

La inteligencia emocional como eje de intervención educativa en el alumando con tdah

Sandra Cabello Sanz
sancabel@ucm.es

Resumen

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tiene origen neurobiológico y se presenta desde temprana edad caracterizándose por continuos movimientos, incapacidad para permanecer sentado y prestar atención. Así como su diagnóstico implica pruebas en distintas áreas: física, psicológica y social, el tratamiento debe basarse en éstos también. Es importante tener un tratamiento ajustado a la realidad del paciente, para que, en la adultez, pueda ser una persona con habilidades sociales y emocionales desarrolladas. Estos niños generalmente tienden a tener continuos problemas sociales que los excluyen, pudiéndose generar con ello conductas disociadas y problemas en la edad adulta de desajustes emocionales. Es por esto que se plantea esta investigación, la cual pretende contribuir, desde el ámbito educativo, al desarrollo socioemocional del niño de educación primaria y secundaria a través de un estudio de caso, en el cual se comparará los resultados entre un grupo máximo de 5 niños a los cuales se les medirán, a través de instrumentos ya validados, las habilidades sociales y emocionales. Seguidamente se aplicará una intervención fundamentada en inteligencia emocional y habilidades sociales en un lapso de cinco a ocho meses, para concluir con los mismos test. De esta manera se podrán comparar los resultados antes y después de la aplicación educativa, para así poder determinar la influencia de la acción educativa en el manejo de las emociones y las habilidades sociales. Este estudio de casos, permitirá ampliar los estudios que existen al respecto, sacar conclusiones y proponer nuevas acciones.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has a neurobiological origin and is presented from an early age characterized by continuous movements, inability to remain seated and pay attention. Just as its diagnosis involves tests in different areas: physical, psychological and social, the treatment should be based on these as well. It is important to have a treatment adjusted to the reality of the patient, so that, in adulthood, will be a person with social skills can be and emotional developed. These children generally tend to have continuous social problems that exclude them, making possible the apparition of dissociated behaviours and problems in adulthood of emotional imbalances. That is why this research is proposed, aiming to contribute, from the educational field, to the socio-emotional development of primary and secondary school children through a case study, in which the results will be compared between a maximum group of 5 children, which will have measured, through the use of validated instruments, their social and emotional skills. Then an intervention based on emotional intelligence and social skills will be applied in a period from five to eight months to conclude with the same tests. This way, it will be possible to compare the results before and after the educational application, in order to determine the influence of educational action on the management of emotions and social skills. This case study will expand the studies that exist in this regard, draw conclusions and propose new actions.

Palabras clave: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Inteligencia Emocional, Habilidades sociales, Educación Primaria/Secundaria, Intervención educativa.

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Emotional Intelligence, Social Skills, Primary/Secondary Education, Educational Intervention.

PRESENTACIÓN DEL TEMA

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más investigado en las últimas décadas por diversas razones que lo sitúan como un trastorno de impacto social significativo y de carácter universal. Dentro de los principales motