y se focalizan en la selección de situaciones; al iniciarse el episodio, modificando la situación y llevando a cabo un cambio cognitivo y otras cuando la emoción se ha vivenciado, modulando las respuestas. También plantea, que estas varían según se actúe sobre la experiencia emocional de activación fisiológica o la forma en que se expresa la emoción. Este último modelo puede ser el más influyente de ellos¹²⁸.

5. DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LAS CAPACIDADES AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL

Durante los primeros años de vida, unido al desarrollo emocional encontramos otro aspecto fundamental, el **temperamento**, que viene marcado de nacimiento y se pone en evidencia desde el inicio de la vida. Las respuestas adaptativas estarán mediadas por la sensibilidad y fortaleza de este. En los primeros años la función de regular las emociones se encuentra mediada por la influencia y participación de los adultos, y la relación de apego establecida con estos. De modo que, la familia cobra especial importancia como contexto en el que los niños desarrollan herramientas sociales, emocionales y personales. La sensibilidad del cuidador y su capacidad para proporcionar ambientes y estrategias adecuadas son una fuente de influencia muy importante en el desarrollo de las habilidades del niño. Además, la presencia activa de la madre favorece el uso de estrategias de autorregulación emocional más sofisticadas.

En los primeros meses de vida, mediado por la preferencia del niño por las caras y estímulos sociales, existe la capacidad de imitación facial. Esto provocará un ajuste mutuo de las expresiones emocionales. De modo que, los niños se muestran ya extraordinariamente expresivos (interés, placer, malestar). Una vez transcurridos los primeros meses, en torno al tercero, la capacidad de regulación emocional se va encontrar influenciada por una red atencional más amplia y evolucionada, que permite a los niños desenganchar del foco de atención de malestar para conseguir autorregularse. Es este momento ya son capaces de mostrar expresiones faciales asociadas con emociones básicas como la rabia, el miedo y la alegría, con una amplia variedad de intensidades, sin que todavía se asocien a eventos específicos.

A los 6 meses, coincidiendo con el aumento de las capacidades motoras, se produce un avance en el desarrollo de estrategias de regulación emocional, ya que el niño tendrá la capacidad de aproximación y evitación de estímulos según la respuesta emocional que le genere.

Posteriormente, a los 9 meses, con una red atencional superior se inician las capacidades de planificación, la aparición de conducta intencional y funciones cerebrales que le preparan para la comunicación, con lo que el niño tendrá mejor capacidad de retirada de atención del estímulo negativo. Es característico de esta época, y mediado por el desarrollo del córtex prefrontal, que incluso evite aproximaciones a situaciones nuevas.

Pasado el primer año, las capacidades cognitivas sufren una mejora sustancial dando lugar a estrategias más autónomas¹²⁹. Ya no solo se contagia de las emociones del otro, sino que responde de forma consciente a estas y de manera diferenciada. Este hito sería consecuencia de la aparición de la mirada de referencia. El niño centra la atención en la persona de referencia, observando su expresión emocional y actuando en consecuencia.

A los 24 meses observamos ya una madurez importante en las habilidades autorreguladoras de los niños. En este periodo se da el “control del impulso”, caracterizado por la emergencia del yo y un equilibrio entre acción y verbalización. Los

factores que determinan esta etapa son fundamentalmente madurativos. A partir de este momento, y evolucionando rápidamente desde los 18 meses, el niño accede al mundo representativo, desarrollando paulatinamente el pensamiento abstracto. En esta etapa además, comenzará a identificarse a sí mismo, desarrollando el autoconocimiento.

A medida que van creciendo aparecen oportunidades en distintos contextos, de modo que las fuentes de influencia se van ampliando, siendo fundamental el desarrollo emocional, que fluye progresivamente hacia el uso de estrategias con mayor grado de autonomía.

Entre los 2 y los 3 años se logra un hito importante en el desarrollo emocional de los niños: comienzan a experimentar emociones complejas, relacionadas con el descubrimiento de sí mismos como personas únicas (emociones autoconscientes) y vinculadas también a la relación con los demás (emociones sociomorales). Las más importantes de estas emociones complejas son la vergüenza, el orgullo y la culpa. Para que un niño pueda experimentar estas emociones es necesario que conozca normas y valores sociales, que sea capaz de evaluar su propia conducta y que pueda atribuirse a sí mismo el éxito o el fracaso de sus acciones por ajustarse o no a dichas normas y valores. El desarrollo del lenguaje emocional le permite autorregularse, de modo que, puede expresar lo que siente a otra persona para que le puedan ayudar. Paulatinamente irá desapareciendo la influencia externa, para dar cabida a los procesos internos de autorregulación. La regulación social jugará un rol importante y crítico, como lo hace en las relaciones adultas.

El mayor dominio del lenguaje que tienen los niños entre los 3 y 4 años de edad influye enormemente en el desarrollo emocional. El hecho de nombrar los sentimientos ayuda a conocerlos mejor y al desarrollo de la autoconfianza, aunque todavía son niños actuadores más que comunicadores de estados emocionales.

Otra emoción que cobra importancia entre los 3 y los 5 años de edad es el miedo. Esto se relaciona con el desarrollo del pensamiento en esta etapa, que permite a los niños

imaginar, anticipar peligros, etc. A partir de los 5 años, las emociones quedarán bajo el control verbal, pasando predominantemente a verbalizar sus sentimientos¹³⁰.

En la época escolar se pone de manifiesto la capacidad de pensamiento abstracto, manifestándose en las reglas emocionales. A la vez, las capacidades cognitivas y de neurodesarrollo delimitarán las capacidades de autorregularse, de modo que los niños con problemas conductuales tienen dificultades en el procesamiento de la información, parecen malinterpretar las situaciones interpersonales y esto genera frustración y desilusión. El desarrollo cognitivo también sostiene la habilidad del niño de autorreflejarse en su conducta, pensamientos y emociones.

El desarrollo de la consciencia interna hace posible que el niño pueda reflexionar sobre sus propios estados internos y pensar en las implicaciones de estos. Desarrolla de este modo, la capacidad de tener una reacción emocional sobre un estado emocional.

A partir de los 12 años y durante la adolescencia, la habilidad de regular las emociones aumenta y los episodios desregulados dependen de la motivación y del tipo de emoción sentida. Es una época vital donde el entorno y factores socioculturales van a tener una importancia elevada. La conciencia respecto a las consecuencias se ve aumentada sobre todo en las relaciones interpersonales, mediada por un cambio en la relación con los padres y hacia los iguales. En definitiva, la expresión emocional relacionada con el entorno social se ve aumentada en intensidad y frecuencia^{88,131}.

Uno de los aspectos a favor de la mejoría en la regulación emocional en la adolescencia, es el desarrollo de las distintas habilidades cognitivas. Estas habilidades posibilitan la abstracción y flexibilidad en el pensamiento. También un razonamiento abstracto sobre sí mismo que facilita el autoconocimiento, y este en definitiva el procesamiento de las emociones, mejorando además, los procesos relacionados con la evaluación, ya que hay un entendimiento superior respecto a las expectativas y actitudes. En esta época, la puesta en marcha de la regulación emocional suele estar relacionada con actividades que suelen realizar los adolescentes, como el deporte, música, etc. Aunque

desadaptado, es de importancia resaltar que otra de las alternativas utilizadas por los adolescentes en este proceso es el uso de sustancias psicoactivas.

Otro aspecto influyente añadido es la construcción de la personalidad. Así, aspectos como el temperamento, las propias necesidades y capacidades de autocontrol van a jugar un papel fundamental^{100,122}.

En resumen, el desarrollo emocional es una evolución asociada al desarrollo madurativo, los cuidadores, el propio niño, sus características y cualidades personales, la experiencia vivida y el entorno social.

6. DESARROLLO EMOCIONAL Y SALUD MENTAL

Hay una elevada evidencia que documenta la relevancia de la mala regulación de las emociones para una amplia gama de problemas de salud mental. Trastornos muy ligados como la depresión mayor y de ansiedad son un ejemplo de ello. En ambos se demostró que las bajas capacidades de autorregulación emocional se relacionaban con la aparición de síntomas propios de ambos problemas de salud^{132,133}.

Al igual, se demostró que quienes disponen de mayor capacidad para regular sus emociones (tanto las negativas como las positivas), reconocen e informan tener más relaciones positivas, muestran menos conductas sociales desviadas y son menos propensas a desarrollar trastornos psicológicos. También han mostrado una asociación entre este déficit de procesamiento emocional y ciertos trastornos emocionales y somáticos^{134,135}.

Una vertiente de la investigación en este campo contempló como influenciaba el entorno social y las habilidades sociales en las habilidades de regulación emocional. Estudios sobre el afrontamiento mostraron como las personas con más apoyos sociales tenían mejores mecanismos adaptativos de regulación. También demostraron que una red

de apoyos ofrece recursos tanto psicológicos como materiales (instrumental, informativo y emocional), hasta el punto de poder considerar que los cambios surgidos a favor de una regulación efectiva podrían ser generados por un cambio personal o inducidos por otros¹³⁶. De este modo, se observó la influencia del componente comunicacional como interregulador, dando por hecho que, la acción sobre los demás y viceversa, produce influencia en la expresión emocional, ya sea aumentando la intensidad emocional positiva, convergiéndola, mostrando empatía, dando apoyo o aumentando la atracción interpersonal.

Un aspecto a tener en cuenta en los trabajos de educación emocional es la capacidad de producir cambios, ya sean a nivel intrapersonal o interpersonal. Por lo general, estos tienen el beneficio de que no se producen solo a nivel del área conductual, sino que también a nivel cognitivo, aspecto necesario para inhibir la respuesta desregulada¹³⁷.

La regulación de las emociones conforma un aspecto del comportamiento adaptativo y en definitiva de la salud mental. Estas habilidades son consideradas vitales en el desarrollo, ya sea del niño o adolescente, considerándolas como necesarias para un correcto funcionamiento individual, social y de competencias profesionales o educativas. Esto se traduce en un funcionamiento psicosocial adaptativo como un proceso interpersonal de adaptación. Por otra parte influye positivamente en el bienestar subjetivo, de modo que generaría sentimientos y emociones positivas.

Profundizando a nivel de la etapa adolescente, se ha planteado que las habilidades de regulación emocional son necesarias y básicas para el desarrollo de las relaciones sociales, tan influyentes en esta etapa, y en definitiva y de forma general, la regulación emocional estable se asocia a patrones de salud mental positiva^{90,88}.

7. INTERVENCIONES Y PROGRAMAS EN EDUCACIÓN EMOCIONAL

Como se ha evidenciado recientemente, los programas e intervenciones destinados a la educación emocional o desarrollo en definitiva de la inteligencia emocional, tienen 3 etapas diferenciadas: trabajo reconocimiento emocional, manejo de las emociones y el desarrollo de relaciones interpersonales y las habilidades relacionadas con estas (habilidades sociales, empatía, expresión emocional adecuada, etc.). Dentro de estas 3, pueden aparecer subetapas, de modo que el marco teórico estaría basado en el trabajo de Salovey y Mayer, y Goleman^{96,103,104,114}.

Los objetivos generales de la **educación emocional** pueden resumirse en los siguientes términos: 1) adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones como aspecto importante del autoconcepto; 2) identificar las emociones de los demás de cara a facilitar unas mejores relaciones interpersonales; 3) desarrollar la habilidad para controlar y canalizar de forma apropiada las propias emociones; 4) prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas intensas (ira, miedo, estrés, depresión, etc.); 5) desarrollar la habilidad para experimentar emociones positivas (alegría, humor, amor, felicidad) y generarlas de forma consciente y voluntaria; 6) desarrollar la inteligencia emocional y las competencias emocionales consecuentes; 7) desarrollar la habilidad de automotivarse; 8) adoptar una actitud positiva ante la vida.

Los contenidos de la educación emocional, como consecuencia de lo anterior, giran en torno a temas como los siguientes: concepto de emoción y tipos de emociones; emoción y salud; emoción y motivación; conocer las propias emociones; reconocer las emociones de los demás; control emocional; las habilidades socio-emocionales; las emociones en la resolución de conflictos; las emociones en la toma de decisiones; adoptar una actitud positiva ante la vida; bienestar subjetivo y calidad de vida¹³⁹.

8. EMOCIONES Y RESILIENCIA

En los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones acerca de personas en situaciones de riesgo que se han enfocado al estudio de los procesos de resiliencia. Diversos autores revisaron los efectos de las emociones positivas sobre las personas. Los aspectos investigados ponían de manifiesto los efectos positivos sobre el sistema inmunológico del pensamiento optimista. Además, el desarrollo de emociones positivas promueve recursos de afrontamiento para los problemas de salud mental, recursos que se relacionan con la resiliencia positiva¹³⁹.

Se ha observado en investigaciones sobre resiliencia cómo ciertas características de la personalidad como el optimismo, pueden minimizar el impacto de los estímulos estresores¹⁴⁰. Otras, relacionan la capacidad de regular las expectativas y emociones negativas, como una capacidad de afrontamiento del estrés y situaciones adversas, lo cual afectaría positivamente sobre la salud física y mental¹⁴¹.

Evidencia reciente, ha puesto de manifiesto que la inteligencia emocional se relaciona con mayores niveles de bienestar subjetivo, de satisfacción con la vida, calidad de las relaciones sociales y de buena salud, con una menor tendencia a desarrollar sintomatología relacionada con el estrés. También posibilita una adaptación social, mejor afrontamiento y manejo del estrés. De modo que, se podría pensar que los sujetos más inteligentes emocionalmente afrontan mejor el estrés, saben cómo expresar sus emociones y regularlas, lo cual les permite mantener una adecuada salud mental y en definitiva, esto afectaría a los niveles de resiliencia positivamente^{142,143}.

En este sentido, los jóvenes más inteligentes emocionalmente tendrán habilidad para transformar las emociones positivas en oportunidades de aprendizaje y las negativas en crecimiento positivo ante las adversidades¹⁴⁴.

Podemos pensar de este modo que la capacidad de experimentar emociones positivas, ajustar las expectativas, regular los efectos negativos emocionales junto a otros

factores, formarían parte fundamental de los mecanismos protectores frente a una situación de adversidad.

9. HABILIDADES SOCIALES E INTERPERSONALES

La adolescencia es un periodo crítico dentro del desarrollo. Es una etapa vital basada en cambios internos y externos en la que se hace indispensable una buena inteligencia emocional y habilidades interpersonales. Uno de los mayores cambios producidos en esta etapa es a nivel social, donde el adolescente deposita gran parte de sus ideales y valores. Este hecho hace indispensable el desarrollo de correctas habilidades sociales. Goleman estableció en su modelo de inteligencia emocional el desarrollo de estas, como pueden ser la asertividad, autoestima o motivación. Para Bar-On, del mismo modo, se incorporaban las habilidades personales e interpersonales, como medio para hacer frente a las demandas y presiones del medio ambiente¹⁰³⁻¹⁴⁵.

Las **habilidades sociales** se definen como “un conjunto de hábitos, a nivel conductual, pensamiento y emociones, que nos permiten comunicarnos con los demás de forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien al relacionarnos con otras personas y conseguir que lo demás no nos impidan lograr nuestros objetivos”, siendo en definitiva, pautas de pensamiento, emociones y conducta a través de las que nos relacionamos, consiguiendo los mayores beneficios y el mínimo de consecuencias negativas. Incluyen tanto componentes verbales como no verbales y algunas de las habilidades sociales más importantes son: asertividad, empatía, expresión emocional, resolución de conflictos, negociación, manejo de las críticas, etc⁸.

En el desempeño de las habilidades sociales entran en juego patrones como: habilidades para decir que no, para interaccionar, defender los propios derechos, la habilidad para hacer peticiones, entre otras, y estas son expresiones observables en la inteligencia emocional. Algunos estudios han tratado de evidenciar esta relación, como es el caso de Weis (2005), quien descubrió correlaciones significativas entre los

componentes de inteligencia emocional e inteligencia social¹⁴⁶. Otros como Charbonneau y Nicol (2002) encontraron relación entre inteligencia emocional y liderazgo, cualidad mediada en parte por las habilidades interpersonales¹⁴⁷.

En resumen, se puede decir que el desarrollo de inteligencia emocional parece estar relacionado con el desarrollo de las habilidades sociales.

9.1. ASERTIVIDAD

La asertividad, con gran cantidad de definiciones, se puede conceptualizar como “la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”. Forma parte de las habilidades interpersonales y en definitiva en un modo de comportarse, comunicarse, pensar y sentir.

Encontrar a una persona que disponga de habilidades que coincidan por completo con aquellas que se consideran asertivas resulta casi imposible, pero sí podemos encontrar personas que en sus patrones de comportamiento destaque la conducta asertiva. En general son personas que conocen y defienden sus derechos, respetando los de los demás, saben negociar, con lo que no pretenden quedar por encima o ganar, sino llegar a un acuerdo y tienen un manejo adecuado del lenguaje tanto verbal, como no verbal. Las características de la persona asertiva son las siguientes:

a) Comportamiento externo:

- Habla fluida, segura, sin bloqueos o muletillas.
- Contacto ocular directo pero no mantenido o desafiante.
- Adoptan postura cómoda y relajación corporal.
- Expresan los sentimientos positivos y negativos.
- Se defienden sin agredir, siendo honestos.
- Hablan de sus gustos y discrepan abiertamente cuando no les gusta algo.
- Dicen “no” y piden aclaraciones.

- Mantienen su postura ante un tema
- Demandan y pide abiertamente.
- Aceptan los errores.
- Utilizan gestos de forma adecuada y en relación a su mensaje.

b) Patrones de pensamiento:

- Conocen y respetan unos derechos para sí mismos, y para lo demás.
- Son racionales y reflexivos.
- Comprenden la postura de los demás

c) Sentimientos y emociones:

- Buena autoestima, sin sentimientos de inferioridad.
- Satisfacción con las relaciones y consigo mismos.
- Control emocional.

d) Relación con el entorno:

- Frenan y desarman al atacante.
- Aclaran equívocos.
- Hacen que los demás se sientan respetados y valorados.
- Es una persona considerada como “buena”.

Cuando este estilo de comportamiento no predomina se pueden dar dos posibilidades: un patrón agresivo o pasivo. Ambos son adoptados por todas las personas a lo largo de la vida, pero que una persona base su forma de contacto y sociabilización bajo estos hace que pueda presentar diferentes problemas relacionales e individuales¹⁴⁸.

Resulta evidente que las capacidades que posee la persona asertiva coinciden con aquellas de una persona estable emocionalmente, una persona que regula sus emociones. A pesar del aumento de enseñanzas de habilidades sociales e interpersonales, se hace imprescindible fomentar la educación en estas en la asistencia sanitaria especializada y en la educación escolar. Algunos estudios ya evidenciaron la influencia positiva de un

programa de asertividad o incluso la relación de comportamientos no asertivos (agresivos y pasivos) con el desarrollo de conductas de riesgo^{149,150}.

9.2. AUTOESTIMA

La autoestima es un factor de elevada importancia a tener en cuenta en el desempeño y desarrollo del adolescente, se puede conceptualizar como “la consideración que tiene una persona hacia sí misma”. Está relacionada con aspectos como la autorrealización y el autoconcepto, señalando la interrelación entre estos¹⁵¹.

Para otros autores se puede definir como “la capacidad de establecer la identidad propia y atribuirse un valor” o “el valor del yo, valor de la persona ante los ojos de las otras”¹⁵².

El desarrollo de la autoestima se produce en la interacción humana, de ahí que sea incluida en programas de habilidades sociales. Durante la relaciones sociales se ponen en juego dos tipos de estima, la que proviene de otros, y la propia. Uno de los factores influyentes en la buena autoestima, o estima propia, es el factor conductual, es decir, como actuamos. Además de este, influyen otros como las creencias, ideas y valores, y por otra parte, el manejo que haga la persona de los mensajes externos y como sean estos. Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas con mejor apertura hacia los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir procesos psicopatológicos¹⁵².

Uno de los aspectos a tener en cuenta es la consideración no innata de esta. Por ello, se adquiriría y generaría como resultado de la historia vital de cada persona. Este aprendizaje no es de por sí intencional, sino que sucede bajo la implicación de diversos contextos, razón que justifica su enseñanza y uso en programas de fomento de las habilidades interpersonales.

La autoestima, además, está relacionada con el autoconcepto, considerado como “la percepción cognitiva y evaluación sobre sí misma de las personas, sus pensamientos acerca de sí mismo”. Este es de vital importancia en la adolescencia, pues bien, es en esta época cuando se comienza a hipotetizar sobre sí mismo, sobre las opiniones, experiencias y relaciones, además de ponerlas en contraste en el grupo de iguales. Un incorrecto desarrollo del autoconcepto puede llevar al adolescente a hacer autoevaluaciones acompañadas de la vergüenza, haciéndose vulnerables a la crítica y al ridículo. Estos aspectos son más característicos de la adolescencia temprana, mientras que al final de esta etapa ya han establecido un “yo” más estable. Esto puede que no ocurra en aquellos adolescentes que desarrollen problemas o rasgos disfuncionales de la personalidad.

Resulta evidente que la incorporación de actividades para trabajar la autoestima estarían indicadas dentro de los programas de educación emocional y habilidades interpersonales. También, el trabajo de aspectos en relación al autoconcepto fomentaría el reconocimiento emocional, un aspecto fundamental en programas de este tipo. Ambos conceptos son de interés dentro del campo de la psicopatología por la relación del déficit en estos, con distintos cuadros patológicos o con el desarrollo del bienestar psicológico en niveles saludables ^{7, 153-155}.

9.3 EMPATÍA

La empatía forma parte del proceso emocional, entendida como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que la otra persona está sintiendo ¹⁵⁸. Incluye pues la capacidad de comprender al otro y ponerse en su lugar. Se estructura de dos aspectos fundamentales, cognitivo y emocional, traducidos estos en pensamientos de preocupación y tristeza ante la necesidad de la otra persona y la toma de perspectiva como la habilidad para comprender el punto de vista de esta.

Se ha puesto de manifiesto la importancia de un funcionamiento empático y su relación con la conducta prosocial y capacidad inhibitoria de la agresividad. Estudios han concluido que la empatía se relaciona negativamente con los comportamientos agresivos, de modo que las personas empáticas comprenden mejor las consecuencias negativas potenciales para el mismo y los otros^{160,161}. Autores como Eisenberg¹⁵⁸ relacionan la empatía con las capacidades de regulación emocional, ya que es precisa una comprensión del evento emocional y de los conocimientos que se tienen al respecto de cómo afecta este al otro. En dicho estudio se concluye que la gente que regula sus emociones es más probable que experimente empatía en lugar de malestar personal¹⁵⁸.

De este modo, estaría indicado incluir actividades relacionadas con la empatía en los programas de regulación emocional. El mismo programa en sí fomentaría las actuaciones empáticas¹⁵⁶⁻¹⁵⁹.

9.4. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Uno de los aspectos fomentados en programas de habilidades sociales e interpersonales, es la capacidad de resolución de conflictos. Esta puede ser entendida como “el modo en que las personas afrontan y resuelven todo tipo de dificultades de la vida diaria”.

Las personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen gestionar de un modo eficaz su vida emocional. Una debida inteligencia emocional puede facilitar el proceso de solución de problemas, y el hecho de manejar efectivamente el mundo emocional, permitirá la identificación del problema y evaluación en consecuencia de las diferentes alternativas disponibles, así como la viabilidad de su ejecución. Esta circunstancia hace que la inclusión de intervenciones para el fomento de las habilidades en la resolución de problemas sean efectivas dentro de los programas de educación emocional^{160,161}.

10. BIENESTAR SUBJETIVO

A través de la aparición de la corriente de la psicología positiva se profundizó y se hizo énfasis en el estudio de variables alejadas del concepto negativo y psicopatológico, con el objetivo de conocer aquellos aspectos psicológicos positivos, fortalezas y virtudes personales, y que beneficios aportaban estos a su salud. Algunos rasgos llevados a investigación por esta corriente son: las habilidades interpersonales, valores, perseverancia, originalidad, talento, sabiduría, responsabilidad, altruismo y tolerancia entre otros. En definitiva, estos se encuadran dentro del bienestar subjetivo, social y felicidad¹⁶².

Desde 1967, cuando Warner Wilson realizó una amplia revisión del bienestar subjetivo, este concepto ha ido adquiriendo relevancia y siendo mucho más investigado. En un principio, los estudios al respecto se destinaban a encontrar correlaciones entre felicidad o bienestar con ciertas variables de tipo socio-demográfico. Actualmente están enfocadas a los efectos que subyacen al bienestar. En la conceptualización y el estudio del bienestar subjetivo destaca la aportación de Diener, quien comenzó sus trabajos con el estudio del temperamento y la personalidad, y las posibles correlaciones con este concepto. Dentro del área de estudio principal destacaban tres elementos: el carácter subjetivo, dimensión global y de medidas positivas^{163,164}.

Según este autor y sus colaboradores, el bienestar subjetivo es “un área de interés científico, no una estructura específica, que incluye respuestas emocionales de las personas, satisfacción de dominio y los juicios globales de satisfacción vital”. Se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan en la evaluación de su existencia. A pesar de esta aproximación, se ha evidenciado una dificultad para reducir toda la información de un concepto tan complejo y multifacético¹⁶⁴. Veenhoven lo definió como “el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos”¹⁶⁵.

En su composición cabe destacar la presencia de dos dimensiones, por una parte la **emocional** y por otra la **cognitiva**. La primera se refiere al continuum afectivo, con límites el extremo positivo y negativo. La segunda, se centra en los juicios en cuanto a satisfacción vital, lo que deja en contraste una dimensión general y fundamental de tipo subjetivo, ya que lo principal es la propia evaluación que hace la persona sobre su vida. Del mismo modo, Veenhoven (1984) también identificaba el componente emocional y cognitivo y además incide en la relación de estos, de tal modo que, si una persona tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Al igual, en las personas con un mayor bienestar subjetivo predominan valoraciones positivas sobre las circunstancias o eventos que los rodean^{164,165}. Por otra parte, Ryff (1995) puso en cuestión la existencia de solo dos dimensiones, incluyendo aquellas que tienen relación con el ambiente social y el crecimiento personal¹⁶⁶.

Más allá de la conceptualización de bienestar subjetivo, cabe destacar su influencia respecto a otros factores de importancia. Uno ellos es la **salud**, que presenta una importante relación con el bienestar personal, sobre todo en su componente subjetivo. Diversos autores han encontrado relaciones entre ambas¹⁶⁷. Otro factor sería la **educación**, sugerida como asociación entre la educación y el bienestar subjetivo. Uno de los problemas para su vinculación fue que ampliadas las variables no parecía una asociación tan relevante. Es posible que la educación pueda ejercer otros efectos indirectos relacionados con la consecución de metas o adaptación personal. Los ingresos y **economía** también juegan un papel vinculado a la felicidad y en consecuencia a la sensación de un mayor bienestar subjetivo.

En el estudio de la personalidad se encontraron dos rasgos que jugaban un papel tanto positivo como negativo, la extroversión y el neuroticismo respectivamente. La **extroversión** ejerce influencia sobre el afecto positivo, de modo que su trascendencia es evidente sobre el bienestar¹⁶⁸. Con fuerte influencia sobre el contexto, se pueden hablar también de una asociación positiva con la autoestima y la percepción de control¹⁶⁹.

A pesar de la evidencia de diferentes estudios y del entramado en relación al bienestar subjetivo, hay cierta incertidumbre en cómo afectan las distintas variables que

sobre él tienen acción, y del mismo modo, cuáles son las consecuencias del mismo.

En definitiva, el bienestar subjetivo parece tener relevancia suficiente como para plantearse esta variable con importancia de cara a evaluar el estado de salud y satisfacción personal. Además, su estudio supone profundizar en diversos y amplios aspectos contextuales relacionados con factores de tipo individual como ambiental. Claro queda que, la presencia de un nivel mayor de bienestar subjetivo supone una circunstancia positiva en la calidad de vida de las personas.

11. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

El manejo del estrés en situaciones estresantes es una habilidad que define a las personas con recursos sociales e interpersonales y con una buena inteligencia emocional. Poseer capacidad para resistir y manejar dichas situaciones y demorar las respuestas, se ha identificado con mayor éxito personal y bienestar general. El concepto de frustración ha sido estudiado desde la primera mitad de siglo XX. En los primeros textos se hacía referencia a este como una interferencia en el comportamiento con resultado de aumento de la agresividad. Años posteriores y tras la realización de trabajos experimentales, surgen distintas hipótesis en torno a las formas de aparición de la frustración y como dicho estado puede afectar al comportamiento¹⁷⁰.

Amsel (1994), uno de los autores que investigó la frustración, afirmó que esta respuesta aparecería cuando se espera una recompensa y finalmente estaba ausente. Esta circunstancia llevaba al sujeto a un estado interno que es desagradable, una reacción compuesta por dos momentos principalmente: el aumento de vigor inicial y el decaimiento de la respuesta final¹⁷¹.

A partir de entonces se puede considerar frustración como una manera de comportarse relativamente consciente ante situaciones que se caracterizan por un bajo número de refuerzos¹⁷⁰. Uno de los aspectos de controversia respecto a este concepto es

la relación que guarda con la personalidad, no quedando bien definido si forma parte de la personalidad o es un grado de respuesta.

La tolerancia a la frustración es, en esencia, la habilidad para afrontar y manejarse en situaciones adversas y estresantes sin sentirse desbordado. Las personas que tienen altos niveles de tolerancia al estrés eligen una forma adecuada para afrontarlo, tienen recursos personales para ello y son eficaces para encontrar soluciones posibles. Esa capacidad se basa en una disposición optimista hacia las experiencias nuevas y los cambios, la cual se relaciona con la creencia en las propias capacidades para afrontar y manejar ese tipo de situaciones vitales. Además, las personas con alta tolerancia a la frustración se sienten capaces de controlar o influir en la situación que provoca estrés, cuentan con un repertorio de conductas posibles para actuar ante las situaciones difíciles, mantienen la calma y no se dejan llevar por emociones fuertes, ni por la desesperanza o la ansiedad.

El control de impulsos, concepto con importante relación con la frustración, es la habilidad para regular de forma eficaz y constructiva las emociones. En concreto, consiste en resistirse a los impulsos o tentaciones, por lo que tiene que ver con la agresividad y la conducta irresponsable. Para aplicar dicho control, es preciso aceptar nuestros impulsos agresivos para poder manejarlos de forma adecuada.

Mejores capacidades de tolerancia al estrés están relacionadas con una mayor inteligencia emocional. El manejo de situaciones estresantes es una de esas habilidades que definen a una persona social y emocionalmente inteligente. De este modo, los programas que trabajan estos aspectos son una alternativa para una intervención satisfactoria y para que los adolescentes aprendan a manejar la frustración, y con ello consigan un mayor bienestar y éxito personal¹⁷².

CAPITULO IV. ADOLESCENCIA

1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO

El término adolescencia procede del latín con el término “*Adolescere*”, crecer hacia la adultez¹⁷³. Es la etapa vital posterior a la niñez, que comienza con la pubertad y se caracteriza por unos intensos cambios físicos y psicosociales, que terminan cuando cesa el crecimiento. Mientras que la pubertad se caracteriza por cambios a nivel biológico, la adolescencia se corresponde con cambios bio-psio-sociales. Es un periodo trascendente en el que se producen importantes transformaciones que definirán la personalidad, la identidad personal y en el que se llevará a cabo la elaboración de un proyecto de vida, en un contexto paradójico en el que el adolescente sin madurez cognitiva o emocional, alcanza la madurez biológica y sexual.

Todos estos cambios llevan al adolescente, sobre todo en la primeras etapas y unido a los cambios físicos, a encontrarse con una fase crítica de definición de la personalidad en la que destaca la inestabilidad emocional. Por sí sola, esta circunstancia es considerada normo típica, con lo que no se le debe dar concepción psicopatológica, pero sí es un factor a tener en cuenta y de agravio en caso de presencia de otros problemas psicológicos. Además, es un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo mientras se adquieren la mayor parte de los conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta^{4, 174}.

Existen diferencias culturales e históricas respecto a la duración y aparición de la adolescencia. En nuestra cultura, la occidental, se considera que ocupa gran parte de la segunda década de la vida. En definitiva, se caracteriza por el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, con lo que el intervalo de edad suele fijarse entre los 11-12 años y los 18-20 años, siendo más fácil determinar el final de la niñez que el comienzo de la vida adulta. Dentro de esta, y de forma orientativa, se producen las siguientes fases: adolescencia temprana (12-14 años), adolescencia media (15-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años)¹⁷⁵. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta etapa del ciclo vital ocuparía de los 10 a 19 años¹⁷⁶ y para la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA), abarca desde cerca de 10 años, con una fase

temprana entre los 10-13 años, una etapa media entre los 14-16 años y tardía a partir de los 17 años. En la primera etapa destaca una preocupación por lo emocional y lo físico, en la segunda por la afirmación personal y social, y en la última por lo social³.

2. CAMBIOS BIOLÓGICOS Y FÍSICOS

Los primeros cambios a nivel biológico y físico se producen con la pubertad, un periodo de cambios neurohormonales mediados por la interacción del sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis y gónadas. Los adolescentes experimentan un crecimiento repentino, acelerándose de forma brusca tanto altura como peso, con el consecuente cambio en las proporciones corporales. Este crecimiento se produce en un pico con una duración entre 24 a 36 meses, siendo a más temprana edad en las chicas, 12-13 años, mientras en los chicos se retrasa a los 14-15 años. En las chicas este crecimiento aparece y finaliza antes, sobre los 14-15 años, mientras que los chicos terminan de crecer hacia los 18 años.

Unido al crecimiento se produce una maduración de las características sexuales primarias, es decir, las relacionadas con la reproducción y los caracteres sexuales secundarios, signos en sí de maduración pero que no intervienen directamente en la reproducción. El desarrollo sexual lleva a que en las chicas aparezca la menarquia y emisiones nocturnas en chicos¹⁷⁵.

A nivel bioquímico, las principales hormonas implicadas en la pubertad son las siguientes:

- FSH (Hormona estimulante del folículo). Estimula gametogénesis, producción de estrógenos, desarrollo del folículo ovárico.
- LH (hormona lutenizante). Estimula la producción de testosterona, la producción de andrógenos y la producción de progesterona.

- Estradiol: desarrollo mamario, desarrollo de caracteres sexuales primarios en las mujeres, desarrollo endometrio, incrementa la grasa corporal, potencia el crecimiento lineal.
- Testosterona: acelera el crecimiento lineal, estimula el crecimiento de los caracteres sexuales masculinos primarios y secundarios, incrementa el tamaño de la laringe, aumenta la libido, la masa muscular, el vello púbico y axilar.
- Progesterona: convierte el endometrio uterino proliferativo en secretorio y participa en el desarrollo del pecho.
- Andrógenos suprarrenales: estimula el crecimiento lineal y el vello púbico.

3. CAMBIOS PSICOBIOLOGICOS Y COGNITIVOS

Los cambios surgidos en torno a la estructura, volumen y funcionamiento cerebral son el prelude de los distintos avances en otras áreas como la cognitiva, emocional, motivacional o atencional. Las regiones frontal mesocortical y límbica del cerebro se desarrollan mayoritariamente en esta etapa. Los distintos cambios significativos a nivel de córtex prefrontal conllevan importantes cambios dopaminérgicos. A pesar de ello, la corteza cerebral no madurará por completo hasta cerca de los 20 años, de ahí que la adolescencia pueda ser una etapa de marcada impulsividad.

En la esfera cognitiva, se produce un desarrollo cuantitativo y cualitativo en las distintas habilidades que incorpora. Según la teoría piagetiana, en la adolescencia se evoluciona desde el pensamiento concreto, “operatorio concreto”, al abstracto, “operatorio formal”. El adolescente pasa de fijarse en la realidad concreta al mundo abstracto, en que puede imaginar situaciones aunque no las haya vivido o experimentado. De este modo se va a definir la forma de pensar que permanecerá prácticamente invariable a lo largo de la vida, a pesar de que la persona pueda adquirir conocimientos nuevos.

Las características del pensamiento se vuelven formales. Se razona sobre lo real y sobre lo posible, y se pasa al uso del razonamiento hipotético-deductivo y de carácter

proposicional. Otras características son la atracción e interés por la abstracción, postura crítica ante las figuras de autoridad, hipocresía aparente, controversia, indecisión y egocentrismo.

Este aumento en el pensamiento y comprensión social y de ideologías hace que pueda experimentar deseos de cambios de sociedad. Además, estará capacitado para reflexionar analíticamente sobre su propio pensamiento (metacognición). Este desarrollo cognitivo no se produce de forma brusca, sino gradual, con un avance en las capacidades de almacenar información, asimilar y dar uso de esta. Mientras que el coeficiente intelectual se suele mantener estable la diferencia se marca en los aspectos cognitivos específicos, como puede ser la memoria.

Las consecuencias de los cambios anteriores hacen que destaquen en esta época unos comportamientos característicos como egocentrismo, audiencia imaginaria (perciben de forma subjetiva que son el centro de atención) y desarrollo de fábulas personales. Y, en definitiva, se produce un salto fundamental y definitivo en las capacidades cognitivas^{3,4,175,177,178}.

4. CAMBIOS PSICOSOCIALES

El proceso descrito previamente dará lugar a una serie de cambios muy activos y decisivos y que se van a enmarcar en una personalidad influida por una dinámica psicológica cambiante, transiciones, dualidades y ambivalencias.

Las características del desarrollo psicosocial en la adolescencia son resultado del proceso de evolución y desarrollo previo en los diversos ciclos de la vida, factores biológicos y físicos, y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales¹⁷⁹. Este conjunto de cambios tienen su reflejo en la esfera psicosocial, apareciendo diversos aspectos que se postulan como tareas fundamentales en el desarrollo de la adolescencia: la lucha dependencia-independencia y autonomía, la importancia de la imagen corporal,

la relación con los pares, el desarrollo de la competencia emocional y social, y el desarrollo de la propia identidad. A continuación se explica de forma precisa cada uno de ellos focalizando según distintas fases dentro de la adolescencia.

- 1) **Dependencia-independencia, autonomía:** en la primera etapa, de los 12 a los 14 años hay un mayor recelo y menor interés hacia los padres, destacando un vacío emocional y humor variable. En la adolescencia media, se agravan los conflictos con los padres, que se irán moderando paulatinamente hasta llegar cerca de los 18 años, cuando hay una creciente integración hacia las figuras de autoridad pero con independencia. En cierto modo se produce un regreso a los padres.
- 2) **Preocupación por el aspecto corporal:** de los 12 a 14 años hay una mayor inseguridad respecto a la apariencia y atractivo, y se produce un interés creciente por la sexualidad. Posteriormente, de los 15 a los 17 años, se produce una mayor aceptación del cuerpo, preocupándose por su apariencia externa. Para finalmente, y con mayor grado de madurez, en la adolescencia tardía se hace una aceptación corporal desapareciendo las preocupaciones en relación al aspecto.
- 3) **Relación con pares e integración:** comienza basándose en relaciones de amistad con un vínculo emocional fuerte y se inicia un interés por el sexo opuesto. De forma paulatina se irán incorporando valores, reglas y modas de amigos, dentro del grupo, pandilla, etc., con una fuerte integración. Posteriormente, en el final de la adolescencia los valores de los amigos pierden importancia y se suelen iniciar relaciones de pareja, con mayor comprensión en las relaciones con los demás.
- 4) **Desarrollo de la identidad:** en un principio destaca el razonamiento abstracto, necesidad de mayor intimidad, dificultad del control de impulsos y pruebas de autoridad a las figuras de referencia. En la etapa media aumenta la empatía, con mayor creatividad y capacidad intelectual. Hay unos sentimientos característicos de omnipotencia e inmortalidad, que pueden dar lugar a comportamientos arriesgados. Con una mayor madurez hacia el final de la adolescencia, se produce una mayor conciencia racional y realista, se establecen objetivos y compromisos,

vocaciones prácticas y se definen valores morales, religiosos y sexuales. Erikson definió esta como una tarea central en el desarrollo adolescente, en la que este debe ser capaz aceptar su propio cuerpo, tener un conocimiento objetivo y aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual y vocacional, y en definitiva definir su ideología¹⁸⁰.

- 5) **Competencia emocional y social:** esta es la capacidad para manejar o autorregular las emociones y de relacionarse efectivamente con los otros. Las relaciones pueden ser un vehículo para el adolescente que le proteja del desarrollo de problemas psicológicos, contribuyan al bienestar psicológico y a su desarrollo⁴.

Todos estos cambios se producen en el marco de una sociedad en la que el acceso del menor al mundo del adulto se ve restringido. En este sentido, el adolescente no puede disfrutar de aquellas situaciones que le hacen competente, aumenta el riesgo de generar incapacidad, desmotivación o la búsqueda de sensaciones (con la consecuente exposición a riesgos), provocando en definitiva alteraciones en el curso de la adolescencia, con la posibilidad de aparición de trastornos mentales menores. Por ello, es importante reconocer aquellas áreas en el mundo psicológico y psicosocial del adolescente que suponen un riesgo u obstáculo para el disfrute de la adolescencia. Estas pueden ser:

- Restricción de movimientos y libertad.
- Falta de responsabilidad.
- Problemas de sexualidad e intimidad.
- Aislamiento de los modelos adultos
- Falta de poder y control

El posibilitar en la sociedad que los adolescentes crezcan, a la vez que maduran, que adquieran independencia y adopten roles propios de la adultez, supone el permitir que ellos mismos adquieran experiencia en estos campos¹⁷⁸.

5. ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL

A pesar de un mayor interés, son escasas las investigaciones en relación a los problemas de salud mental en la adolescencia. La mayoría de ellas se centran en aspectos afectivos, dejando de lado otros aspectos de importancia que ocurren en esta etapa. Es importante indicar que los problemas mentales acontecidos en la adolescencia son cada vez más cercanos psicopatológicamente a los que padecen los adultos y es que esta época suele ser el inicio de muchas patologías mentales, algunas de ellas evolucionando y persistiendo en la edad adulta.

Esta circunstancia no implica, ni cuestiona, el gran avance surgido en torno a la psiquiatría y psicología clínica del niño y adolescente de las últimas décadas. La especialización en este sentido ha permitido la creación de un cuerpo propio de conocimientos, técnicas y procesos de atención específicos, que se traducen en una atención de calidad.

Según estimaciones tomadas a través de la investigación, se sabe que el 20% de los adolescentes presentan trastornos clínicos diagnosticables. En torno al 5-6% de estos corresponden a trastorno mental grave y en la actualidad uno de cada ocho padece alguno de estos. De entre todos, destacan los trastornos del desarrollo emocional, afectivos y de conducta.

El aumento en la detección de estos trastornos ha posibilitado una concienciación sobre la magnitud y gravedad de estos en la adolescencia, lo que implica además una mayor profesionalización y especialización al respecto, apoya el interés de la toma de decisiones políticas y de la visión de la sociedad en general.

Durante la adolescencia se producen importantes cambios a nivel emocional, con un predominio de emociones consideradas negativas, circunstancia que puede precipitar alteraciones afectivas, del humor y ambivalencia. Hay una tendencia a la dualidad emocional, permaneciendo más en los extremos y siendo dificultoso desprenderse de esas

emociones. A pesar de aparecer trastornos del humor la mayoría evoluciona dentro del cuadro de levedad, mientras que una minoría evoluciona a trastorno afectivo.

Un hecho destacable en relación a la psicopatología del adolescente es la distinta percepción que adquieren los acontecimientos estresantes. A esta circunstancia no ayuda la cantidad de cambios surgidos, existiendo una amplia evidencia empírica sobre el aumento de problemas emocionales o afectivos derivados de respuestas al estrés¹⁸¹. Un ejemplo de ello son los cambios surgidos a nivel neurobiológico, que pueden justificar las dificultades de regulación emocional. Hay además un aumento del dramatismo ante acontecimientos cotidianos y la naturaleza del estrés es cambiante y acumulativa.

El aumento de la impulsividad abre la posibilidad de caer en conductas de riesgo siendo una de las fuentes principales de morbi-mortalidad en esta etapa. En relación a esta circunstancia encontramos también un aumento de trastornos de conducta, beneficiados estos por las bajas capacidades de autocontrol o inhibición, de un funcionamiento ejecutivo aún carente y un proceso emocional ambivalente, que pueden dar lugar al aumento de la vulnerabilidad y con ello precipitar la presencia de actividades antisociales. La búsqueda de sensaciones, unida a la impulsividad, juegan un papel determinante en la aparición de conductas de riesgo. Estas circunstancias vendrán marcadas por el temperamento, modelos familiares y sociales entre otros.

A pesar de que la adolescencia es una etapa en la que no cabe esperar una alta morbi-mortalidad es evidente la presencia de cierta complejidad y vulnerabilidad a la aparición de problemas de salud mental, en los que la ocurrencia de algunos hechos vitales estresantes suponen un añadido para aumentar el riesgo de padecerlos. La delgada línea de estabilidad de la adolescencia nos hace plantearnos la necesidad de utilizar herramientas efectivas de detección e intervenciones dirigidas a este grupo de población. La actuación en el ámbito de la salud mental debe ir encaminada a disminuir el sufrimiento y procurar un desarrollo normalizado, y con ello un paso a la vida adulta satisfactorio, lleno de recursos y a ser posible caracterizado por el bienestar vital. También nos hace considerar el proceso del trastorno mental en la adolescencia como un hecho estresante o adverso que juega un papel doble, por una parte genera trauma en el

adolescente y por otra este trauma retroalimenta algunas características de los problemas psicológicos de esta etapa^{3,182,183}.

6. ADOLESCENCIA Y RESILIENCIA

Como se ha indicado, la adolescencia incorpora cambios cuantitativos y cualitativos en diversos aspectos del desarrollo. Algunos jóvenes no se adaptan bien o tienen problemas para manejar estos, pudiendo necesitar ayuda para superar dicha transición. Uno de los posibles recursos con los que cuenta el adolescente para hacer frente a la adversidad y resistir estas situaciones es la resiliencia.

Según Rutter (1993), la resiliencia es un fenómeno manifestado en aquellos adolescentes que evolucionan favorablemente a pesar de haber estado bajo situaciones adversas o estresantes⁵. También, puede ser resultado de un estado de equilibrio y tranquilidad, o un proceso de afrontamiento que permite al individuo mantener su equilibrio y mostrar una buena adaptación a pesar de estar expuesto a una adversidad significativa¹⁸⁴.

De modo que, el adolescente debe hacer uso de sus posibilidades, potenciarlas en la medida de lo posible y utilizar sus recursos de cara solucionar aquellos problemas que le sucedan, y en definitiva, desarrollar su resiliencia. Para ello se debe beneficiar de ciertos aspectos que potencian las características propias de la resiliencia: aceptar sus capacidades y dificultades, desarrollar su creatividad, autonomía, aumentar sus responsabilidades, solucionar conflictos y resolver problemas. Sobre esta base además fomentar las redes de apoyo, ya que los factores contextuales como el apoyo social o la presencia de padres y cuidadores competentes, destacan positivamente en el proceso de adaptación y afrontamiento de lo adverso⁴¹.

Un hallazgo común del estudio de la resiliencia en los adolescentes es que aquellos que demuestran unas capacidades resilientes o mayores puntuaciones en este sentido,

presentan unos ajustes sociales en los que predominan un clima familiar positivo con vínculos emocionales fuertes y estrechos. Por esta razón, las buenas relaciones familiares son consideradas un factor de protección ante el impacto de los estresores vitales. Otros rasgos, como ciertas características del grupo de iguales, la autoestima o la capacidad de afrontamiento de problemas, actuarían del mismo modo como factores de protección^{185,186}.

Uno de los hechos fundamentales o indicador para el desarrollo de una adolescencia resiliente, es la ausencia de problemas conductuales. Al igual, la ausencia de una buena salud mental también se ha relacionado con problemas en el desarrollo y mantenimiento de una adecuada resiliencia. Mientras, una satisfacción vital, capacidad funcional y competencia social normalizadas juegan un papel fundamental en el mantenimiento de esta¹⁸⁷.

La orientación hacia el futuro se ha descrito como otro aspecto enriquecedor de resiliencia, además, se asocia con resultados positivos en la conducta adolescente. Se han encontrado vinculaciones positivas entre este concepto y el desarrollo de elevadas capacidades socioemocionales y menos prácticas de riesgo^{188, 189}.

Otra circunstancia a tener en cuenta es que una implicación positiva del adolescente y participación en su desarrollo, en sus derechos y capacidades para intervenir en su presente, y en consecuencia en su destino, es un hecho fundamental para promover aspectos positivos relacionados con la resiliencia¹⁹⁰.

En términos generales, parece que los adolescentes con capacidades resilientes tienden a hablar y reconocer con orgullo sus logros, tienen mira hacia metas, tienen sentido de pertenencia y conexión a nivel individual y grupal, demuestran un sentido de autonomía personal, y tienen puntos de mira y objetivos vitales positivos. Por otro lado, se ha encontrado que la resiliencia es una variable protectora y moduladora de la salud física y mental en la adolescencia, sobre todo a nivel cualitativo¹⁹¹.

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO V. DISEÑO METODOLÓGICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La práctica basada en la evidencia tiene sus inicios en la medicina, comenzando su desarrollo en Canadá desde la disciplina de la epidemiología clínica. Posteriormente, su desarrollo dentro de la profesión de Enfermería se inició en los países de habla inglesa. La práctica enfermera en investigación ha crecido considerablemente en los últimos años con el fin de desarrollar un cuerpo científico que asegure unos conocimientos propios de la profesión y que legitime el trabajo independiente de esta.

A través del proceso científico se plantea este trabajo con el propósito de generar conocimiento dentro del campo de la resiliencia y la inteligencia emocional, en el trabajo de Enfermería especializada en salud mental. Es cierto, que la profesionalización de las especialidades enfermeras ha abierto un amplio abanico en la investigación sobre estas disciplinas, hecho básico que incita a evaluar e investigar nuevas intervenciones, modelos de actuación o taxonomías.

Tal y como queda patente en el apartado teórico, las intervenciones en educación emocional tienen una influencia positiva en aspectos importantes como la salud mental. Estas aportaciones del mismo modo podrían suponer un impulso generador de resiliencia, ya que esta se considera igualmente, un factor positivo de salud. Estimando el trastorno mental en la adolescencia como un hecho estresante o traumático, tanto para el niño/a como para la familia, y posible factor de baja resiliencia, nos planteamos intervenir sobre este y evaluar los efectos que produce, con la intención de mejorar la capacidad resiliente y afrontamiento del adolescente en dicho proceso. De este modo, se genera la cuestión principal de esta investigación.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La educación emocional y en habilidades interpersonales, en un grupo de adolescentes diagnosticados de trastorno mental, mejorará los niveles de resiliencia previos a la intervención.

Para poder resolver esta cuestión nos planteamos los siguientes objetivos:

2.1.OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar los efectos sobre la resiliencia de un programa de educación emocional y habilidades interpersonales en adolescentes diagnosticados de trastorno mental en la infancia y adolescencia.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir puntuaciones de resiliencia previas y posteriores a la intervención
- Describir las distintas variables pre y post intervención.
- Comparar niveles de resiliencia, habilidades emocionales, bienestar subjetivo y tolerancia a la frustración, previos y posteriores a la intervención.
- Evaluar la efectividad de la intervención sobre el resto de variables: habilidades emocionales, tolerancia a la frustración y bienestar subjetivo.
- Evaluar la relación entre la intervención y las puntuaciones previas y posteriores respecto a la satisfacción con el centro escolar.
- Identificar la relación entre variables familiares, personales, clínicas y de aprendizaje con resiliencia.
- Describir la relación entre la existencia de tratamiento farmacológico/psicoterapéutico y el resto de variables.
- Describir la evolución de los participantes a los 6 meses de intervención.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Nuestro estudio, de corte cuantitativo, es de tipo cuasi-experimental pre-test post-test de medidas repetidas. Se considera cuasi-experimental por no poder aleatorizar la muestra y de medidas repetidas por replicar la misma intervención en pequeños grupos controlados.

El diseño pre-post test ofrece la ventaja de presentarnos la referencia inicial y los resultados o cambios en las puntuaciones tras la intervención. De este modo, el mismo grupo experimental actúa como propio control con las puntuaciones previas a la experimentación. Esto, respaldado por los datos analizados, nos permite evaluar la efectividad de dicho programa de intervención.

El trabajo de campo se ha llevado a cabo entre enero y junio de 2016, analizando los datos posteriormente.

3.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y POBLACIÓN A ESTUDIO

La población de las Islas Baleares, en términos sanitarios, es atendida en distintas áreas de salud. La limitación de estas áreas se encuentra influenciada por la localización de las distintas islas pertenecientes al archipiélago balear. El Área de Salud para el desarrollo de este estudio está formada por una población de más de 10.000 habitantes menores de 18 años. El servicio de Salud Mental, lugar de aplicación de la investigación, da cobertura a este total de población. Todo menor que sea atendido en este servicio y que cumpla los criterios de inclusión, es susceptible de recibir la intervención de este estudio. El lugar físico donde se encuentra esta unidad sanitaria es un centro de

especialidades y atención primaria. Dentro de este se ofrece atención especializada a la salud mental de niños y adolescentes.

La población objeto de estudio está compuesta por jóvenes diagnosticados de trastorno mental, con edades comprendidas entre los 12 y 14 años, y que presenten alteración en el manejo y gestión emocional (desregulación emocional).

Como paso fundamental para la inclusión de los adolescentes en dicho programa será imprescindible una derivación por parte del psiquiatra o psicólogo de referencia. Este último tras emitir un juicio diagnóstico y valorar las opciones terapéuticas y clínicas, y siempre que se cumplan los criterios de inclusión, derivará a la consulta de Enfermería de salud mental, encargado de gestionar las peticiones de entrada al programa y de organizar los grupos de trabajo. El profesional que deriva, además, codifica cada caso según consienta su participación, de modo que el investigador encargado de recoger los datos y de poner en marcha la intervención no conozca cuales de los adolescentes derivados al programa participan en la investigación.

Para la inclusión, se notifica que la participación es totalmente voluntaria, que no ocasiona daño físico ni moral alguno y que aún después de haberla iniciado, los participantes pueden rehusar a contestar, dando por terminada la participación, hasta el momento de la recogida de datos posterior, tras el cual los datos quedarán tabulados con un número de serie, siendo imposible relacionar un cuestionario con el participante que ha contestado. Se explica que los datos proporcionados no serán revelados a nadie, que en ningún informe de este estudio se le identificará con su nombre, garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos, y que la información proporcionada sólo será de utilidad para dicha investigación a efectos estadísticos. La participación no supone variación en la calidad de los cuidados prestados al paciente.

Una vez firmado el “Consentimiento Informado” por padres o tutores, y también por el propio menor, se recogerán los datos que incorpora el protocolo de investigación y se iniciará el programa de intervención.

Ya que para el desarrollo de este tipo de terapia es necesario un espacio de tranquilidad, con reducción de estímulos ambientales y sociales, se organizan los grupos con un máximo de 8 participantes, con repetidas intervenciones similares para poder aumentar el tamaño muestral.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios inclusión**

- Niños/as con diagnóstico de Trastorno Mental de aparición en la infancia (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos disruptivos del comportamiento y del control de los impulsos, Trastornos Afectivos o Trastornos de Ansiedad), que reciben tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con edades comprendidas entre 12 y 14 años.
- Niños/as que cumplen el criterio anterior y que en la valoración diagnóstica por parte del profesional de referencia (psiquiatra o psicólogo clínico), se objetiva la necesidad del trabajo en educación emocional y habilidades interpersonales, es decir, en cuya sintomatología haya presente dificultad en la gestión de las emociones o desregulación emocional.

- **Criterios exclusión**

- Adolescentes cuyos progenitores o tutores legales no consientan participar en esta intervención, o que ellos mismos se nieguen a pesar de no tener la edad sanitaria legal.
- Adolescentes sin juicio diagnóstico emitido, ya que es necesario precisar la situación problema antes de plantearse intervención en este programa.
- Diagnóstico de trastorno de conducta manifestado únicamente a nivel escolar. Los problemas de estos niños deben ser abordados en el medio correspondiente.
- Adolescentes con problemas conductuales incompatibles con la participación en grupo, como por ejemplo, agresividad, agitación, alteración psicopatológica

importante. En este caso se abordará a nivel individual, no participando pues en esta investigación.

- Adolescentes que tras iniciar al programa tengan dos faltas de asistencia a las sesiones, ya sea justificadas o no. Hecho que no desestima que pueda seguir participando en el programa pero sus datos no son aportados al análisis planteado.
- Adolescentes con diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista (TEA) u otros trastornos del neurodesarrollo no indicados en los criterios de inclusión.
- Adolescentes tras alta hospitalaria en una Unidad de Salud Mental de corta estancia.
- Adolescentes con consumo activo de sustancias tóxicas.

3.4. VARIABLES

- **Variable independiente**

Intervención de Enfermería: educación emocional y en habilidades interpersonales. Compuesta por la intervención llevada a cabo durante el programa de intervención grupal.

- **Variables dependientes**

- Variable dependiente principal:** Resiliencia.

- Variable dependiente:** Tolerancia a la frustración.

- Variable dependiente:** Bienestar psicológico subjetivo.

- Variable de ajuste.** Criterios de resultado taxonomía NOC:

- 120402 Muestra un estado de ánimo sereno.

- 120403 Muestra control de los impulsos.

- 130901 Verbaliza una actitud positiva.

- 130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.

- 130903 Expresa emociones.

- 130907 Muestra una autoestima positiva.

- 130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.

- 130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.

- **Variables sociodemográficas**

Compuestas por edad, sexo, datos familiares (composición de la familia) y de convivencia, datos curriculares y escolares (curso, centro privado o público) repetidor.

- **Otras variables**

-Información sobre posible tratamiento farmacológico, información derivada del tratamiento y profesionales implicados en el.

-Satisfacción con el centro escolar medida con puntuaciones de 0 a 10 (siendo 0 la menor puntuación y 10 la máxima)

3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.5.1 Educación emocional, habilidades interpersonales y de regulación

emocional: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Adaptación de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995).

Como ya sabemos, la inteligencia emocional (IE) es una habilidad para controlar los sentimientos y emociones de uno mismo y de los demás, discriminar entre ellos y utilizar esa información como guía para la acción y el pensamiento propio⁷. Según el enfoque de Mestre y Berrocal se define la IE como un conjunto de cuatro habilidades: a) percibir y expresar emociones con precisión; b) utilizar las emociones para facilitar la actividad cognitiva; c) comprender las emociones, y d) regular las emociones para el crecimiento personal y emocional¹⁰². Siguiendo esta estructura, se compone y adapta la escala TMMS-24.

La medida de las capacidades emocionales puede realizarse mediante diferentes procedimientos según distintos modelos teóricos. Siguiendo el enfoque de Salovey y Mayer, esta escala trata de una medida de autoinforme en la que el sujeto evalúa sus propias capacidades emocionales, en este caso mediante una versión adaptada¹⁹².

Se compone de 24 ítems que se pueden aplicar tanto de forma individual como colectiva, con la finalidad de evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida (atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional). Los ítems deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1= Nada de acuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo). La agrupación de estos ítems da lugar a tres dimensiones coincidentes con el modelo de Salovey y Mayer: atención emocional (coeficiente de fiabilidad encontrado fue de 0.89), claridad emocional (alfa de Cronbach de 0.89) y reparación emocional (alfa de Cronbach de 0.85)¹⁰¹.

Para su corrección deben sumarse las puntuaciones asignadas a los ítems que componen cada una de las escalas y dimensiones. Se agrupan del siguiente modo:

Tabla 3. *Agrupación de ítems para el cálculo de la inteligencia emocional intrapersonal.*

ATENCIÓN A LAS EMOCIONES (Percepción)	CLARIDAD EMOCIONAL (Comprensión)	REPARACIÓN EMOCIONAL (Regulación)
Ítem del 1 al 8 inclusive.	Ítem del 9 al 16 inclusive.	Ítem del 17 al 24 inclusive.
8-40 puntos	8-40 puntos	8-40 puntos

Fuente: Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. 2012

Una vez calculadas estas puntuaciones directas pueden transformarse en puntuaciones baremadas (centiles) usando las tablas correspondientes al sexo y la edad del chico o chica que haya cumplimentado el cuestionario. Los autores de la escala aportan unas tablas para calcular las puntuaciones finales del sujeto en cada una de las tres dimensiones con diferentes puntos de corte para hombres y para mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de estos grupos.

Al tratarse de una autoevaluación es posible que algunos sujetos sobreestimen sus capacidades y que otros las infravaloren. Además, la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido el sujeto evaluado al responder a las preguntas.

3.5.2 Resiliencia: Escala de Resiliencia Escolar de Saavedra 2008.

Con el propósito de contar con un instrumento validado y confiable, en idioma castellano y destinado a jóvenes y adolescentes, Saavedra y Castro diseñaron y validaron la Escala de Resiliencia Escolar. Esta se adapta a partir de la Escala de Resiliencia SV-RES de Saavedra y Villalta (2008)⁴⁰ y en ella además de aportar una puntuación total, desgrena por dimensiones la resiliencia. De este modo posibilita diferenciar los aspectos fuertes y débiles, que permanecían ocultos tras una puntuación total.

Esta escala destinada a niños/as de 9 a 14 años, consta de 27 ítems con 5 alternativas como respuesta, desde 5 “muy de acuerdo” a 1 “muy en desacuerdo”, con una puntuación máxima de 135 puntos y mínima de 27 puntos. A mayor puntuación mejores capacidades resilientes.

Tabla 4. Indicadores de resiliencia según Saavedra y Castro

Identidad-Autoestima	Fortalezas personales y condiciones internas de los niños (Alfa de Cronbach de 0,68). Ítem 1 al 9
Redes-Modelos	Apoyo o posibilidad de apoyo percibido desde los otros y la posibilidad de generar recursos en red (Alfa de Cronbach de 0,77). Ítem 10 al 18
Aprendizaje-Generatividad	Habilidades del niño para relacionarse y resolver sus problemas (Alfa de Cronbach de 0,78). Ítem 19 al 27
Recursos Internos	Miden las características que tienen una dependencia más personal del sujeto, más estructural (Alfa de Cronbach de 0,82). Ítems 1-3, 5, 7-9, 16-18, 20, 26, 27
Recursos Externos	Características de las interacciones establecidas por el sujeto con su entorno (Alfa de Cronbach de 0,80). Ítems 4, 6, 10-15, 19, 21-25

Fuente: Cabrera García VE, Aya Gómez VL, Guevara Marín IP (2014)

Presenta en su totalidad una validez con coeficiente de Pearson $r = 0,78$ y una fiabilidad de Alfa de Cronbach $0,88^{40,193}$.

3.5.3 Tolerancia a la frustración: Stress Management Subscale. Adaptación española de la subescala Stress Management del Emotional Quotient Inventory (EQ-i, YV) de Bar-On y Parker (2000).

El manejo de situaciones estresantes es una de esas habilidades que definen a una persona social y emocionalmente inteligente. Para afrontar con éxito la vida cotidiana parece importante, al menos en nuestra cultura, poseer la capacidad para resistir dichas situaciones o sucesos estresantes y tener también capacidad para demorar los impulsos. Ambas habilidades nos permiten vivir en sociedad y son fundamentales para un buen ajuste psicológico y social.

La tolerancia al estrés es, en esencia, la habilidad para afrontar y manejarse con situaciones adversas y estresantes sin sentirse desbordado. Las personas que tienen altos niveles de tolerancia al estrés eligen una forma adecuada para afrontarlo, tienen recursos personales para ello y son eficaces para encontrar soluciones posibles. Esa capacidad se basa en una disposición optimista hacia las experiencias nuevas y los cambios, la cual se relaciona con la creencia en las propias capacidades para afrontar y manejar ese tipo de situaciones vitales. Además, las personas con alta tolerancia a la frustración se sienten capaces de controlar o influir en la situación que provoca estrés, cuentan con un repertorio de conductas posibles para actuar ante las situaciones difíciles, mantienen la calma y no se dejan llevar por emociones fuertes, ni por la desesperanza o la ansiedad.

El control de impulsos, es la habilidad para regular de forma eficaz y constructiva las emociones. En concreto, consiste en resistirse a los impulsos o tentaciones, por lo que tiene que ver con la agresividad y la conducta irresponsable. Para aplicar dicho control, es preciso aceptar nuestros impulsos agresivos para poder manejarlos de forma adecuada¹⁷².

La escala se compone de 8 ítems a aplicar de forma individual o colectiva en niños y adolescentes, en la que evalúa la percepción de estos sobre su propia capacidad para el manejo del estrés-tolerancia al estrés y control impulsivo. El sujeto que completa el cuestionario debe responder indicando la puntuación que mejor lo define en cada ítem siguiendo una escala que va desde 1 (Nunca) a 5 (Siempre). La fiabilidad de dicha escala aporta un índice alfa de Cronbach de 0.77.

Para su corrección, en primer lugar deben invertirse las puntuaciones de todos los ítems incluidos en la subescala. Para ello, se cambiarán las puntuaciones de esta manera (1 = 5), (2 = 4), (3 = 3), (4 = 2) y (5 = 1). A continuación, han de sumarse las puntuaciones asignadas a los ítems para obtener la puntuación en la dimensión. Seguidamente presentamos dicho sumatorio y, entre paréntesis, las puntuaciones máximas y mínimas que pueden obtenerse. Manejo del estrés: ítem1 + ítem2 + ítem3 + ítem4 + ítem5 + ítem6 + ítem7 + ítem8 (8-40). Una vez calculadas estas puntuaciones directas pueden transformarse en puntuaciones baremadas (centiles).

3.5.4 Bienestar psicológico subjetivo: Personal Well Being Index (PWI) versión 7 ítems.

La Personal Well Being Index (PWI) es una escala que evalúa la satisfacción en distintos ámbitos de la vida: nivel de vida, salud, logros, relaciones, seguridad en el futuro, vínculos con la comunidad y seguridad personal. En cuanto a la validez y fiabilidad ha mostrado un buen rendimiento con una homogeneidad interna con valores de alfa de Cronbach entre 0,75 y 0,85 ¹⁹⁴.

En un inicio fue utilizada y dirigida a población adulta, pero la construcción de sus ítems permite el uso ampliado a todo tipo de poblaciones ¹⁹⁵. Ha sido aplicada con poblaciones a partir de 12 años en países como Brasil, Chile y Rumania mostrando buenas propiedades psicométricas ¹⁹⁶. Actualmente está siendo utilizada por un elevado número de investigadores y ha sido traducida a varios idiomas, planteando el único inconveniente que es su uso en países en vías de desarrollo

Sus valores oscilan entre “completamente insatisfecho” a “completamente satisfecho”, con puntuaciones de 0 a 10. La escala global es el resultado de la suma de los ítems y reconvertirlo a una escala de 0 a 100¹⁹⁷.

3.5.5 Clasificación de resultados enfermeros: criterios de resultado enfermero como instrumento de evaluación.

Los NOC (Nursing Outcomes Classification), o resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera, son estados, conductas o percepciones de una persona, familia o comunidad que se miden a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras. Cada objetivo cuenta con una serie de indicadores que se usan para determinar el estado del paciente respecto al resultado.

La taxonomía NOC es una organización sistémica de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene 5 niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. Forma parte del proceso de atención de Enfermería (PAE), siendo utilizada para la descripción de resultados esperados tras una intervención enfermera. En la etapa de planificación de dicho proceso, y en vistas a las respuestas humanas alteradas, y diagnósticos enfermeros emitidos, se formulan unos objetivos con el fin de conseguir mediante cuidados profesionales que el paciente regrese a la normalidad, mejorando su estado de salud.

Los indicadores de resultado, definidos como “estado, conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado”, se utilizan con el fin de medir, mediante escala tipo Likert, la consecución o cambios producidos en el resultado enfermero esperado. En la Tabla 5 se clasifican los objetivos NOC y criterios diagnósticos de los que se extraerán indicadores enfermeros para evaluar la efectividad de la intervención propia de esta investigación.

Tabla 5. Resultados esperados y criterios diagnósticos para evaluar su consecución

NOC	CRITERIOS DE RESULTADO
1204-Equilibrio emocional <i>(Desde nunca demostrado a siempre demostrado mediante escala Likert de 5 puntos).</i>	-120402 Muestra un estado de ánimo sereno. -120403 Muestra control de los impulsos
1309-Resiliencia personal <i>(Desde nunca demostrado a siempre demostrado mediante escala Likert de 5 puntos).</i>	-130901 Verbaliza una actitud positiva -130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas -130903 Expresa emociones -130907 Muestra una autoestima positiva -130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos. -130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.

Fuente: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 2014

Estos forman parte de la evaluación de la efectividad del programa de educación emocional y habilidades interpersonales. Serán rellenados por parte del terapeuta evaluador al principio y al final de dicha intervención.

Su uso en la investigación supone proporcionar la evidencia científica necesaria para llevar el conocimiento enfermero a medir el impacto de la profesión en los cuidados del paciente.

Los resultados son el desencadenante para la evaluación de la calidad y efectividad, aportando información sobre el beneficio que obtuvo el paciente de la intervención realizada. La utilización de estos para la evaluación de los cuidados permite a los investigadores explicar que diferencias se producen en los logros conseguidos entre varios sujetos. Esta área es el punto de partida para investigaciones futuras, además, permite el uso de sistemas de medida respaldados por la evidencia científica, como son los indicadores de resultado.

A pesar de la aparición de nuevos estudios en los que se hace uso de la taxonomía enfermera, queda mucho campo por estudiar. Un ejemplo de ello sería en torno a la

interrelación entre NANDA, NOC Y NIC. Además la investigación permitiría el desarrollo más completo de las escalas de puntuación.

En resumen, el uso de la NOC en la investigación aumenta a medida que más enfermeros avanzan en el uso del lenguaje estandarizado. Estudios que utilizan la NOC cada vez son más frecuentes y se espera un aumento de los mismos. Esta circunstancia permitirá a la Enfermería demostrar la calidad y efectividad mediante la obtención de datos que evalúen los resultados del paciente en relación a su práctica profesional¹⁹⁸⁻²⁰⁰.

3.6. REGISTRO Y RECOGIDA DE DATOS. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La recogida de datos se llevó a cabo previo a la primera sesión de grupo (pre-test), como primer paso, el derivante e investigador han informado de la realización de una investigación, dando la información correspondiente y entregando el consentimiento informado. A la vez, a cada sujeto se le asignó un número de caso, participen o no en la investigación, utilizado posteriormente en el protocolo. El pre-test fue recogido, evaluado y archivado según el número de caso, de modo que el investigador que recogía los datos no conocía qué casos participan en la investigación. En la última sesión de grupo y tras finalizar se les hizo entrega de los cuestionarios (post-test), se codificaron con el número correspondiente y una vez rellenados se completó el protocolo (pre y post test), siendo entregado al profesional derivante, quien selecciono los participantes que consintieron que sus datos fuesen utilizados en esta investigación. Ya de forma anónima, se entregaron al investigador principal para la gestión de los datos de cara a su análisis estadístico.

Una vez obtenidos los protocolos y sus resultados, estos se tabularon en la base de datos en la que constan todas las variables e información obtenida. Se utilizó el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 23, como recurso para establecer dicho registro.

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos

descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimo, máximo, media y desviación típica. La fiabilidad de las escalas se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Para contrastar si el cambio entre las medidas de las escalas en el tiempo depende del sexo, tipo de familia y si se es o no repetidor se realizaron los análisis ANOVA de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos, a través del procedimiento Modelo Lineal General (MLG) para estudiar el efecto que sobre las variables dependientes (escalas) ejercen los factores intra-sujeto (tiempo) e intersujeto (sexo, familia y repetidor) y la interacción de éstos.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0.05$.

3.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se define intervención de Enfermería como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Incluyen tanto los cuidados directos como los indirectos. Las “intervenciones directas” tienen que ver con la acción directa sobre el paciente, mientras que la “intervención indirecta” es realizada lejos del paciente pero que tiene como fin el beneficio de este e incluyen acciones dirigidas al ambiente que le rodea. Además de las anteriores, otra posible actuación es la “intervención enfermera en la comunidad”, dirigida a fomentar o mantener la salud de las poblaciones.

El tratamiento que pone en marcha el enfermero, es una intervención fundamentada en el diagnóstico enfermero emitido. Es una acción autónoma basada en los fundamentos científicos y es ejecutada en beneficio del paciente. Se relaciona tanto con el diagnóstico de enfermería como con los resultados proyectados. Las acciones

incluirían los tratamientos iniciados por enfermeros especialistas. Al igual que lo hace de forma autónoma dentro de las competencias enfermeras, también, lo hace en respuesta a tratamientos iniciados por parte del médico.

Dentro de cada intervención, se especifican unas actividades, estas son acciones específicas que realizan los profesionales de Enfermería para llevar a cabo una intervención y son una ayuda al paciente de cara a avanzar hacia el resultado deseado.

Las intervenciones enfermeras se encuentran clasificadas dentro de la taxonomía específica que permite una organización sistemática de estas en función de las similitudes. Dicha taxonomía se estructura en tres niveles: campos, clases e intervenciones²⁰¹.

La intervención desarrollada en este proyecto trata de una **terapia de tipo grupal**. Sus orígenes se remontan a su uso en Estados Unidos a principios del siglo XX en pacientes con tuberculosis. Una década después se comenzó a utilizar con enfermos mentales por Marsh, un psiquiatra familiarizado con este tipo de terapia. En sus inicios, los grupos se organizaban de forma estricta, con una estructuración similar a los centros educativos. Otro de los pioneros, Lazell, comenzó a utilizar los grupos con un estilo psicoeducativo y para enfermos con esquizofrenia, siendo uno de los primeros terapeutas que teorizó acerca del método en grupo. Destaca también Slavson por su trabajo con grupos de niños. En Europa, fue Moreno el gran impulsor, ya que los trabajos de Freud se consideraban teóricos. Las aportaciones relacionadas con este autor son la sociometría, el role-playing y el psicodrama. Estas técnicas han crecido hasta la actualidad en distintas corrientes.

Una aproximación a la definición de grupo fue la emitida por Sunyer, para quien se trata de “un entramado de relaciones dinámicas entre sus integrantes que le dan una entidad mucho más difícil de abarcar que la de un solo individuo”. Para Battegay, un grupo es “una formación social altamente organizada, compuesta por un número casi siempre reducido de individuos estrechamente relacionados entre sí”. Son varias y diversas las definiciones o la conceptualización que se le puede dar a grupo. En su uso con objetivos terapéuticos hay una idea central, y es que todos los miembros que

participan en un grupo se relacionan y organizan permitiendo la satisfacción de sus necesidades, mediado por la interrelación entre los miembros.

Como las propias teorías y paradigmas psicológicos, médicos o distintos modelos de Enfermería, la evolución de las intervenciones en grupo han surgido en diversas corrientes y modalidades. Según la perspectiva tomada podemos encontrar los siguientes ejemplos de tipo de grupo: de orientación sociológica, perspectiva psicosocial o individualista, sociometría, psicodrama o sociodrama, Gestalt, o sobre teoría de Sistemas, etc. Cada uno de ellos puede ejercer una o varias funciones y pueden configurarse como un grupo terapéutico, psicoterapéutico, grupo de autoayuda, educativo, de tareas, ocupacional, etc. Cualquiera de estas modalidades u otras pueden ser válidas, la intervención en grupo permite una variedad amplia de posibilidades en cuanto al tipo de función.

Los grupos sociales pueden ir desde un grupo pequeño hasta amplio de personas, algo que lo diferencia de los grupos con objetivos terapéuticos dentro de la clínica y atención especializada, pues estos últimos se configuran con un número reducido de personas. Son ideales aquellos grupos de pequeño o mediano tamaño. Los primeros incorporarían de 6 a 10 participantes, los segundos hasta 30.

Una de las figuras de importancia dentro de estos, más allá de los participantes, es la de conductor o terapeuta, encargado de encauzar las tareas a desarrollar en el grupo dándole la forma y sentido necesario para conseguir los objetivos propuestos. Además, controla y asesora en los comportamientos y reacciones ocurridos durante el desarrollo. Un terapeuta puede ser cualquier profesional experto en un tema que lidera el grupo. Esta figura no es la misma que psicoterapeuta.

El terapeuta debe poseer unas características que lo hagan idóneo para la interacción grupal: comportamiento asertivo, comportamiento a imitar, sociable y hábil socialmente, infundir esperanza, ser transmisor de conocimientos, coherente y con capacidades de cohesión. Sus funciones van desde convocar la actividad, establecer las normas y asegurar su cumplimiento, hasta cuidar de los participantes, conducir tanto las

relaciones grupales desde un inicio y las tareas a desarrollar, y a la vez tener función teorizante y de organización.

Si nos centramos en los participantes, estos pueden adquirir diversos roles: líder, orientador, elaborador, coordinador, evaluador, estimulador, indicador, dominador, mudo, evasor, animador, armonizador, observador, etc. Cada uno de estos roles deben ser identificados por el terapeuta para darles un uso beneficioso dentro de la dinámica grupal.

En definitiva, el uso de la intervención grupal permite el enriquecimiento de los participantes a través de las experiencias y vivencias de otros, del mismo modo que son un vehículo de enseñanza y aprendizaje. Además, permite que profesionales de distintos ámbitos desarrollen las intervenciones propias de su profesión organizadas en un formato que da salida de información a un mayor número de personas, siendo de este modo optimizador del tiempo y de la efectividad laboral, dentro de la oportunidad ya mencionada para el participante²⁰²⁻²⁰⁵.

El desarrollo del programa de educación emocional y habilidades interpersonales fue llevado a cabo en una unidad de salud mental infanto-juvenil. Consta de 8 sesiones grupales, con una duración de 75-90 minutos cada una. Dicho grupo está dirigido por el enfermero especialista en salud mental con la ayuda y participación de co-terapeutas. Este programa de intervención está diseñado con el objetivo de facilitar una intervención precisa.

Las sesiones de la intervención grupal avanzan de forma gradual. La información aportada en las sesiones previas son de utilidad y necesarias para el desarrollo de las siguientes. De este modo, se retoma la información de todas las sesiones. En la siguiente tabla (6) se distribuye el contenido de las sesiones con los objetivos principales y las intervenciones NIC que guían la sesiones y que son llevadas a cabo en cada una de ellas, partiendo y planificadas en base a los NOC planteados como variables: **Equilibrio emocional (1204)** y **Resiliencia personal (1309)**.

Tabla 6. *Contenido de las sesiones grupales*

SESIÓN	CONTENIDO	OBJETIVOS	NIC (INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA)
SESIÓN 1	- Pre-test, entrevista - Normas y funcionamiento. - Presentación - IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES. - DENOMINACIÓN DE EMOCIONES - CEREBRO EMOCIONAL	-Identificar emociones básicas. -Identificar emociones consideradas positivas y negativas -Identificar cómo funciona el cerebro emocional -Relacionar emociones con las situaciones que las causan de forma coherente	(5510) Educación sanitaria (4410) Establecimiento de objetivos comunes (8120) Recogida de datos para la investigación
SESIÓN 2	- RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES - DIFERENCIACIÓN EMOCIONES - PERCEPCIÓN DE LAS EMOCIONES - EMOCIÓN/ PENSAMIENTO/ CONDUCTA	-Reconocer distintas emociones y las diferencias individuales en su percepción. -Identificar las partes implicadas en la respuesta emocional	(5510) Educación sanitaria (4430) Terapia con juegos
SESIÓN 3	- INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES - AUTORREGULAR LAS EMOCIONES - EMOCIONES EN NUESTRO CUERPO	-Reconocer distintas intensidades en las emociones según la respuesta que las preceden -Identificar como se reflejan las emociones en nuestro cuerpo	(5510) Educación sanitaria (6610) Identificación de riesgos (4350) Manejo de la conducta
SESIÓN 4	- MANEJO Y GESTIÓN DE NUESTRAS EMOCIONES - HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	-Identificar como se expresan las emociones en nuestra mente, cuerpo y conducta. -Identificar respuestas emocionales disfuncionales	(4640) Ayuda para el control del enfado (5330) Control del humor (4350) Manejo de la conducta
SESIÓN 5	- REGULAR EMOCIONES - ALTERNATIVAS DE RESPUESTA EMOCIONAL - ESTRATEGIAS PERSONALES PARA LA GESTIÓN DE EMOCIONES	-Identificar y saber utilizar alternativas a las respuestas emocionales disfuncionales	(5230) Aumentar el afrontamiento (4380) Establecer límites (4350) Manejo de la conducta (4360) Modificación de la conducta
SESIÓN 6	- ASERTIVIDAD - EMPATÍA - HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	-Identificar el estilo de comunicación asertivo y sus diferencias con la comunicación agresiva o pasiva -Identificar empatía y como desarrollarla. -Conocer diferentes circunstancias que dificultan la comunicación y cómo manejarlas.	(5250) Apoyo en la toma de decisiones (4340) Entrenamiento de la asertividad (5020) Mediación de conflictos (4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales (5100) Potenciación de la socialización

SESIÓN 7	- AUTOESTIMA. VALORANDONOS DE FORMA POSITIVA - AUTOCUIDADO PERSONAL Y ENFOCADO ALA REGULACIÓN DE LA EMOCIONES	-Conocer autoestima y como fomentarla. -Aprender principales medidas de autocuidado	(5440) Aumentar los sistemas de apoyo (7700) Evaluación de compañeros (4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales
SESIÓN 8	- PLAN DE MEJORA - RECUPERAR LA CONFIANZA - Despedida - Post-test	-Desarrollar un plan de mejora, emergencia y de acción en caso de desbordamiento emocional -Fomentar la confianza personal	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad (4360) Modificación de la conducta (5100) Potenciación de la socialización (8120) Recogida de datos para la investigación
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC DESARROLLADAS DE FORMA GENERAL DURANTE TODO EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES INTERPERSONALES.		(8700) Desarrollo de un programa (6040) Terapia de relajación simple (5270) Apoyo emocional (5460) Contacto (5465) Contacto terapéutico (5820) Disminución de la ansiedad (4920) Escucha activa (8272) Fomentar el desarrollo: adolescentes (4310) Terapia de actividad	

Una de las bases de la intervención es la **terapia cognitivo conductual**. Es un modelo preparado y de utilidad en casos en los que se pretendan ajustes o cambios conductuales de aquellas conductas que resultan desadaptadas o disfuncionales, para cambiarlas por patrones de conducta efectivos.

El estilo de interacción del terapeuta es directivo y a menudo debe actuar como profesor, sobre todo tratándose de adolescentes. Impartirá métodos o indicaciones para las conductas modificables, se pondrán en práctica mediante simulacro durante las sesiones y después los participantes deben llevar esas técnicas a su vida diaria. Para ello el terapeuta debe motivar y orientar en cómo llevarlas a cabo. De los participantes se esperará que sean activos en la puesta en marcha, para ello el terapeuta actuara como dinamizador, es el responsable del funcionamiento de las sesiones.

Por lo general, los grupos están compuestos por una muestra homogénea con respecto a un problema general que es el abordado. Desde los inicios de su utilización se

han llevado a cabo terapias de diversa índole, desde problemas con comportamiento agresivo, afectivos, de habilidades sociales, resolución de conflictos, etc.

Una de las grandes ventajas de este tipo de terapia es el enriquecimiento que se produce de información y retroalimentación entre los participantes. Comparten experiencias, son fuente de apoyo, participan en la búsqueda de alternativas, forman parte del cambio e intervienen en la dinámica del grupo, todo ello en un ambiente de protección. La oportunidad de refuerzo que ofrece el grupo, no solo interfiere en la puesta en marcha y prácticas de conductas, a la vez son un instrumento de evaluación, siendo esta circunstancia un refuerzo para la propia enseñanza.

Durante este tipo de grupos se pueden llevar a cabo múltiples técnicas, entre las cuales se encuentran la reestructuración cognitiva, desensibilización, terapia implosiva, role-playing, etc. Estas se ponen en práctica en un número de sesiones que van desde las 6 hasta las 18 aproximadamente. El adiestramiento a corto plazo estaría en marcada de 6 a 12 sesiones, mientras que uno a largo plazo puede alcanzar hasta las 18 sesiones. La periodicidad varía entre semanal a cada 2 semanas²⁰⁶.

3.8. SESGOS Y LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN.

Como se indica en la parte metodológica, en el tipo de estudio, se cuenta como primera limitación la no posibilidad de aleatorizar la muestra. Ya que la intervención se produce dentro de un servicio de atención infanto adolescente, no se puede limitar el acceso del usuario a esta, de modo que medidas de aleatorización podrían ser discriminatorias. Es posible además, que los criterios diagnósticos de derivación condicionen la selección de los sujetos que participan en la intervención.

Si nos fijamos en la periodicidad del estudio también nos encontramos con la posibilidad limitada de medición a largo tiempo, algunos pacientes reciben el alta o

abandonan el seguimiento. También es posible un sesgo de información relacionado con las medidas de autoinforme.

En cuanto a la planificación del trabajo y las sesiones no se esperan errores ya que está basada en evidencia adaptada a la muestra. Sí que se cuenta con la limitación de aparición de otros eventos ajenos a la intervención, de confusión. Estos serán registrados para su análisis en caso de que sucedan.

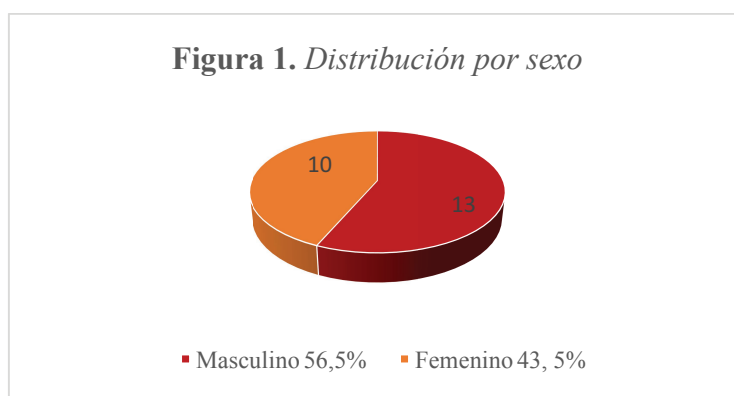
En definitiva, el hecho de no poder aleatorizar la muestra y proceder de una derivación basada en datos clínicos ofrece la posibilidad de estar limitado por cuestiones en relación a la objetividad del derivador. Por otra parte, el hecho de ser cuestionarios autoaplicados conlleva la posible aparición de sesgos en la recopilación de datos.

CAPITULO VI. RESULTADOS

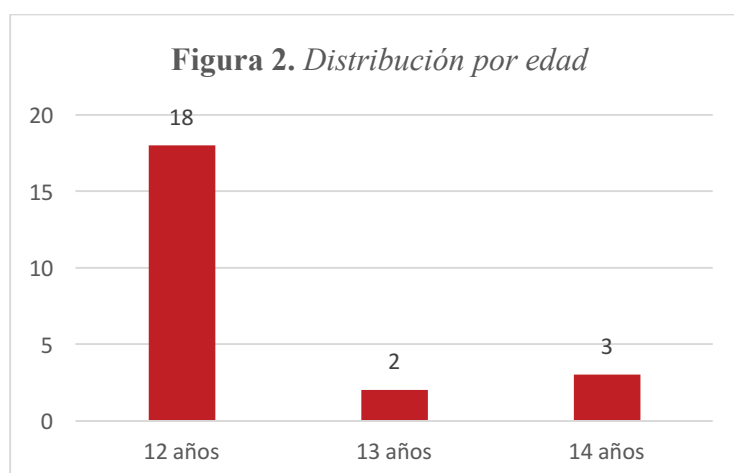
En el desarrollo de este apartado se llevará a cabo la descripción de los resultados obtenidos. En primera instancia se recogen los datos de carácter descriptivo y que son de utilidad para la interpretación del análisis posterior.

- **Datos sociodemográficos**

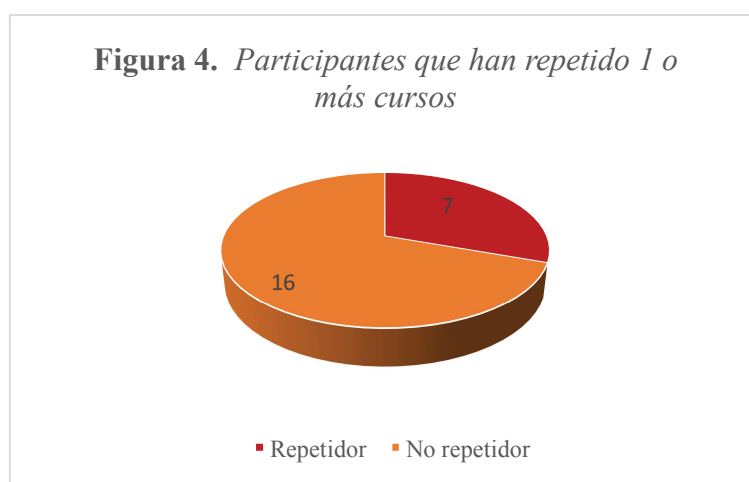
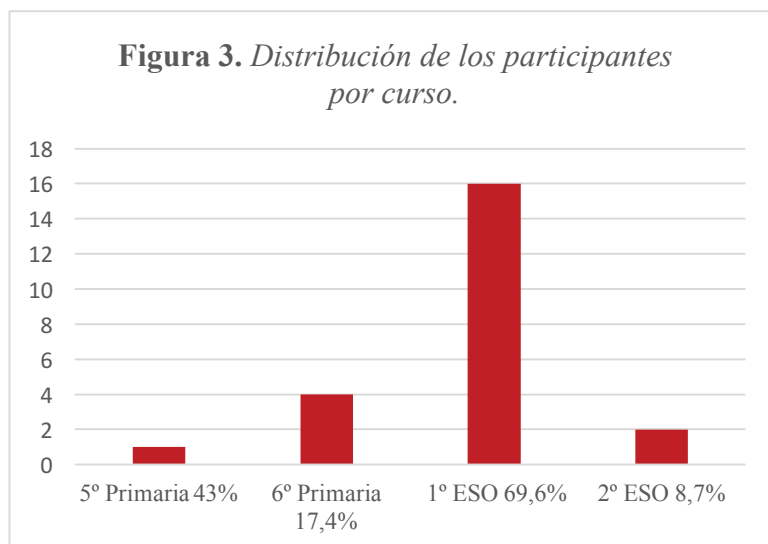
La muestra final del estudio quedó constituida por **23 participantes** de los cuales un 56,5% (n = 13) son hombres y un 43,5% (n = 10) mujeres (Figura 1).



La edad de los participantes osciló entre los 12 y 14 años con un promedio de 12,3 años (DT = 0,7) (Figura2).



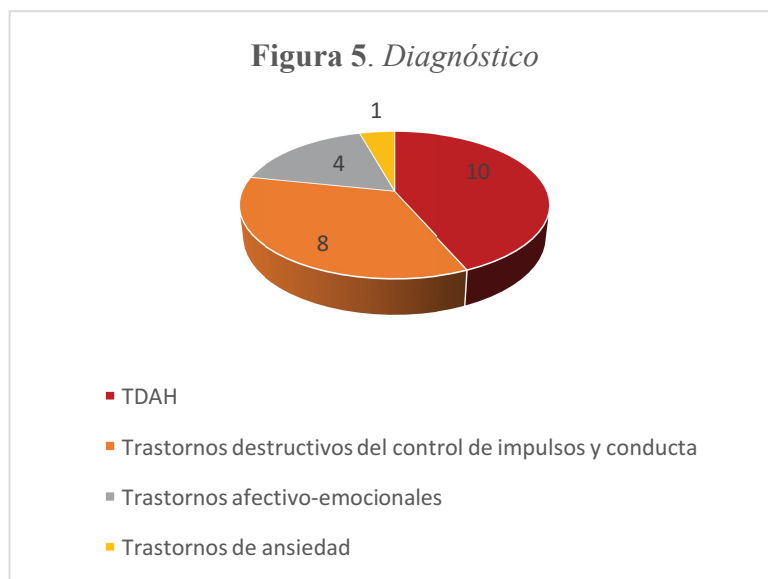
En la Figura 3 se muestra la distribución del alumnado por curso, de los cuales un 69,6% (n = 16) no han repetido curso y un 30,4% (n = 7) sí lo han hecho (Figura 4).



- **Variables clínicas**

En relación a la **variables clínicas** estudiadas destacan los siguientes datos. Un 43, 5% (n = 10) de los participantes estaba diagnosticado de TDAH, mientras que un 34,8% (n = 8) lo estaba de Trastornos Destructivos del Control de los Impulsos y Conducta, siendo estos los grupos diagnósticos principales. Mientras un 17,4% (n=4)

participantes presentaban un trastorno afectivo-emocional y 1 caso un trastorno de ansiedad (4,3%) (Figura 5).



Más de la mitad de los participantes un 56,5% ($n = 13$) (Figura 6) estaba en seguimiento por el servicio de salud mental por un periodo inferior a un año y hasta el 87% ($n = 20$) fue derivado a la intervención grupal por parte de Psicología clínica, hecho que concuerda con la presencia de un 91,3% ($n = 21$) de ausencia de tratamiento farmacológico.

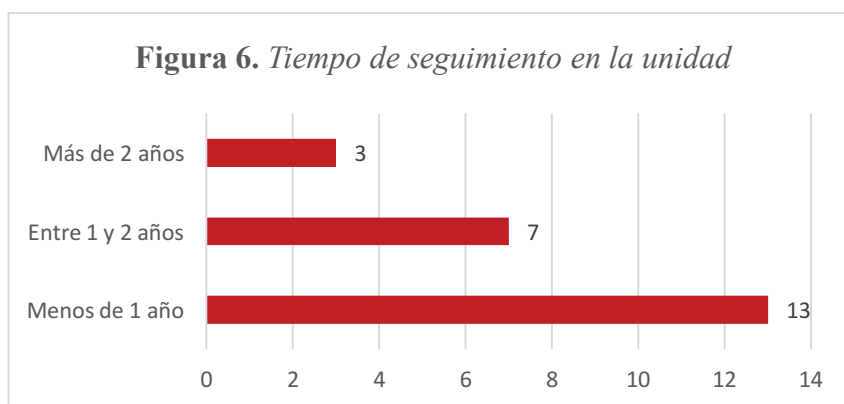


Figura 7. Derivante

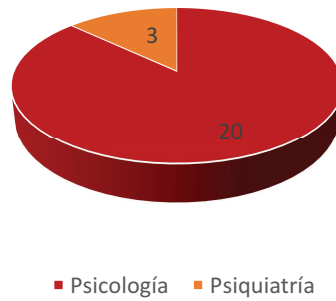


Figura 8. Presencia de tratamiento farmacológico

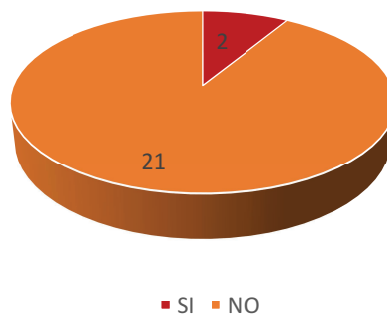
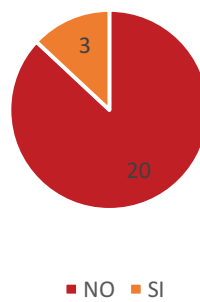


Figura 9. Comorbilidad

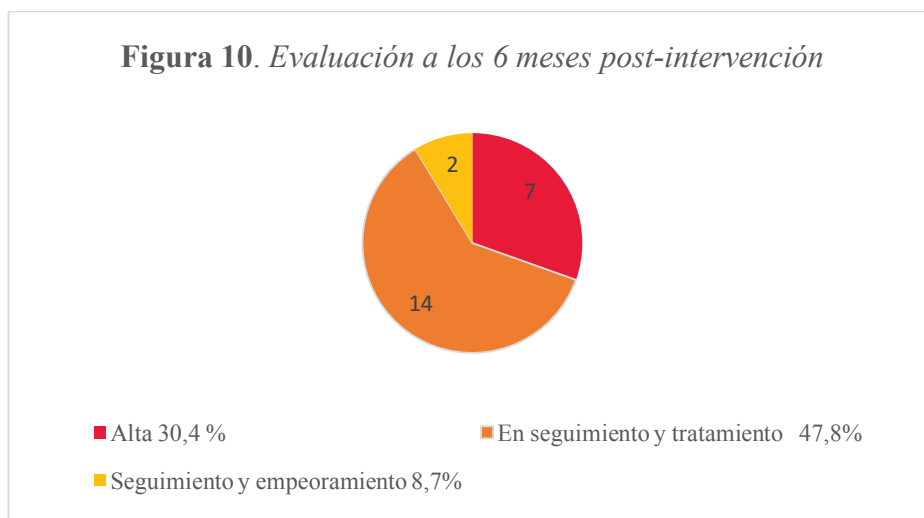


Los datos generales en relación a las variables clínicas quedan recogidos en la Tabla 7.

Tabla 7. *Descriptivo variables clínicas.*

Variable	n	%
Diagnóstico		
TDAH	10	43,5
Trastorno relacionados con la conducta y control de impulsos	8	34,8
Trastorno afectivo-emocional	4	17,4
Trastorno de ansiedad	1	4,3
Comorbilidad		
No	20	87,0
Sí	3	13,0
<i>Tipo comorbilidad</i>		
Síndrome Polland	1	33,3
Tricotilomanía	1	33,3
Trastorno relacionado con sucesos traumáticos	1	33,3
Tiempo seguimiento en la unidad		
Menos de un año	13	56,5
Entre 1 y 2 años	7	30,4
Más de 2 años	3	13
Derivante		
Psicología	20	87
Psiquiatría	3	13
Tratamiento farmacológico		
No	21	91,3
Sí	2	8,7
<i>Tipo tratamiento farmacológico</i>		
Metilfenidato	2	100

Los datos evolutivos obtenidos a los 6 meses post intervención quedan recogidos en la Figura 10. Se observa como 7 (30,4%) participantes fueron dados de alta según el registro y el resto, más del 50%, permaneció con seguimiento, tratamiento o empeoramiento.



El análisis descriptivo y de fiabilidad para la totalidad de la muestra y en cada una de las escalas se muestra en la Tabla 8. Se obtuvieron resultados fiables en la generalidad de las escalas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

Tabla 8. *Descriptivo y fiabilidad de las escalas para la muestra total*

Escala	Rango	Media (DT)	Alfa de Cronbach
TMMS24			
Atención a las emociones	11 - 37	23,96 (6,28)	0.892
Claridad emocional	11 - 35	25,17 (5,13)	0.913
Reparación emocional	16 - 36	25,00 (5,79)	0.877
Tolerancia a la frustración corregido	10 - 37	20,74 (6,64)	0,875
Puntuación total PWI	48 - 95,71	75,24 (12,87)	0,921
Satisfacción con tu colegio/instituto al que vas	0 - 10	6,74 (2,63)	0,860
ERE			
Total	49 - 124	93,22 (18,67)	0,896
Identidad-autoestima	14 - 37	29,30 (6,02)	0,936
Redes-modelos	12 - 47	32,17 (8,71)	0,908
Aprendizaje. Generatividad	16 - 43	31,30 (6,57)	0,901
Recursos internos	20 - 62	44,30 (10,12)	0,910
Recursos externos	24 - 71	49,35 (11,12)	0,887
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	2 - 4	3,09 (0,79)	0,913
120403 Muestra control de impulsos	1 - 4	2,48 (0,73)	0,889
130901 Verbaliza una actitud positiva	1 - 4	2,74 (0,92)	0,874
130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	1 - 4	2,30 (0,88)	0,911
130903 Expresa emociones	1 - 4	2,43 (0,90)	0,882
130907 Muestra una autoestima positiva	1 - 4	2,61 (1,03)	0,918
130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.	1 - 4	2,39 (0,78)	0,866
130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.	1 - 5	3,22 (1,20)	0,895

Para determinar si la intervención llevada a cabo resultó efectiva, se realizaron las pruebas ANOVA de medidas parcialmente repetidas (una para cada factor: sexo y familia con características especiales, que permitirán estudiar el efecto que sobre las variables dependientes (escalas) ejercen los factores intra-sujeto (tiempo: pre intervención versus post intervención) e inter-sujeto (sexo, familia) y la interacción de éstos (sexo x tiempo y familia x tiempo).

Para una mejor comprensión de los resultados, en primer lugar, se comentará el efecto tiempo y a continuación la interacción de los factores intra e inter sujeto. Así, el efecto **tiempo** indicará si ha habido una evolución en la puntuación de las escalas en el

post respecto al pre, independientemente del sexo o familia. Por otra parte, el efecto **interacción** nos indicará si el sexo o la familia influye en la evolución de las puntuaciones.

En la Tabla 9 se muestra el resultado del análisis para el efecto intra-sujeto tiempo en la escala **TMMS24**. En todas las dimensiones del TMMS24, excepto en la claridad emocional, hubo un aumento significativo de la puntuación tras la intervención con respecto a la medida pre intervención.

Tabla 9. Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en la escala TMMS24.

TMMS	Medida, media (DT)		Efecto intra-sujeto: Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Atención	23,96 (6,3)	28,30 (6,6)	14,57	0,001	0,41
Claridad	25,17 (5,1)	27,57 (5,4)	2,64	0,119	0,112
Reparación	25,00 (5,8)	29,70 (4,6)	13,63	0,001	0,394

Eta²: eta cuadrado parcial (tamaño del efecto)

De este modo, y para la muestra de participantes, mejoró de forma significativa su atención emocional y reparación emocional.

En la tabla 10 se analiza el efecto intra-sujeto tiempo en la escala **Personal Well Being Index (PWI)** para la medición del bienestar subjetivo, **Stress Management Subscale** para la tolerancia a la frustración y la **satisfacción con el centro educativo**. Para todas ellas se registró un aumento significativo de la puntuación tras la intervención respecto a la previa.

Tabla 10. Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto intra-sujeto: Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Tolerancia a la frustración	20,74 (6,6)	24,78 (6,5)	8,49	0,008	0,288
Bienestar subjetivo (PWI)	75,24 (12,9)	82,84 (12,4)	6,2	0,021	0,228
Satisfacción centro educativo	6,74 (2,6)	8,39 (2,7)	4,89	0,038	0,314

Eta²: eta cuadrado parcial (tamaño del efecto)

En el análisis de la **resiliencia**, respecto al efecto producido por la intervención encontramos mejoras significativas en la puntuación total y en las subescalas de identidad-autoestima, aprendizaje-generatividad y recursos internos. En la Tabla 11 quedan reflejados estos datos.

Tabla 11. Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en la escala ERE.

ERE	Medida, media (DT)		Efecto intra-sujeto: Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Total	93,22 (18,7)	114,35 (15,1)	10,27	0,004	0,328
Identidad-autoestima	29,30 (6,0)	36,43 (3,3)	28,39	< 0,001	0,575
Redes-modelos	32,17 (8,7)	33,17 (6,0)	5,21	0,333	0,103
Aprendizaje-generatividad	31,30 (6,6)	36,61 (5,0)	16,43	0,001	0,439
Recursos internos	44,30 (10,1)	52,57 (8,2)	10,48	0,004	0,333
Recursos externos	49,35 (11,1)	50,22 (8,1)	5,49	0,129	0,129

Eta²: eta cuadrado parcial (tamaño del efecto)

Del mismo modo que ocurre con el total de la escala de resiliencia escolar, las mediciones llevadas a cabo mediante los criterios de resultados de **la taxonomía NOC** ofrecen significación estadística para la mayoría de estos, y así pueden ser observados en la tabla 12.

Tabla 12. Medias (DT) y contrastes estadísticos el efecto tiempo en los criterios de resultados NOC.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto intra-sujeto: Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	3,09 (0,8)	3,65 (0,5)	12,01	0,002	0,364
120403 Muestra control de impulsos	2,48 (0,7)	3,09 (0,7)	49,25	< 0,001	0,701
130901 Verbaliza actitud positiva	2,74 (0,9)	3,30 (0,6)	15,6	0,001	0,426
130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	2,30 (0,9)	2,87 (0,8)	15,45	0,001	0,424
130903 Expresa emociones	2,43 (0,9)	2,91 (0,9)	9,07	0,007	0,302
130907 Muestra una autoestima positiva	2,61 (1,0)	3,30 (1,0)	17,81	< 0,001	0,459
130915 Propone soluciones prácticas/constructivas para los conflictos.	2,39 (0,8)	2,43 (0,9)	34,62	0,101	0,622
130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.	3,22 (1,2)	3,83 (1,0)	11,05	0,003	0,345

Eta²: eta cuadrado parcial (tamaño del efecto)

Con respecto al efecto de la interacción del **sexo y tiempo**, en las Tablas 13, 14, 15 y 16 se muestran las medias y desviaciones típicas en las escalas según el sexo en la que se observa que **no hubo un efecto significativo de la interacción de sexo y tiempo**, lo que nos indica que la intervención realizada influyó igual en ambos sexos.

Tabla 13. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en la escala TMMS24.

TMMS	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Sexo*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Atención			3,78	0,065	0,153
Hombre (n = 13)	22,92 (5,9)	29,08 (6,0)			
Mujer (n = 10)	25,30 (6,8)	27,30 (7,5)			
Claridad			0,02	0,902	0,001
Hombre (n = 13)	26,15 (3,8)	28,38 (6,0)			
Mujer (n = 10)	23,90 (6,5)	26,50 (4,5)			
Reparación			2,36	0,139	0,101
Hombre (n = 13)	24,92 (5,5)	31,23 (4,5)			
Mujer (n = 10)	25,10 (6,4)	27,70 (4,3)			

Tabla 14. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Sexo*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Tolerancia a la frustración			0,01	0,922	0,001
Hombre (n = 13)	19,00 (6,7)	22,92 (6,0)			
Mujer (n = 10)	23,00 (6,2)	27,20 (6,5)			
Puntuación total PWI			0,08	0,775	0,004
Hombre (n = 13)	75,69 (11,6)	84,04 (8,3)			
Mujer (n = 10)	74,66 (15,0)	81,27 (16,8)			
Satisfacción con tu centro educativo			0,46	0,504	0,022
Hombre (n = 13)	6,15 (3,1)	6,54 (2,9)			
Mujer (n = 10)	7,50 (1,6)	8,50 (2,2)			

Tabla 15. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en la escala ERE.

ERE	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Sexo*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Total			0,9	0,354	0,041
Hombre (n = 13)	91,54 (19,0)	107,92 (9,8)			
Mujer (n = 10)	95,40 (19,1)	104,30 (20,5)			
Identidad-autoestima			0,13	0,727	0,006
Hombre (n = 13)	28,62 (6,2)	36,15 (2,9)			
Mujer (n = 10)	30,20 (6,0)	36,80 (4,0)			
Redes-modelos			0,75	0,397	0,034
Hombre (n = 13)	32,15 (9,0)	35,31 (4,4)			
Mujer (n = 10)	32,20 (8,8)	32,70 (7,6)			
Aprendizaje generatividad			0,11	0,744	0,005
Hombre (n = 13)	31,54 (6,2)	36,46 (4,0)			
Mujer (n = 10)	31,00 (7,3)	36,80 (6,4)			
Recursos internos			4,9	0,038	0,189
Hombre (n = 13)	41,38 (8,8)	54,15 (4,0)			
Mujer (n = 10)	48,10 (10,9)	50,50 (11,6)			
Recursos externos			0,07	0,794	0,003
Hombre (n = 13)	50,15 (11,8)	54,54 (6,6)			
Mujer (n = 10)	48,30 (10,7)	53,80 (10,0)			

Tabla 16. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción sexo y tiempo en los criterios de resultado NOC

Escala	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Sexo*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
120402 Muestra un estado de ánimo sereno			0,51	0,485	0,024
Hombre (n = 13)	3,15 (0,7)	3,62 (0,5)			
Mujer (n = 10)	3,00 (0,9)	3,70 (0,5)			
120403 Muestra control de impulsos			2,93	0,102	0,074
Hombre (n = 13)	2,46 (0,7)	2,85 (0,6)			
Mujer (n = 10)	2,50 (0,8)	3,40 (0,8)			
130901 Verbaliza una actitud positiva			1,92	0,181	0,084
Hombre (n = 13)	3,08 (0,9)	3,46 (0,5)			
Mujer (n = 10)	2,30 (0,8)	3,10 (0,7)			
130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas			1,11	0,305	0,05
Hombre (n = 13)	2,08 (1,0)	2,77 (0,8)			
Mujer (n = 10)	2,60 (0,7)	3,00 (0,8)			
130903 Expresa emociones			2,77	0,111	0,116
Hombre (n = 13)	2,38 (1,0)	2,62 (1,0)			
Mujer (n = 10)	2,50 (0,8)	3,30 (0,7)			
130907 Muestra una autoestima positiva			1,45	0,242	0,063
Hombre (n = 13)	3,08 (0,9)	3,23 (0,9)			
Mujer (n = 10)	2,00 (0,9)	3,40 (1,1)			
130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.			1,55	0,227	0,069
Hombre (n = 13)	2,31 (0,9)	3,15 (0,9)			
Mujer (n = 10)	2,50 (0,5)	3,80 (0,9)			
130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.			0,29	0,597	0,014
Hombre (n = 13)	2,77 (1,0)	3,46 (1,0)			
Mujer (n = 10)	3,80 (1,2)	4,30 (0,8)			

Con respecto al efecto de la interacción de la **familia y tiempo**, en las Tablas 17, 18, 19 y 20 se muestran las medias y desviaciones típicas en las escalas según si la familia tiene o no alguna característica especial en la que se observa que **no hubo un efecto significativo** de la interacción de ambos factores, lo que indica que la intervención

realizada influyó de igual forma independientemente de si la familia tiene o no alguna característica especial.

Tabla 17. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en la escala TMMS24.

TMMS	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Familia*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Atención			0,02	0,889	0,001
No (n = 15)	23,93 (6,2)	28,40 (7,4)			
Sí (n = 8)	24,00 (6,8)	28,13 (5,1)			
Claridad			1,012	0,326	0,046
No (n = 15)	26,13 (5,8)	27,47 (5,4)			
Sí (n = 8)	23,38 (3,2)	27,75 (5,7)			
Reparación			4,087	0,056	0,163
No (n = 15)	24,00 (6,2)	30,40 (4,5)			
Sí (n = 8)	26,88 (4,7)	28,38 (5,0)			

Tabla 18. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Familia*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Tolerancia a la frustración			4,206	0,053	0,167
No (n = 15)	20,87 (6,2)	26,80 (4,7)			
Sí (n = 8)	20,50 (7,8)	21,00 (7,9)			
Puntuación total PWI			1,54	0,228	0,068
No (n = 15)	78,32 (14,0)	83,31 (11,3)			
Sí (n = 8)	69,46 (8,4)	81,95 (15,1)			
Satisfacción con tu centro educativo			0,002	0,965	0,001
No (n = 15)	7,27 (2,1)	7,93 (1,8)			
Sí (n = 8)	5,75 (3,4)	6,38 (3,9)			

Tabla 19. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en la escala ERE.

ERE	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Familia*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Total			1,779	0,197	0,078
No (n = 15)	92,73 (21,8)	109,60 (11,0)			
Sí (n = 8)	94,13 (12,1)	100,25 (20,2)			
Identidad-autoestima			0,02	0,889	0,001
No (n = 15)	29,67 (6,8)	36,93 (2,7)			
Sí (n = 8)	28,63 (4,4)	35,50 (4,4)			
Redes-modelos			0,353	0,559	0,017
No (n = 15)	32,40 (9,8)	35,07 (5,9)			
Sí (n = 8)	31,75 (6,7)	32,50 (6,1)			
Aprendizaje generatividad			1,055	0,316	0,048
No (n = 15)	31,33 (7,6)	37,60 (4,8)			
Sí (n = 8)	31,25 (4,6)	34,75 (5,2)			
Recursos internos			0,888	0,357	0,041
No (n = 15)	43,93 (11,2)	53,93 (3,3)			
Sí (n = 8)	45,00 (8,3)	50,00 (13,3)			
Recursos externos			1,854	0,188	0,081
No (n = 15)	49,47 (13,1)	56,33 (7,6)			
Sí (n = 8)	49,13 (6,5)	50,25 (7,8)			

Tabla 20. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en los criterios de resultado NOC.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Familia*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
120402 Muestra un estado de ánimo sereno			0,081	0,779	0,004
No (n = 15)	3,07 (0,9)	3,67 (0,5)			
Sí (n = 8)	3,13 (0,6)	3,63 (0,5)			
120403 Muestra control de impulsos			0,983	0,333	0,045
No (n = 15)	2,67 (0,7)	3,20 (0,9)			
Sí (n = 8)	2,13 (0,6)	2,88 (0,4)			
130901 Verbaliza una actitud positiva			2,453	0,132	0,105
No (n = 15)	2,53 (0,9)	3,27 (0,6)			
Sí (n = 8)	3,13 (0,8)	3,38 (0,7)			
130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas			0,096	0,76	0,005
No (n = 15)	2,40 (1,1)	2,93 (0,9)			
Sí (n = 8)	2,13 (0,4)	2,75 (0,7)			
130903 Expresa emociones			0,889	0,357	0,041
No (n = 15)	2,40 (0,8)	3,00 (0,9)			
Sí (n = 8)	2,50 (1,1)	2,75 (1,0)			
130907 Muestra una autoestima positiva			2,281	0,146	0,098
No (n = 15)	2,40 (1,1)	3,33 (1,0)			
Sí (n = 8)	3,00 (0,9)	3,25 (1,0)			
130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.			0,101	0,753	0,005
No (n = 15)	2,53 (0,8)	3,53 (1,0)			
Sí (n = 8)	2,13 (0,6)	3,25 (0,9)			
130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.			1,251	0,276	0,056
No (n = 15)	3,33 (1,3)	3,80 (1,1)			
Sí (n = 8)	3,00 (1,1)	3,88 (0,6)			

Con respecto al efecto de la interacción de ser o no **repetidor y tiempo**, en las Tablas 21, 22, 23 y 24 se muestran las medias y desviaciones típicas en las escalas según si el alumno es repetidor o no en la que se observa que **no hubo un efecto significativo** de la interacción de ambos factores, lo que indica que la intervención realizada influyó de igual forma independientemente de si se es repetidor o no.

Tabla 21. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción repetidor y tiempo en la escala TMMS24.

TMMS	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Repetidor*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Atención			0,92	0,348	0,042
Si (n = 7)	22,14 (3,8)	24,86 (6,5)			
No (n = 16)	24,75 (7,1)	29,81 (6,2)			
Claridad			0,01	0,936	0
Si (n = 7)	23,29 (6,6)	25,86 (3,1)			
No (n = 16)	26,00 (4,4)	28,31 (6,0)			
Reparación			0,82	0,375	0,038
Si (n = 7)	22,86 (4,2)	25,86 (3,1)			
No (n = 16)	25,94 (6,2)	31,38 (4,2)			

Tabla 22. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción repetidor y tiempo en las escalas Personal Well Being Index (PWI), Stress Management Subscale y satisfacción con el centro educativo.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Repetidor*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Tolerancia a la frustración			1	0,328	0,046
Si (n = 7)	21,14 (5,4)	23,14 (5,7)			
No (n = 16)	20,56 (7,3)	25,50 (6,8)			
Puntuación total PWI			1,34	0,26	0,06
Si (n = 7)	70,31 (12,4)	72,84 (15,6)			
No (n = 16)	77,40 (12,9)	87,21 (7,9)			
Satisfacción con tu colegio/instituto			3,63	0,071	0,147
Si (n = 7)	5,43 (2,8)	7,29 (3,5)			
No (n = 16)	7,31 (2,4)	7,44 (2,4)			

Tabla 23. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción repetidor y tiempo en la escala ERE.

ERE	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Repetidor*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
Total			0,02	0,887	0,00
					1
Si (n = 7)	82,43 (16,6)	96,43 (20,2)			
No (n = 16)	97,94 (18,0)	110,69 (10,2)			
Identidad-autoestima			0,43	0,518	0,02
Si (n = 7)	26,86 (6,6)	35,29 (2,9)			
No (n = 16)	30,38 (5,6)	36,94 (3,5)			
Redes-modelos			0,09	0,763	0,00
					4
Si (n = 7)	28,14 (5,1)	29,43 (6,5)			
No (n = 16)	33,94 (9,5)	36,25 (4,5)			
Aprendizaje generatividad			0,89	0,356	0,04
					1
Si (n = 7)	27,43 (6,7)	34,57 (6,6)			
No (n = 16)	33,00 (6,0)	37,50 (4,1)			
Recursos internos			0,02	0,88	0,00
					1
Si (n = 7)	38,14 (7,9)	47,00 (11,6)			
No (n = 16)	47,00 (10,0)	55,00 (4,8)			
Recursos externos			0,01	0,932	0
Si (n = 7)	44,29 (9,9)	49,43 (10,2)			
No (n = 16)	51,56 (11,2)	56,31 (6,2)			

Tabla 24. Medias (DT) y contrastes estadísticos para el efecto interacción familia y tiempo en los criterios de resultado NOC.

Escala	Medida, media (DT)		Efecto inter-sujeto: Repetidor*Tiempo		
	Pre	Post	F(1,21)	p-valor	eta ²
120402 Muestra un estado de ánimo sereno			1,41	0,249	0,063
Si (n = 7)	2,71 (0,8)	3,57 (0,5)			
No (n = 16)	3,25 (0,8)	3,69 (0,5)			
120403 Muestra control de impulsos			2,69	0,116	0,113
Si (n = 7)	2,00 (0,6)	2,86 (0,7)			
No (n = 16)	2,69 (0,7)	3,19 (0,8)			
130901 Verbaliza una actitud positiva			0,34	0,564	0,016
Si (n = 7)	2,43 (1,0)	2,86 (0,7)			
No (n = 16)	2,88 (0,9)	3,50 (0,5)			
130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas			0,001	0,977	0
Si (n = 7)	2,14 (0,9)	2,71 (0,8)			
No (n = 16)	2,38 (0,9)	2,94 (0,9)			
130903 Expresa emociones			0,51	0,483	0,024
Si (n = 7)	2,29 (0,8)	2,57 (0,8)			
No (n = 16)	2,50 (1,0)	3,06 (1,0)			
130907 Muestra una autoestima positiva			0,82	0,376	0,037
Si (n = 7)	2,29 (1,0)	3,29 (0,8)			
No (n = 16)	2,75 (1,1)	3,31 (1,1)			
130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.			2,03	0,169	0,088
Si (n = 7)	1,86 (0,7)	3,29 (1,1)			
No (n = 16)	2,63 (0,7)	3,50 (0,9)			
130918 Utiliza estrategias para evitar situaciones violentas.			2,32	0,143	0,1
Si (n = 7)	2,57 (1,4)	3,57 (1,1)			
No (n = 16)	3,50 (1,0)	3,94 (0,9)			

CAPITULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito determinar la efectividad sobre la capacidad de resiliencia de un programa de “educación emocional y habilidades interpersonales” en adolescentes con diagnóstico de trastorno mental. Además se evaluó como afectaba dicho programa a las habilidades emocionales, bienestar subjetivo y tolerancia a la frustración, entre otros factores.

De los resultados obtenidos y tomando como referencia la hipótesis planteada, se puede deducir, que la intervención grupal planteada ofrece mejoras en las puntuaciones de resiliencia, de modo que en el contraste de la **hipótesis del estudio**, se puede aceptar esta como **válida y aceptada** para la muestra estudiada.

De forma específica, las puntuaciones generales de resiliencia se vieron aumentadas significativamente tras el programa de intervención, cuando estas estaban disminuidas previamente, mientras que siguiendo la caracterización de resiliencia de Saavedra¹⁹⁵, en la dimensión redes-modelos y recursos externos (capacidades externas) no se dio esta circunstancia. Este hecho podría justificarse en la incapacidad de la intervención para actuar e influir positivamente sobre el contexto social y familiar de los participantes, ya que esta se desarrolla directamente sobre los adolescentes y no se actúa sobre el entorno. De este modo, se entiende que los participantes no han sufrido mejoras en relación al apoyo percibido y la posibilidad de generar recursos de red social. Sin embargo, si se han registrado cambios significativos en identidad-autoestima y recursos internos (capacidades internas), y con ello en las habilidades para relacionarse, resolver sus problemas y fortalezas personales.

Del mismo modo, y basándonos en el objetivo que pretende evaluar la efectividad de dicho programa sobre el resto de variables, se puede **aceptar** que dicha intervención **repercute positivamente** sobre las habilidades emocionales, de forma más específica, sobre las puntuaciones de atención y reparación emocional (percepción y regulación emocional), al igual que sobre el bienestar subjetivo y las capacidades de tolerancia a la

frustración. Por otra parte, **se rechaza que el programa tenga un efecto positivo sobre la claridad emocional (comprensión emocional)**. En otras palabras, los adolescentes participantes experimentaron mejor satisfacción con su vida, un afecto positivo, mejor manejo de las vivencias desagradables, una mejor atención a sus emociones y unos recursos más avanzados en la regulación de estas. En este sentido se encontraron resultados similares en el estudio de Costa, Ripoll, Sánchez y Carvalho (2013), en el que se apunta que los componentes de la inteligencia emocional contribuyen al bienestar y la autoeficacia²⁰⁷. Para todas las variables y escalas utilizadas para su medición, incluida la resiliencia, se ha encontrado buena fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Estos datos están en contraste positivo debido a que comparten características que los fomentan y que forman parte del trabajo realizado en la intervención del estudio. Entre ellos se encuentra: la identificación de emociones, interpretación emocional, resolución de conflictos, empatía, asertividad, habilidades sociales avanzadas, autonomía, autoconcepto, confianza y autocuidado. De este modo, la intervención muestra efectividad sobre el constructo resiliencia, habilidades emocionales y bienestar subjetivo.

Uno de los objetivos específicos planteaba determinar la posible influencia de alguna de las variables a estudio en las diferencias encontradas post intervención. **Se rechaza** que alguna de ellas fuese influyente significativamente sin haber un peso mayor de algunos de los sexos, edad, características clínicas, familiares o curriculares. **Si se acepta una repercusión positiva sobre la satisfacción respecto al centro escolar**, cuyas puntuaciones son significativamente más altas tras la intervención, circunstancia posiblemente ligada a la mayor satisfacción que experimentan post-intervención. Por otra parte, y en línea a este objetivo, se pretendía evaluar qué relación guardaba la presencia de participantes con tratamiento farmacológico prescrito y las diferentes variables a estudio, siendo imposible haber evaluado esta, dada la escasez de casos que presentaban dicha circunstancia, de modo que no pudo ser validado.

El último de los objetivos pretendía describir la situación de los participantes a los 6 meses dependiendo de su evolución respecto al tratamiento del trastorno mental de base. Dados los resultados se puede observar cierta tendencia positiva en el pronóstico, pero no

se encontraron datos suficientes como para poder afirmarlo, siendo necesarias evaluaciones más específicas ya que no se puede afirmar que todas las altas se deban a mejoría clínica y no a un posible abandono, ni que los seguimientos y tratamientos activos se deban al trastorno mental principal y no otra causa que justifique estos.

Es de reseñar, tras el análisis de los datos descriptivos, que la distribución de sexos fue ligeramente mayor en hombres, aunque prácticamente similar. Estos datos coinciden con la tendencia hacia una mayor similitud en la prevalencia por sexo de los trastornos mentales durante la adolescencia²⁰⁸. A la vez, el mayor número de varones en la muestra puede justificarse por una presencia superior de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y trastornos relacionados con la conducta y el control de impulsos, ambos con tendencia a la desregulación emocional y mayormente padecidos por el sexo masculino^{3,209}. El hecho de que se presente baja comorbilidad en la muestra está relacionado con la metodología del estudio. Uno de los criterios excluyentes reseñan que es prioridad tratar estas de forma prioritaria e individual, ya que se consideran generadoras de mayor morbilidad respecto al trastorno principal. Las causas de morbilidad encontradas no guardaban relación y base con los problemas emocionales, de modo que no representan una variable de confusión. Los diagnósticos recogidos y sus circunstancias clínicas están en concordancia con el derivante principal al programa de intervención, el psicólogo clínico. Por lo general, es el profesional encargado de manejar los problemas sujeto de intervención en este estudio, como pueden ser aquellos relacionados con la conducta. Este hecho, concuerda a su vez con la baja presencia de tratamiento farmacológico, 2 casos, y es que sólo 3 participantes fueron derivados por el psiquiatra³.

Otra circunstancia a valorar, es el promedio de edad, ya que según los datos recogidos los participantes se sitúan de forma principal en la primera fase de la adolescencia, caracterizada por los principales cambios a nivel físico, psíquico y social, considerándose una etapa de inestabilidad dentro de los rangos de normalidad. Este hecho puede justificar, a modo agonista con el resto de circunstancias, las bajas puntuaciones encontradas en habilidades emocionales. Estos adolescentes se encuentran en un proceso de cambio encaminado a la formación de una personalidad individual y estable que les

permita el mejor de los pasos a la edad adulta, momento en que todavía su inteligencia emocional no está completamente desarrollada^{4,174}. En relación a la situación académica, se encontró que la mayoría de los participantes cursaban 1º de ESO. Aquellos que estaban cursos por debajo habían repetido en al menos una ocasión.

Comparando las puntuaciones vinculadas a las habilidades emocionales (Trait Meta-Mood Scale, TMMS24), se ha encontrado que las obtenidas pre-intervención en los adolescentes con trastornos mentales son inferiores en todas sus dimensiones (atención emocional AE, claridad emocional CE y reparación emocional RE) en comparación a las encontradas por Jiménez y López-Zafra (2011); Sánchez Núñez y Latorre Postigo (2012); Fernández-Abascal y Martín-Díaz (2015); Fernandez-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), con muestras de personas sanas, adolescentes, o bajo distintas influencias psicosociales²¹⁰⁻²¹³. Esta circunstancia confirma la presencia de problemas en la regulación y manejo emocional en la muestra estudiada. Por el contrario, las puntuaciones post-intervención son similares o ligeramente superiores en AE y RE a las objetivadas en los estudios mencionados, mientras que no hay cambios significativos para CE, con lo que se puede afirmar que la intervención tienen reflejo positivo sobre la atención emocional y reparación emocional, situando estas habilidades en las puntuaciones medias encontradas en muestras de adolescentes sin trastorno mental. El hecho de no obtener puntuaciones más elevadas en este estudio respecto a otras investigaciones en CE, está en concordancia con la falta de significación y mejora de las puntuaciones de esta dimensión con la intervención planteada^{214,215}.

Del mismo modo, en una muestra de población de adolescentes con altas capacidades, se recogieron puntuaciones en las tres dimensiones de la TMMS24 iguales a las obtenidas post intervención^{211,216}. Los resultados en este cuestionario, además, son semejantes a los recogidos por Jiménez y López-Zafra (2011), en un estudio en el que valoran las habilidades emocionales respecto a las aptitudes sociales. Para bajas aptitudes sociales los resultados se sitúan en puntuaciones similares a las obtenidas en la recogida previa (pre-test), mientras que en altas aptitudes sociales se asemejan a las obtenidas en la recogida post-intervención (post-test)²¹⁰. Se pone de manifiesto así, la influencia del aprendizaje de habilidades interpersonales y sociales sobre la mejora en la inteligencia

emocional y habilidades emocionales. De forma más concreta, se puede afirmar que los adolescentes con dificultades en la regulación emocional a causa del trastorno mental obtienen peores puntuaciones en la TMMS24, al igual que ocurre con aquellos con peores aptitudes sociales, mientras que las puntuaciones obtenidas en la medida posterior, son significativamente superiores a la previa, colocándose a la altura de la media de la población adolescente, con percentiles altos, y al nivel de los niños con altas capacidades y de aquellos con mejores aptitudes sociales y sin circunstancias sociales desfavorecedoras.

En la comparación de los resultados sobre la tolerancia a la frustración no se han encontrado investigaciones en nuestro medio que hayan utilizado en su metodología el cuestionario Stress Management Subscale adaptación española. La mejora en las puntuaciones de tolerancia a la frustración están en consonancia a las mejoras de las habilidades emocionales, de modo que los adolescentes que mantienen una mejor gestión emocional, controlar mejor las situaciones y tienen mejores recursos de afrontamiento y solución de problemas. En definitiva toleran mejor la frustración^{217,218}.

La escala Personal Well Being Index (PWI-7) utilizada para la medición del bienestar subjetivo arroja datos en su medición pre intervención inferiores a los encontrados en muestras comunitarias en España. Del mismo modo ocurre con población de Chile, Brasil y Argentina¹⁹⁶. El hecho de encontrar estos resultados inferiores puede estar relacionado con la influencia del trastorno mental sobre los adolescentes que lo padecen. Sin embargo, en muestras de población de estudiantes de institutos en Australia, se han encontrado cifras inferiores a la muestra española y cercanas a la medición previa del bienestar subjetivo de este estudio²¹⁹. En relación a los datos post intervención, reseñamos que son ligeramente superiores a la muestra comunitaria española, circunstancia que permite afirmar la mejora en el bienestar subjetivo de los adolescentes sometidos a la intervención de “educación emocional y habilidades interpersonales” incluso por encima de los resultados basales en nuestro país¹⁹⁶. Un aspecto a valorar sería la persistencia en el tiempo de esta circunstancia.

Siguiendo la línea de los datos anteriores, y posiblemente relacionado con el bienestar subjetivo, los participantes reconocen una mayor satisfacción con su centro escolar tras la intervención. La mejora de las habilidades emocionales y el mejor manejo de la frustración son claves para ello, de modo que este aspecto está potencialmente influido por estas variables.

Las puntuaciones en resiliencia, eje central de la hipótesis de estudio, han supuesto una mejora posterior respecto a la medición previa de la intervención, con una puntuación en el post-test similar a la encontrada por Saavedra en la validación de la Escala de Resiliencia Escolar en adolescentes sin problemas de salud mental^{4,220-222}. Del mismo modo, en una investigación realizada por este mismo autor en la que se medía el impacto de un programa recreativo sobre los niveles de resiliencia en niños de 12 años, se recogen resultados similares²²³, iguales también a los obtenidos sobre muestras de adolescentes de medio rural o urbano. En ambas investigaciones el promedio de puntuaciones de resiliencia es similar respecto a las puntuaciones post-test recogidas en nuestro estudio²²⁴. El hecho de haber obtenido puntuaciones inferiores previas a la intervención de educación emocional, respecto a los datos encontrados en el uso de la escala de resiliencia escolar, refuerzan la teoría de la presencia de puntuaciones de resiliencia relativamente inferiores en el trastorno mental, aunque para una determinación más exacta serían convenientes más estudios en muestras de población española. Sí que se puede afirmar, que el resultado global de resiliencia en la medición tras la intervención se acerca a los valores de normalidad encontrados en otras poblaciones de adolescentes, con percentiles cercanos a la media, y que las medidas de enseñanza en inteligencia emocional tienen una repercusión positiva sobre los niveles de resiliencia.

Los criterios de resultado de enfermería (NOC), y los resultados cosechados, indican del mismo modo la efectividad de la intervención. Informan de mejora y estabilidad en las capacidades de afrontamiento, autoestima, afectividad y control de la conducta agresiva. En definitiva, estos datos vienen a confirmar la eficacia encontrada en el resto de variables, y con ello, se puede afirmar que se han producido mejoras en los dos objetivos valorados principalmente, **Equilibrio emocional (1204)** y **Resiliencia personal (1309)**.

El uso de la terapia cognitivo conductual ha sido confirmado conveniente en multitud de estudios de población infanto-adolescente, siendo en la gran mayoría de los casos el tratamiento primario, como recogen además las principales guías de psiquiatría infantil^{3,225-226}. El uso de técnicas provenientes de esta disciplina, ya utilizadas en la actividad enfermera, refuerza el potencial de las actividades llevadas a cabo dentro de la intervención grupal.

En relación a los programas de inteligencia emocional, cuyo interés se ha visto en aumento en las últimas décadas, se ha observado una implementación en distintos ámbitos como pueden ser a nivel educativo y sanitario. Distintas investigaciones concluyen la efectividad de estos programas con mejora en las capacidades emocionales y con impacto positivo para la salud²²⁷. En línea consonante, se han contextualizado las habilidades emocionales como habilidades que pueden ser enseñadas, aprendidas y cambiadas, siendo el medio sanitario adecuado para abordarla desde los aspectos clínicos, valorada de este modo como una prioridad dentro del campo de la educación médica²²⁷. En coincidencia con la revisión realizada por Extremera Pacheco y Fernández-Berrocal (2004)¹¹⁰, se confirma que aquellos niños y adolescentes que estaban dotados de habilidades emocionales, en definitiva de buena inteligencia emocional, poseían mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, mejores redes de apoyo, gestión psicosocial y menor propensión a comportamientos disruptivos, agresivos o violentos. Los resultados encontrados tras la intervención grupal de “educación emocional y habilidades interpersonales” indican mejoras en estas capacidades, resumidas en las puntuaciones significativamente mayores en atención y reparación emocional, bienestar subjetivo, tolerancia a la frustración y niveles de resiliencia.

Además de programas basados en las capacidades emocionales, otros han sido diseñados con el objetivo del fomento de la resiliencia. Estos incorporaban actividades al aire libre, recreativas o de ocio, como efectivas para dicho fin. Sin embargo, aquellas de tipo artístico o voluntariado no resultaron del mismo modo adecuadas para el fomento de esta. La influencia que generan sobre el aumento de la resiliencia radica en la recreación, además del uso adecuado del tiempo y tener un modelo de programación^{223,229}. En este caso, se comparten ciertas características con el programa planteado en este estudio, ya

que parte de las actividades que se realizan al estar destinadas al adolescente son lúdicas, con el objetivo de que aprendan jugando. Esto favorece la participación, reduce los miedos y la conducta inhibida durante el desarrollo de las sesiones y no excluyen el uso de otras técnicas terapéuticas. Por otro lado, en la evaluación de la influencia de las técnicas de relajación o Mindfulness sobre los niveles de resiliencia, se obtuvieron mejoras agudas en el estrés, atención, empatía y la misma resiliencia^{230,231}, siendo un hecho importante, ya que estas técnicas se incorporan al final de todas las sesiones, de modo que pueden actuar como agonistas dentro de la intervención de educación emocional, en la mejora de las capacidades resilientes.

También, el diseño de las estrategias de salud mental ha evolucionado incorporando la prevención de los problemas psicológicos y en la promoción de la salud a través del desarrollo y fomento de las fortalezas del individuo, con el fin de reducir la vulnerabilidad a padecer trastornos mentales. En este punto es crucial el desarrollo de las características resilientes. Para ello sería necesario el diseño de intervenciones que tengan en cuenta las características propias de los usuarios, como se han adaptado en este estudio, y su seguimiento en el tiempo. Un apunte al respecto, es el incipiente uso de las nuevas tecnologías para ese fin²³².

En resumen, se ha encontrado que los trastornos de salud mental suponen un hecho estresante para los adolescentes que lo padecen. Esta circunstancia quedó evidenciada en las puntuaciones inferiores a la media de la población sin problemas de salud mental, en resiliencia, habilidades emocionales, bienestar subjetivo y tolerancia a la frustración. Por otra parte, la intervención grupal basada en un programa de inteligencia emocional y habilidades interpersonales, ha supuesto una mejora general de estas variables, situándolas en puntuaciones similares o superiores a la población general. Con lo que, el programa planteado es efectivo, y supone una mejora de la calidad de vida de los sujetos que en él intervienen.

2. LIMITACIONES, PROPUESTAS DE MEJORA Y ALCANCE PROFESIONAL

Una vez resumidos y comentados los resultados, se consideran las siguientes limitaciones en el estudio, propuestas de futuro y mejora.

En relación a la parte teórica, una limitación encontrada ha sido en torno al hecho de la falta de consenso en la definición de resiliencia y de si supone un rasgo de personalidad, es un proceso o resultado. A pesar de ello, se acepta la presencia de un hecho estresante o traumático y la superación o adaptación positiva a pesar de su existencia. Para poder subsanarlo, se ha dado esta última consideración al concepto resiliencia en este proyecto, limitándolo a la presencia del “suceso traumático o adverso”, como es el trastorno mental en la adolescencia o infancia y la influencia de la intervención planteada, como participante en la “capacidad de adaptación” a esta eventualidad. Como propuestas para futuros estudios del tema podría ser conveniente poner en contraste distintas variables que midan resiliencia desde varios enfoques.

En el aparatado metodológico, se admite la imposibilidad de aleatorizar la elección de participantes, circunstancia que en un principio podría afectar a la generalización de los resultados. A pesar de ello, para la muestra seleccionada se han encontrado resultados significativamente respaldados aun no estando los sujetos seleccionados al azar. En este sentido, otro matiz a tener en cuenta es el tamaño muestral. Sería conveniente replicaciones del estudio en muestras que incorporen mayor número de participantes, o sería útil utilizar la intervención como programa específico para algunos trastornos en particular.

También se consideraría interesante la adaptación del programa para población de niños y adolescentes con Trastornos del Espectro Autista, en los que existen problemas de regulación emocional, pero que por la especificidad de este trastorno no se valoraron como población susceptible de esta intervención, compartida con otros jóvenes con diagnósticos heterogéneos.

En relación al diseño de la intervención, el hecho de que incorpore el uso de técnicas de relajación y Mindfulness al final de cada sesión, plantea la posibilidad del peso que pueda tener esta técnica sobre el resultado final. Para ello serían útiles investigaciones futuras que evalúen de forma más profunda esta variable o incluso estudios que analicen el valor que aporta de forma distintiva el fomento de la inteligencia emocional versus Mindfulness.

Al igual que se proponen distintos grupos con el fin de que participen como grupo experimental, sería positivo observar y comparar los resultados de estos en contraste con un grupo control, ya que el diseño metodológico de este proyecto propone los propios casos, y sus respuestas pre-intervención, como control para valorar la diferencia con respecto al post-intervención. Sería interesante un ensayo clínico aleatorizado para confirmar o refutar el valor añadido de la intervención planteada.

Otro aspecto a tener en cuenta está en relación a los métodos de recogida de datos y de forma específica al uso de medidas de autoinforme. Su utilización, a pesar de facilitar la respuesta de forma independiente, conlleva la posible presencia de fallos por distorsiones de memoria, falta de motivación y falseo de los resultados por simulación, ya sea para acentuar la imagen positiva o negativa. Para contrarrestar este posible sesgo se han utilizado cuestionarios validados, sencillos y de uso en población adolescente, además, para completarlos se cuenta con la presencia de un profesional sanitario que puede resolver las dudas pertinentes, nunca induciendo respuesta alguna.

También se debe tener en cuenta la posible influencia de la intervención grupal versus individual. Es posible que el efecto grupo pueda influir en los resultados finales, pero más que una limitación es una cuestión que se puede plantear como positiva, ya que el tipo de formato (grupal) forma parte de la intervención diseñada y es influyente en sus resultados, siendo una circunstancia añadida a la posibilidad de éxito de este. La aplicación del programa de forma adaptada al trabajo en individual, podría ayudar a contrastar los resultados, planteándose como una posible alternativa. Al hilo de esta posible limitación, se plantea si de por sí sola, cualquiera de las otras alternativas terapéuticas planteadas, por el simple hecho de la relación de ayuda puede provocar

resultados similares, estando indicado como anteriormente se señalaba, la posibilidad de utilizar comparación de distintos grupos o un grupo control.

Futuras líneas de investigación pueden destinarse al estudio del impacto de la intervención planteada sobre otras variables psicológicas como la ansiedad, estado afectivo, capacidades de mentalización o autocontrol. Del mismo modo, valorar sus efectos sobre población sin problemas en salud mental, sobre colectivos específicos con características de baja resiliencia, o en muestras de población con algún trastorno mental específico, como es el caso de los trastornos del espectro autista.

También serían útiles los datos obtenidos del seguimiento de las variables de estudio en el tiempo, a la vez que se sigue el curso de la patología mental de base. Este aspecto requiere investigaciones futuras y de un análisis profundo.

Considerando el **alcance profesional**, con el desarrollo de este proyecto el colectivo Enfermería Especialista de Salud Mental gana en autonomía e independencia en su quehacer, justifica sus intervenciones basándolas en la evidencia científica, pone en uso la taxonomía propia de la enfermería en la investigación, gana dinamismo, proyección de futuro hacia el desarrollo de la profesional, motivación profesional y permite a través del uso del lenguaje científico, el acercamiento de nuestra actividad a otros profesionales, ya sean del mundo sanitario o externo a él. Al igual, de forma general para la Enfermería, es un logro el uso de la taxonomía como herramienta en la investigación, ya que a través de su uso se fomenta la metodología enfermera.

Es importante añadir también la importancia de la incorporación de conceptos tales como inteligencia emocional al campo de la Enfermería. Ya están descritas varias intervenciones enfermeras que utilizan como base las habilidades que incorpora este concepto, de modo que darle entrada por completo permitirá a los profesionales profundizar en ello, y en definitiva, ofrecer cuidados de mayor calidad. De modo parecido ocurre con la resiliencia, concepto relativamente antiguo, pero con eclosión en la actualidad e influencia en el curso y proceso de la salud y enfermedad, campos de acción del enfermero.

3. CONCLUSIÓN

Como resultado de la investigación planteada, se puede concluir, que existe una relación significativa y positiva entre la realización de una intervención grupal de “educación emocional y habilidades interpersonales” y la mejora del nivel y capacidades de resiliencia previamente afecta por las consecuencias del trastorno mental, en adolescentes con este diagnóstico.

Del mismo modo, la ejecución de esta intervención produce mejoras en las habilidades emocionales, entre ellas la tolerancia a la frustración, y en definitiva sobre el bienestar psicológico subjetivo cuando previamente están disminuidos por debajo de la media de la población general, en respuesta a la sintomatología de desregulación emocional característica de algunos trastornos mentales en la infancia.

Las ventajas de este tipo de intervenciones radican en que resultan económicas, son efectivas, permiten el feed-back entre participantes y comparten aspectos psicoeducativos, con aquellos terapéuticos destinados al ajuste de la cognición-conducta. Entre las técnicas aplicadas, destacan por su importancia, las intervenciones de enfermería (NIC), los criterios diagnósticos (NOC) y las propias de las intervenciones grupales.

Como conclusión, el plan de intervención grupal diseñado, resulta efectivo para los adolescentes que padecen trastornos mentales, siendo un aporte principal en el desarrollo de las actividades llevadas a cabo por los enfermeros especialistas de salud mental, y a la vez de estos dentro de los equipos multidisciplinarios de salud mental infanto-juvenil. De este modo, su aplicación favorece el desarrollo y profesionalización de este colectivo, resaltando su figura profesional y asumiendo competencias propias, que permiten el uso de la taxonomía enfermera y dando cabida al trabajo basado en la evidencia científica. Además, el principal aporte de esta investigación tiene raíz en la inclusión de actividades de inteligencia emocional y de fomento de la resiliencia dentro de los equipo de salud mental, y de forma más específica, en formato grupal. Del mismo

modo, el uso del lenguaje enfermero (NOC, NIC) dentro de las intervenciones basadas en los conceptos mencionados, y la participación del colectivo Enfermería en su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kastrup MC, Báez Ramos A. Global mental health. Dan Med Bull. 2007;54(1):42-3.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de la salud en el mundo: salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [Internet]. Ginebra: Suiza; 2001 .p.33-40. [Consultado: Abril 2016] Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
3. Soutullo Espertón C. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Ed. Médica Panamericana: Madrid; 2010
4. Iglesias Diz JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral. 2013; 17(2):88-93.
5. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health. 1993; 14(8):626-631.
6. Grotberg E, Melillo A, Suárez Ojeda NE. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2003
7. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En: Salovey P, Sluyter D. Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators. Nueva York: Basic Books; 1997.p.3-31
8. Roca E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de Autoestima, Asertividad e Inteligencia emocional. Valencia: ACDE; 2005
9. Munist M, Santos H, Kotliarenko M, Suárez NE, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008
10. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa Libros; 2012
11. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanism. En: Rolf AS, Masten D, Cicchetti KH, Nuechterlein S. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Nueva York: Cambridge University Press; 1990.p.181-214
12. Garmezy N. A closing note: Reflections on the future. En: Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press; New York: 1990. p. 527-534.

13. Luthar SS. Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*. 1991; 62(3):600-616.
14. Masten A, Best K, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990; 2(4):425-444.
15. Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH, Weintraub S. Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press; 1990
16. Werner E, Smith R. Vulnerable but invincible: A study of resilient children. New York: Mc Graw Hill; 1982.
17. Werner E, Smith RS. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. New York: Cornell University Press, Ithaca; 1992.
18. Becoña Iglesias E. Resiliencia: definición características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2006;11(3):125-146.
19. Cabanyes J. Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2010; 3(4):145-151
20. Luthar SS, Cushing G. Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. En: Glantz MD, Johnson JL. *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Plenum;1999. p. 129-160.
21. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*. 1991;(20):459-466.
22. Suarez Ojeda NE. Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Medicina y Sociedad*. 1993; 16(3):18-20
23. Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *Am J Orthopsychiatry*. 1991; (61):6-22.
24. Masten AS, Powell JL. A resilience framework for research, policy, and practice. En: Luthar SS. *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003.p.1-25.
25. Werner E. Protective factors and individual resilience. *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press; 2000.p.115-133.

26. Grotberg E. The international resilience project: promoting resilience in children. Wisconsin: Wisconsin University; 1995
27. Vanistendael S. Resilience: As old as mankind. *Children Worldwide. The Family and Child Resilience*. 1994;21(1):4-5
28. Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*. 1991; (31):416-430.
29. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Netherlands: Bernard van leer foundation; 1995
30. Osborn AF. Resilience and intervention strategies. *Children Worldwide*. 1996; 21(1):12-16.
31. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 2005; (26):1-26
32. Munis M. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. En: Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998
33. Masten AS, Coatsworth JD, Neemann J, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N. The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child development*. 1995; 66(6):1635-1659.
34. Werner EE. Protective factors and individual resilience. *Handbook of early childhood intervention*. 2000; (2):115-132.
35. Wagnild G, Young H. Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*. 1993; 1(2):165-178.
36. Polk LV. Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*. 1997; 19(3):1-13.
37. Kumpfer KL, Hopkins R. Prevention: Current research and trends. *Psychiatric Clinics of North America*. 1993; (16): 11-20
38. Grotberg E. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001. p. 23-25
39. Llobet V. La promoción de resiliencia con niños y adolescentes. Entre la vulnerabilidad y la exclusión. Herramientas para la transformación. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Novedades Educativas; 2005

40. Saavedra E, Villalta M. Escala de Resiliencia SV-RES, para jóvenes y adultos. Santiago: Ceanim; 2008
41. Melillo A, Suárez Ojeda NE. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2002
42. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1985;147(6): 598-611
43. Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa; 2006.p. 216
44. Omar A. Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología; 2006.p. 29-30
45. Charney DS. Psychobiological and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(2):195-216.
46. Hatchett GT, Park HL. Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*. 2004; (36):1755-1769
47. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004; 86(2): 320-333
48. Earvolino Ramírez M. Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2007; 42 (2):73-82.
49. Pan JY, Chan LW. Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia An International Journal of Psychological Sciences*. 2007; 50 (3): 164-176.
50. Walsh F. Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento. Madrid, España: Amorrortu; 2004
51. Cicchetti D. Foreword. En: Luthar SS. Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003.p. 19-27
52. Garmezy N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1971; 41(1):101-116

53. Garmezy N, Rodnick E. Premorbid adjustment and performance in schizophrenia: Implication for interpreting heterogeneity in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1959; 129(1):450-466.
54. Werner EE, Smith EE. *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1992
55. Werner EE, Smith EE. *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery*. Ithaca NY: Cornell University Press; 2001
56. Luthar SS. Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1993;34:441 -453.
57. Garmezy N, Masten AS. Chronic adversities. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press; 1994. p. 213- 233
58. Hetherington EM, Sanley Hagan M. The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999; 40(1):129-140.
59. Masten AS, Hubbard J, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramírez M. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to adolescence. *Development and Psychopathology*. 1999;11(1): 143-169.
60. Alriksson Schmidt AI, Wallander J, Biasini F. Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32(3):370-379
61. Hampel P, Desman C. Coping and quality of life among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Prax Kinder psychol Kinder psychiatr*. 2006;55(6):425-430
62. Recaball C, Elena J. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2010;16(3):27-32.
63. Manciaux M, Vanistendael S. La resiliencia: estado de la cuestión. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 23.
64. Werner EE, Smith EE. *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill; 1982

65. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2014
66. Wagner B. Attention deficit hyperactivity disorder: current concepts and underlying mechanisms. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2000; 13(3):113-24
67. Achenbach TM. Subtyping ADHD: A request for suggestions about relating empirically based assessment to DSM-IV. *The ADHD Report*. 1996; 4:5-9
68. Lerner M. Office-based management of ADHD. Boston, Massachusetts: Satellite Symposium to the American Academy of Pediatrics National Conference and Exhibition; 2002
69. Parens E, Johnston J. Understanding the agreements and controversies surrounding childhood psychopharmacology. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2:5.
70. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(2):147-58.
71. Brown E. Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003.
72. Costello EJ, Egger HL, Angold A. Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders. En: Costello EJ, Egger HL, Angold A, Ollendick TH, March JS. editors. *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. New York, NY: Oxford University Press; 2004.p. 61-91.
73. Achenbach TM, Howell CT, McConaughy SH, Stanger C. Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: Cross-informant syndromes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995; 34(3):336-347.
74. Olivares Rodríguez J, Rosa Alcázar AI, Caballo V, García López LJ, Orgilés Amorós M, López Gollonet C. El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*. 2003; 11(3):599-622

75. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999; 38(6):643-650.
76. Greene RW, Doyle AE. Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1999; 2(3): 129-148.
77. Lewis DO, Yeager CA. Conduct Disorder. En: Lewis DO. *Child & Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
78. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General of Psychiatry*. 2013;60(8): 837-844.
79. Rey JM, Morris Yates A, Singh M, Andrews G, Stewart GW. Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(6):895-900.
80. Rutter M. Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39(6): 805-16.
81. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein RE. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Treatment and ongoing management. *Pediatrics*. 2007; 120(5):1313-1326.
82. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological medicine*. 1998; 28(01):51-61.
83. Kovacs M, Devlin B. Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998; 39(1):47-63.
84. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 49(10): 980-989.

85. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010; 125(1):75-81.
86. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009; 11(1):7.
87. Aláez Fernández M, Martínez Arias R, Rodríguez Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. 2000; 12(4):525-532
88. Zeman J, Cassano M, Perry Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2006; 27(2):155-168.
89. Silk J, Steinberg L, Sheffield Morris A. Adolescents emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*. 2003;74(6):1869-1880.
90. Southam Gerow M, Kendall P. Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(2):189-222.
91. Eisenberg N, Fabes R, Guthrie I, Murphy B, Maszk P, Holmgren R, Suh K. The relations of regulation and emotionality to problem behaviour in elementary school children. *Development and Psychopathology*. 1996;8(1):141-162.
92. Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, Pearlstein T. Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(6):793-798.
93. Sim L, Zeman J. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35(2):219-228
94. Sheeber L, Allen N, Davis B, Sorensen E. Regulation of negative affect during mother-child problem solving interactions: adolescent depressive status and family processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000;28(5):467-479.
95. Capella C, Mendoza M. Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión. *Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia*. 2011; 22(2):255-268.

96. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En: Salovey P, Sluyter D, editors. Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators. New York: Basic Books; 1997.p. 3-31.
97. Vendrell Ferran I. Teorías analíticas de las emociones: el debate actual y sus precedentes históricos. Contrastes: revista internacional de filosofía. 2009;(14):217-240.
98. Lange CG. The Emotions. A Psychophysiological Study. En: Lange CG, James W. The Emotions. New York and London: Hafner Publishing Company; 1967
99. Goldie P. The Emotions. A Philosophical Exploration, Oxford: Clarendon Press; 2002
100. Gross JJ, Muñoz R. Emotion regulation and mental health. Clinical Psychology. Science and Practice. 1995;2(2):151-164.
101. Fernández Berrocal P, Extremera N. La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. Revista Iberoamericana de educación. 2002; 29(1):1-6.
102. Mestre JM, Guil R, Lopes PN, Salovey P. Emotional intelligence and social and academic adaptation to school. Psicothema. 2006; 18:112-117.
103. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós; 2012
104. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós; 1999
105. Mestre JM, Fernández-Berrocal P. Manual de inteligencia emocional. Madrid: Pirámide; 2007
106. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. Psychology and health. 2002; 17(5):611-627.
107. Ramos S, Fernández Berrocal P, Extremera N. Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. Cognition and Emotion. 2007;21(4):758-772.
108. Fernández Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Inteligencia emocional y depresión. Encuentros en psicología social. 2003; 1(5):251-254.

109. Extremera N, Fernández Berrocal P, Ruiz Aranda D, Cabello R. Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*. 2006; 12(2-3):155-156
110. Extremera N, Fernández Berrocal P. El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*. [Internet]. 2004; 6(2). [Consultado: Mayo 2016]. Disponible en: <http://scielo.org.mx/pdf/redie/v6n2/v6n2a5.pdf>
111. Fernández Berrocal P, Ruiz Aranda D. La inteligencia emocional en la educación. *Electronic journal of research in educational psychology*. [Internet]. 2008; 6(15):421-436. [Consultado: Mayo 2016]. Disponible en: http://habilidadesparaadolescentes.com/archivos/2008_Inteligencia_Emocional_Educacion.pdf
112. Rivers SE, Brackett MA, Salovey P, Mayer JD. Measuring emotional intelligence as a set of mental abilities. *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns*. 2007; 230-257.
113. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990;9(3):185-211.
114. Martin D, Boeck K. *Qué es la inteligencia emocional*. Madrid: EDAF; 2000
115. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books; 1995
116. Álvarez M. *Diseño y Evaluación de Programas de Educación Emocional*. Barcelona: Cisspraxis; 2001
117. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*. 2004;75(2):317-333
118. Butler EA, Gross JJ. Emotion and emotion regulation: Integrating individual and social levels of analysis. *Emotion Review*. 2009; 1(1):86-87.
119. Hagekull B, Bohlin G. Predictors of middle childhood psychosomatic problems: An emotion regulation approach. *Infant and Child Development*. 2004;13(5):389-405.

120. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994; 59(2-3): 25-52
121. Sheppes G, Gross JJ. Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*. 2011; 15(4):319-331.
122. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. En: Gross J. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press; 2007.p.3-22.
123. Skinner E, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*. 2003;129(2);216-69.
124. Morris WN, Reilly NP. Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and emotion*. 1987; 11(3): 215-249.
125. Parkinson B, Totterdell P. Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and Emotion*. 1999; 13(3):277-303.
126. Augustine AA, Hemenover SH. On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition y Emotion*. 2008; 23:1181-1220
127. Larsen RJ, Prizmic Z. Affect regulation. En: Baumeister R, Vohs K. *Handbook of self-regulation research*. New York: Guilford; 2004.p.40-60
128. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford; 2007
129. Rothbart MK, Ziaie H, O'Boyle CG. Self- Regulation and Emotion in Infancy. En: Eisenberg N, Fabes RA. *Emotion and its Regulation in Early Development, New Directions in Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass; 1995
130. Kochanska G, Coy K, Murray T. The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Dev*. 2001; 72(4): 1091-1011
131. Posner M, Rothbart M. Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*. 2000;12(3): 427-441
132. Mayor Kovacs M, Joormann J, Gotlib IH. Emotion dysregulation and links to depressive disorders. *Child Dev Perspect*. 2008; 2(3):149-155.

133. Weems CF, Silverman WK. An integrative model of control: implications for understanding emotion regulation and dysregulation in childhood anxiety. *J Affect Disord.* 2006; 91(2-3):113–124.
134. Brackett M, Mayer J, Warner R. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences.* 2004; 36(6):1387-1402.
135. Lopes N, Salovey P, Côté S, Beers, M. Emotion regulation ability and the quality of social interaction. *Emotion.* 2005; 5(1):113-118.
136. Niven K, Totterdell P, Holman D. A classification of controlled interpersonal affect regulation strategies. *Emotion.* 2009; 9(4):498-509
137. Rimé B. El compartimiento social de las emociones. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012
138. Álvarez M, Rafael Bisquerra Alzina R, Fita E, Martínez F, Pérez N. Evaluación de programas de educación emocional. *Revista de Investigación Educativa.* 2000;18(2): 587-599
139. Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *American Psychologist.* 2000; 55(1):110-121.
140. Abramson LY, Alloy LB, Hankin BL, Clements LZ, Hogan ME, Whitehouse G. Optimism and Well-Being in Individuals Psychological Resilience. En: Gillham J. *The Science of Optimism and Hope.* London: Templeton Foundation Press; 2000.p.75-79
141. Tugade MM, Fredrickson B, Feldman Barret L. Psychological Resilience and Positive Emocional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality.* 2004;72(6):1467-6494.
142. Zeidner M, Matthews G, Roberts R. *The Primer of Emotional Intelligence.* Cambridge, MA: MIT Press; 2009
143. Seaton CH, Beaumont L. Individual differences in identity styles predict proactive forms of positive adjustment. *Identity: An International Journal of Theory and Research.* 2008; 8:249-268.
144. Da Silva Almeida S, Omar A, Aguiar M, Carvalho SR. Resiliencia e inteligencia emocional en adolescentes: un estudio Brasil, Argentina y México. En: Consejo Regional de Psicología. *Resumen de comunicaciones científicas.* VI

Congresso Norte Nordeste de Psicologia. Belém: UF Pará; 2009

145. Bar On R. The emotional intelligence inventory (EQ-I): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems; 1997
146. Weis S, Süß HM. Social intelligence. A review and critical discussion of measurement concepts. *Emotional intelligence: An international handbook*; 2005.p. 203-230
147. Charbonneau D, Nicol AA. Emotional intelligence and prosocial behaviors in adolescents. *Psychological Reports*. 2002;90(2):361-370.
148. Castanyer O. La asertividad. Expresión de una sana autoestima. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1996
149. Landazabal M. Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología conductual*. 2001; 9(2): 221-246.
150. Suelves JM, Sánchez Turet, M. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología*. 2001;17(1):15-22.
151. Rice PF, Carnicero CC. Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice Hall; 2000
152. Güell M, Muñoz J. Desconócete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional. Barcelona: Paidós; 2000
153. Robins RW, Hendin HM, Trzesniewski KH. Measuring global self-esteem: construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001; 27:151-161
154. Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: part I. The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*. 2003; 2(1):2
155. Naranjo Pereira ML. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en Educación*. 2007;7(3):1-27.
156. Eisenberg N. Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*. 2000; 51(1):665-697

157. Mestre Escrivá MV, Samper García P, Frías Navarro MD. Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*. 2002; 14(2):227-232.
158. Mestre Escrivá MV, Samper García P, Frías Navarro MD. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004; 16(2):255-260.
159. Garaigordobil M, De Galdeano PG. Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*. 2006; 18(2):180-186.
160. Peña Garrido M, Extremera Pacheco N, Peña LR. El papel de la Inteligencia Emocional en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 2011; 22(1):69-79.
161. Becoña E. Técnicas de solución de problemas. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 2004.p. 710-743
162. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*. 2000; 55(1):5-14
163. Diener E, Diener M. Cross cultural correlates of life satisfaction and selfesteem. *Journal of Personality and Social Psychology*.1995; 68(4): 653-663.
164. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000; 55(1):34-43.
165. Veenhoven R. Conditions of Happiness. Dordrecht: Reidel; 1984
166. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 69(4):719-727.
167. Harris JR, Pedersen N, Stacey C, McClearn GE. Age differences in the etiology of the relationship between life satisfaction and self-rated health. *Journal of Aging and Health*. 1992; 4(3):349-368.
168. Adkins G, Martin P, Poon LW. Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians, and sexagenarians. *Psychology and Aging*. 1996;11(3):408-416.

169. Erez A, Johnson DE, Judge TA. Self-deception as a mediator of the relationship between dispositions and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*. 1995;19(5):597-612.
170. Moreno Ángel L, Hernández JM, García Leal O, Santacreu J. Un test informatizado para la evaluación de la tolerancia a la frustración. *Anales de psicología*. 2000;16(2):143-155.
171. Amsel A. Précis of Frustration Theory: An analysis of Dispositional Learning and Memory. *Psychonomic Bulletin Review*. 1994; (3): 280-296.
172. Oliva Delgado A, Antolín Suarez L, Pertegal Vega MA, Ríos Bermúdez M, Parra Jimenez A, Hernando Gómez A et al. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011
173. Sawyer S, Afifi R, Bearinger L, et al. Adolescence: A foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379(9826):1630-1640.
174. Figueroa MI, Contini N, Lacunza AB, Levín M, Estévez A. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*. 2005; 21(1):66-72.
175. Lara Alberca JM. Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. Ensayos: Revista de la facultad de educación de Albacete. 1996; (11):121-128.
176. WHO Technical Report Series 886. Programming for adolescent health and development: report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. Geneva: World Health Organization; 1999.
177. Hornberger L. Adolescent psychosocial growth and development. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19:243-6.
178. Casas Rivero J, Ceñal Gonzalez MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2009; 13:113-118.
179. Hazen E, Schlozman S, Beresin E. Adolescent psychological development: A review. *Pediatr Rev*. 2008;29(5):161-8.
180. Muuss R. Erik Erikson's theory of identity development. En: Muuss R. *Theories of adolescence*. 6 ed. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 42-57.

181. Kim KJ, Conger RD, Elder GH, Lorenz FO. Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*. 2003; 74:127-143
182. Jackson Y, Warren J. Appraisal, social support, and life events: Predicting outcome behavior in school age children. *Child Development*. 2000; 71:1441-1457.
183. Berger KS. *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. 7 ed Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007
184. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. Nueva York: Wiley; 2006.p.739-795
185. Luthar SS, Zelazo LB. Research on resilience: An integrative review. En: Luthar SS. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003.p.510-549
186. Bonano GA. Loss, Trauma, and Human resilience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004; 59(1):20-28.
187. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000; 71(3):543-562.
188. Lengua LJ. Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems, and positive adjustment in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2003; 24(5):595-618
189. Robbins RN, Bryan A. Relationships between future orientation, impulsive sensation seeking, and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research*. 2004; 19(4):428-445.
190. Krauskopf D. *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Madrid: Organización Iberoamericana; 1995
191. Vinaccia S, Quiceno JM, Moreno E. Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*. 2007; 16(1): 139-146.
192. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai, TP. Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-

- mood scale. En: Pennebaker J. Emotion, disclosure and health. Washington D.C.: American Psychological Association; 1995
193. Cabrera García VE, Aya Gómez VL, Guevara Marín IP. Diseño y análisis psicométrico de una escala de resiliencia en infantes. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2014; 62(2):213-220.
194. International Wellbeing Group. Personal Wellbeing Index. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University; 2006 Disponible en: <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/well>
195. Lau A, Chi I, Cummins R, Lee TM, Chou LK, Chung LW. The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging & Mental Health*. 2008; 12(6):746-760.
196. Casas F, Castello Sarriera J, Abs D, Coenders G, Alfaro J, Saforcada E, Tonon G. Subjective indicators of personal well-being among adolescents. Performance and results for different scales in Latin language speaking countries: A contribution to the international debate. *Child Indicators Research*; 2011
197. Casas F, Fernández Artamendi S, Montserrat C, Bravo A, Bertrán I, del Valle JF. El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de psicología*, 2013;29(1):148-158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>
198. Jones D, Lunney M, Keenan G, Moorhead S. Standardized nursing languages: Essential for the nursing workforce. En: Debisette AT, Vessey JA. Annual review of nursing research: Nursing workforce issues. New York: Springer; 2010.p.253-304
199. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). *Medición de resultados en salud*. Madrid: Elsevier; 2014
200. Keenan G, Aquilino M. Standardized nomenclatures: Keys to continuity of care, nursing accountability, and nursing effectiveness. *Outcomes Management for Nursing*. 1998; 2(2):81 - 86 .
201. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de resultados de enfermería (NIC). Madrid: ELsevier; 2014

202. Sunyer JM. Psicoterapia de Grupo. La construcción de un conductor de grupos. Madrid; Biblioteca Nuev S.L; 2008
203. Díaz Portillo I. Bases de la terapia de grupo; México DF: Editorial Pax; 2000
204. Stuart GW, Laraia MT. Enfermería psiquiátrica, Principios y práctica. Madrid: Elsevier; 2006
205. Sánchez JC. Psicología de los grupos: Teorías, procesos y aplicaciones. Madrid: McGrawHill/Interamericana; 2002
206. López Ortega MA. Modelos para el trabajo con grupos. Revista de psicología.com. [Internet]. 2009; 13(1). [Consultado: Mayo 2016] Disponible en:
http://manejodegrupos.weebly.com/uploads/6/3/5/7/6357007/modelso_de_grupos_rogers.pdf
207. Costa H, Ripoll P, Sánchez M, Carvalho C. Emotional intelligence and self-efficacy: Effects on psychological well-being in college students. The Spanish journal of psychology. 2013; 16:50.
208. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta bioethica. 2016; 22(1):51-61.
209. State RC, Frye MA, Altshuler LL. Chart review of the impact of attention deficit/ hyperactivity disorder comorbidity on response to lithium or divalproex sodium in adolescent mania. Journal of Clinical Psychiatry 2004;65(8):1057-63
210. Jiménez MI, Lopez-Zafra E. Social attitudes and social adaptation among Spanish adolescents: The role of perceived emotional intelligence. Revista de psicología social. 2011; 26(1):105-117
211. Sanchez Núñez MT, Latorre Postigo JM. Inteligencia emocional y clima familiar. Psicología Conductual. 2012; 20(1):103
212. Fernández-Abascal EG, Martín-Díaz MD. Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. Frontiers in psychology. 2015; 6:317.
213. Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. Psychological reports. 2004; 94(3):751-755.

214. Cabello González R, Fernández Berrocal P, Ruiz Aranda D, Extremera N. Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*. 2006; 12(2-3): 155-166
215. Limonero JT, Tomás Sábado J, Fernández Castro J, Gómez Romero MJ, Ardilla Herrero A. Resilient coping strategies and emotion regulation: predictors of life satisfaction. *Psicol Conduct*. 2012; 20(1): 183-196.
216. Valadez Sierra MD, Pérez Sánchez L, Beltrán Llera J. La inteligencia emocional de los adolescentes talentosos. *FAISCA. Revista de altas capacidades*. 2011; 15(17): 2-17.
217. Bermúdez MP, Álvarez IT, Sánchez A. Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*. 2003; 2(1): 27-32.
218. Shapiro LE. La salud emocional de los niños. México: Vergara; 2002
219. Tomyn AJ, Cummins RA. The subjective wellbeing of high-school students: Validating the personal wellbeing index school children. *Social Indicators Research*. 2011;101(3): 405-418.
220. Saavedra Guardado E, Castro Ríos A. Construcción y validación de una escala de resiliencia para escolares. [Internet]. Chile: CENAIM; 2008 [Consultado: Enero 2016] Disponible en: http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/ponentes/pdf/chi_saavedraguajardoeugenio.pdf
221. Saavedra Guardado E, Castro Ríos A. Escala de resiliencia Escolar. Chile: CENAIM; 2009
222. Angel del V, Prieto F, Gladstone TR, Beardslee WR, Irrázaval M. The feasibility and acceptability of a preventive intervention programme for children with depressed parents: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2016; 17(1): 237.
223. Romero Barquero CE, Saavedra Guajardo E. Impacto de un programa recreativo en la resiliencia de estudiantes de 7º grado de un colegio primario. *Liberabit*. 2016; 22(1):43-56.

224. Castro Ríos A, Saavedra Guardado E, Saavedra Castro P. Niños de Familias Rurales y Urbanas y Desarrollo de la Resiliencia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2010; 3(1): 109-119.
225. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*; 2010.
226. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*; 2009
227. Houck CD, Barker DH, Hadley W, Brown LK, Lansing, A, Almy B, et al. The 1-year impact of an emotion regulation intervention on early adolescent health risk behaviors. *Health Psychology*. 2016; 35(9): 1036.
228. Monroe AD, English A. Fostering emotional intelligence in medical training: the SELECT program. *Virtual Mentor*. 2013; 15(6):509.
229. Romero Barquero CE. La recreación en el fomento de la resiliencia. *Revista Ciencias de la Actividad Física*. 2015; 16(1): 63-80
230. Kemper KJ, Khirallah M. Acute Effects of Online Mind–Body Skills Training on Resilience, Mindfulness, and Empathy. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2015; 20(4): 247-253
231. Kemper KJ, Lynn J, Mahan JD. What Is the Impact of Online Training in Mind–Body Skills?. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2015; 20(4): 275-282.
232. Baños RM, Etchemendy E, Mira A, Riva G, Gaggioli A, Botella C. Online Positive interventions to Promote Well-being and resilience in the Adolescent Population: A Narrative review. *Frontiers in psychiatry*. 2017; 8(10):1-9

**ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN,
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PROTOCOLO DE RECOGIDA DE
DATOS**

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE
“EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
EMOCIONAL Y HABILIDADES INTERPERSONALES SOBRE LA
CAPACIDAD DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNO MENTAL”

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre resiliencia (capacidad de superación) y un programa integrado de educación emocional y habilidades interpersonales en adolescentes diagnosticados de trastorno mental en la infancia o adolescencia. Partiendo de este análisis, se podrían plantear estrategias de fomento de resiliencia basadas en dicho programa con el fin de mejorar el bienestar emocional y general de los niños con diagnóstico de trastorno mental en la infancia o adolescencia.

De este modo se plantea como objetivo principal, analizar la relación entre dicho programa y los niveles y capacidad de resiliencia.

Se presentan una serie de cuestionarios con el fin de estudiar los niveles de resiliencia, manejo emocional, bienestar general y tolerancia a la frustración. Los datos recogidos se destinarán a un estudio de investigación realizado como tesis doctoral dentro del programa de ciencias de la salud de la facultad de enfermería de la Universidad de Murcia. Están a cargo del investigador: Javier Muñoz Sánchez, Enfermero Especialista en Salud Mental, contacto: telf.. 639870695 y correo electrónico: javiermusa88@gmail.com.

Los resultados de los cuestionarios son estrictamente anónimos y confidenciales. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se ruega que contesten a los mismos con la mayor sinceridad de acuerdo a su opinión personal. Cada cuestionario incluye las instrucciones de como contestarlos.

A la vez se informa que los datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que estará sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos personales. Puede abandonar en cualquier momento su participación en el estudio sin tener que dar explicaciones y sin que ello suponga perjuicio alguno.

Una vez finalizado el estudio, se pretende dar a conocer los resultados en una sesión a la que podrá asistir todo el que esté interesado en los mismos.

En consecuencia, le solicitamos que firme, padres/tutor legal y adolescente, y entregue la hoja de consentimiento informado que se adjunta.

Firmado: Equipo investigador. Javier Muñoz Sánchez

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña.con DNI nº, y
D./Dña.con DNI nº, ambos
mayores de edad y padres/tutores de
con DNI nºhan sido informados sobre los beneficios que podría suponer
la participación en el grupo terapéutico EDUCACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES
INTERPERSONALES que forma parte del Proyecto de Investigación realizado por
Javier Muñoz Sánchez como tesis doctoral dentro del programa de doctorado de ciencias
de la salud de la Universidad de Murcia, dirigido por Doña Pilar Almansa profesora titular
de la Facultad de enfermería, y con título “Efectividad de un programa de educación
emocional y habilidades interpersonales sobre la capacidad de resiliencia en adolescentes
con trastorno mental”.

He sido informado/a de los posibles perjuicios de la participación en dicho grupo
terapéutico, de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que
deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre de
protección de datos de carácter personal y de la posibilidad de abandonar en cualquier
momento mi participación en el estudio sin dar explicaciones y sin que ello me suponga
perjuicio alguno.

Quedarán excluidos de la investigación todo aquel adolescente que no consienta la
participación por su parte y en conjunto con la de padres o tutor legal.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar
en el grupo y que los cuestionarios recogidos con mis datos sean utilizados para cubrir
los objetivos especificados en el proyecto.

En _____, a ____ de _____ de 20__.

Fdo. Madre, padre, (tutor legal si procede) y participante.

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Edad (años cumplidos): _____

2. Sexo: ☐ Niño ☐ Niña

3. ¿Cuántas personas viven en tu casa? _____ ¿Cuántos hermanos tienes? _____

4. ¿Característica familiar especial? _____

5. ¿Cuánto tiempo lleva en seguimiento en esta unidad?

☐ Menos de 1 año ☐ Entre 1 y 2 años ☐ Más de 2 años

6. Cuantos profesionales de esta unidad le prestan atención:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

7. Tiene prescrito tratamiento farmacológico: ☐ No ☐ Si

¿Cuál? _____

8. Que curso haces actualmente: _____

¿El centro escolar es ☐ Público ☐ Privado o concertado?

¿Ha repetido curso en alguna ocasión? ☐ No ☐ Si

OTROS DATOS. A rellenar por el terapeuta.

A continuación se presentan una serie de cuestionarios para que responda. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

CUESTIONARIOS PARA LA MEDICIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIO

		Muy desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Yo soy una persona que se quiere a sí misma.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Yo soy optimista respecto del futuro	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Yo estoy seguro de mí mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Yo me siento seguro en el ambiente en que vivo.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Yo soy un modelo positivo para otros.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Yo estoy satisfecho con mis amistades.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Yo soy una persona con metas en la vida.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Yo soy independiente.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Yo soy responsable.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Yo tengo una familia que me apoya.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Yo tengo personas a quien recurrir en caso de problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Yo tengo personas que me orientan y aconsejan.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Yo tengo personas que me ayudan a evitar problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Yo tengo personas que les puedo contar mis problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Yo tengo amigos que me cuentan sus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Yo tengo metas en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Yo tengo proyectos a futuro.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Yo tengo en general una vida feliz.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Yo puedo hablar de mis emociones con otros.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Yo puedo expresar cariño.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Yo puedo confiar en otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Yo puedo dar mi opinión.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Yo puedo buscar ayuda cuando la necesito.	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Yo puedo apoyar a otros que tienen problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Yo puedo comunicarme bien con otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Yo puedo aprender de mis aciertos y errores.	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Yo puedo esforzarme por lograr mis objetivos.	☐	☐	☐	☐	☐

Puntúa de 0 a 10: 0 significa *Totalmente insatisfecho/a* y 10 *Totalmente satisfecho/a*

	Puntúa de 0 a 10
Satisfacción con tu salud	
Satisfacción con todas las cosas que tienes	
Satisfacción con tus relaciones con las personas en general	
Satisfacción con el instituto/colegio al que vas	
Satisfacción con el uso que haces de tu tiempo	
Satisfacción con lo seguro/a que te sientes contigo mismo/a	
Satisfacción con las oportunidades que tienes en la vida	
Satisfacción con las personas que viven en la zona donde vives	

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Presto mucha atención a los sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mi pensamiento.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	☐	☐	☐	☐	☐
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Presto mucha atención a como me siento.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tengo claros mis sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Casi siempre se cómo me siento.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Normalmente conozco que siento con respecto a otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	☐	☐	☐	☐	☐
15. A veces puedo decir cuáles son mis sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐

17.	Aunque me sienta triste suelo tener una visión optimista.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Aunque me sienta mal procuro pensar en cosas agradables.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, trato de calmarme.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz..	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Cuando estoy enfadado intento que se me pase.	☐	☐	☐	☐	☐

		Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1.	Me resulta difícil controlar mi ira.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Algunas cosas me enfadan mucho.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Me peleo con gente.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Tengo mal genio.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Me enfado con facilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Cuando me enfado con alguien me enfado durante mucho tiempo.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Me resulta difícil esperar mi turno.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Cuando me enfado actúo sin pensar.	☐	☐	☐	☐	☐

**ANEXO 2. CRONOGRAMA. TEMPORALIZACIÓN Y ETAPAS DEL
ESTUDIO**

Actividad	NOV 2014- MAR. 2015	ABRIL 2015- JUNIO 2015	JULIO 2015	AGO. 2015 OCT. 2015	NOV. 2015	DIC. 2015	ENE. 2016 NOV. 2106	JUNIO 2016 OCT. 2016	OCT. 2016 NOV. 2016	DIC 2016	ENE. 2017	FEB. 2017 MAR. 2017	ABR. 2017 MAY. 2017	JUNIO 2017 OCT 2017
Selección del tema de investigación	X													
Búsqueda bibliográfica inicial		X												
Selección metodología			X											
Redacción antecedentes				X										
Elaboración de protocolo				X	X									
Permisos y comité ético						X					X			
Intervención							X							
Redacción marco teórico								X						
Redacción marco empírico									X					
Creación base datos									X					
Análisis descriptivo de los datos										X				
Análisis completo de los datos.										X	X			
Resultados											X	X		
Conclusiones y discusión													X	
Revisión de marco teórico, empírico y bibliografía final													X	
Preparación lectura tesis													X	X
Lectura tesis doctoral														X

ANEXO 3. DESARROLLO DE LAS SESIONES

SESIÓN 1

1. **ENCUANDRE:** explicación del funcionamiento grupal, sesiones previstas, duración y tipo de actividades a desarrollar. Se ofrece información sencilla y comprensible sobre el programa en general
2. **NORMAS:** se dan a conocer las normas básicas a respetar y cuáles serían las medidas si así no se cumpliesen.
3. **PRESENTACIÓN:** dinámica para presentar a los participantes, “tarjeta de visita”.
4. **IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES.** Se comienza con una pregunta ¿qué son las emociones? Participación grupal y desarrollo de dos fichas para el reconocimiento emocional. Dinámica “¿qué emociones sienten?”
5. **DENOMINACIÓN DE EMOCIONES.** Definición de emociones, para que sirven y cuento adaptado sobre las emociones en la prehistoria. Dinámica “juego de la emoción-situación-deseo” (Rol-playing sobre emociones), destinada a contextualizar las emociones. Se entrega lista de emociones complejas para su uso.
6. **CEREBRO EMOCIONAL.** Exposición mediante diapositivas didácticas del funcionamiento del cerebro emocional y como se relaciona este con el cuerpo, los pensamientos y nuestra conducta.
7. **RONDA DE PREGUNTAS.**
8. **ACTIVIDAD PARA CASA.** ¿Qué emociones hay a mi alrededor? Registro de 3 situaciones y las respuestas emocionales correspondientes.
9. **RELAJACIÓN BASADA EN MINDFULNESS:** Atención plena a la respiración.

SESIÓN 2

- 1. REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS Y ACTIVIDADES.**
- 2. RECONOCIMIENTO Y DIFERENCIACIÓN DE EMOCIONES:** ficha de “emoticonos”, reconocer emociones y valorar las diferencias ocurridas en este sentido entre los distintos participantes. Interpretación de las emociones. Se retoma la lista de emociones complejas y se completa una actividad en la que se reconocen emoción/pensamiento/conducta. Rol-playing.
- 3. PERCEPCIÓN DE LAS EMOCIONES:** juego “mímica”, adivinar la emoción. Dos variantes, primero reconocer a través de la emoción y después a través de la conducta.
- 4. EMOCIÓN/PENSAMIENTO/CONDUCTA:** a partir de la actividad anterior, exposición breve sobre la implicación de las emociones en el pensamiento y la conducta. Retomamos el “cerebro emocional”.
- 5. RONDA DE PREGUNTAS**
- 6. ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN:** ¿Hay algo que queremos cambiar sobre nosotros mismos? ¿Nos hemos dado cuenta de algo reflexionando sobre que son las emociones?. Comienzo a registrar en la “hoja de cambio”.
- 7. ACTIVIDAD:** valorar las distintas interpretaciones de las emociones que encuentran en su contexto.
- 8. ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN:** respiración diafragmática.

SESIÓN 3

- 1. REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS Y ACTIVIDADES.**
- 2. INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES:** actividad con ficha “el termómetro emocional”. Se señalan en escala los propios comportamientos en base a la reflexión de sesiones previas. Una vez completados se buscan dos puntos, el de inicio de malestar con respecto a las emociones y el de pérdida de control, punto de no retorno.
- 3. AUTORREGULANDO LAS EMOCIONES:** ficha “situación-reacción”. Desarrollo de actividad en que con ejemplos propios se valorar el tipo de emoción producida según lo ocurrido, intensidad de dicha emoción, pensamientos que genera y conducta derivada. Se puede hacer Rol-playing. Retroalimentación grupal ¿hay otra alternativa de acción?
- 4. EMOCIONES EN NUESTRO CUERPO.** Se realiza un dibujo de cómo vemos nuestro cuerpo. Posterior se realiza un “pódium” de emociones, y se señala en que parte del cuerpo se notan las emociones que más sentimos de forma habitual. ¿Cómo las sientes?
- 5. ACTIVIDAD DE JUEGO:** teatro rol-playing. 3 participantes representan un personaje y escenifican una situación cotidiana prefijada. El resto de participantes observan, y a mitad de la representación, y conforme sucedan los hechos se van cambiando los actores de inicio, por los participantes que hacían de público crítico.
- 6. RONDA DE PREGUNTAS**
- 7. ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN:** como son mis reacciones más habituales. Registro en la “hoja de cambio”
- 8. ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN BASADA EN MINDFULNESS:** scanner corporal.

SESIÓN 4

1. **REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS**
2. **MANEJO Y GESTIÓN DE NUESTRAS EMOCIONES.** En primer lugar, se resumen las sesiones previas. En segundo lugar, exposición breve sobre las emociones. Actividad de juego, murales sobre como sentimos las emociones según sensaciones físicas, pensamientos y conductas. Una vez completado en pequeños grupos, cada grupo expone su mural y el resto de participantes hace aportaciones
3. **HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL.** Se identifican las respuestas emocionales inadecuadas en los murales anteriores y se buscan alternativas. Una vez completada una ronda se entrega listado de alternativas para gestionar las sensaciones físicas desagradables, los pensamientos destructivos y que generan malestar, y las conductas disfuncionales.
4. **ESCENIFICACIÓN:** los participantes voluntarios escenifican una situación que les haya ocurrido en la que su respuesta emocional le haya supuesto consecuencias negativas. Rol-playing.
5. **RONDA DE PREGUNTAS**
6. **ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN:** ¿Es mi conducta actual la que deseo? Participación en grupo y discusión.
7. **ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN BASADA EN MINDFULNESS:** atención plena a la respiración y scanner corporal.

SESIÓN 5

- 1. REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS**
- 2. REGULAR EMOCIONES.** Exposición sobre alternativas a la respuesta emocional y técnicas de regulación de las emociones. Técnicas de afrontamiento positivo e inicio de la resolución de conflictos. Conflictos menores. Como reducir las intensidad de nuestras emociones. Ficha “mis alternativas”. Se eligen aquellas que hayan aportado voluntariamente y se ponen en práctica algunas.
- 3. ALTERNATIVAS DE RESPUESTA EMOCIONAL.** Puesta en marcha de alternativas. Teatro mediante rol-playing. 2 espectadores, uno encargado de medir la intensidad con la que se reflejan las emociones y otro valorando posibles alternativas. Se van rotando puestos.
- 4. ESTRATEGIAS PERSONALES PARA LA GESTIÓN DE EMOCIONES.** Exposición breve sobre la gestión de las emociones. Pautas. Cada uno elige 2 opción para la autogestión, expone como las llevará a cabo. Lo pueden escenificar.
- 5. RONDA DE PREGUNTAS**
- 6. ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN:** atención plena a la respiración y visualización

SESIÓN 6

- 1. REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS**
- 2. ASERTIVIDAD:** teoría sobre los estilos de comunicación y comportamiento. Rol-playing, primero observan a los terapeutas, después pasan a actuar. Juego “identificando comportamientos”. Al final reflexión sobre los estilos más utilizados por los participantes y sobre lo que supone el uso de estos.
- 3. EMPATÍA:** nociones sobre empatía y su relación con el mundo emocional. Comic “empatía”. Actividad por pequeños grupos, ficha “mis rivales”, la completan y la ponen en común.
- 4. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN:** negociar, dinámica “llega a un acuerdo”. Comunicación clara, quejas, críticas y cumplidos.
- 5. ACTIVIDAD PARA CASA.** Reconocimiento de estilos de comunicación y comportamiento, aportar ejemplos para la próxima sesión.
- 6. RONDA DE PREGUNTAS**
- 7. ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN:** respiración profunda y visualización.

SESIÓN 7

1. **REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS Y ACTIVIDADES.**
2. **REPASO ASERTIVIDAD Y EMPATÍA.** Los propios participantes recuerdan el contenido de la sesión previa mediante exposiciones breves.
3. **AUTOESTIMA. VALORANDONOS DE FORMA POSITIVA.** Qué es la autoestima, cómo se crea y quien influye en ella. Cómo fomentarla. Actividades “quien ha influido sobre mi autoestima”, seleccionan a las personas influyentes en cómo se siente con respecto a ellos mismos y cuáles son los mensajes generales relacionados con esa sensación. Ficha “me valoro positivamente”, actividad para relatar los puntos fuertes. Primero cada uno se otorga 3 aspectos positivos, después se pasa cada ficha por todos los participantes y añaden un punto fuerte que ven en esa persona. Al final, cuando cada participante recupera su hoja se expone lo allí encontrado. Feed-back grupal. Apoyo del terapeuta.
También se trabajará la sustitución del contenido del pensamiento negativo haciendo uso de las estrategias de gestión emocional, de cara a tener una connotación positiva.
4. **AUTOCUIDADO PERSONAL Y ENFOCADO A LA REGULACIÓN DE LA EMOCIONES:** cuidando nuestros sentidos. Se elabora una lista de actividades placenteras para cada uno de los sentidos. Como utilizar aquello que satisface nuestro sentidos para regular nuestras emociones.
5. **RONDA DE PREGUNTAS**
6. **ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN:** “Recuerdo mis puntos fuertes por los que he sido señalado”
7. **ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN:** respiración profunda y visualización.

SESIÓN 8

- 1. REPASO SESIÓN PREVIA, DUDAS**
- 2. PLAN DE MEJORA:** compuesto por la “hoja de cambio” y el plan o estrategias para la gestión de las emociones elegido según las posibilidades y necesidad de cada participante. Para cada situación en la que creen conveniente un cambio, desarrollan una forma de manejo de la situación desde la parte emocional, del pensamiento y comportamental. Trazan también el “plan si pierdo el control”, con el objetivo de que tengan recursos para resolver los problemas y ser responsables de sus acciones. Una vez completada, puesta en común con aportaciones del grupo.
- 3. RECUPERAR LA CONFIANZA.** Exposición sobre la confianza
- 4. DESPEDIDA Y ACTIVIDAD DE RELAJACIÓN**

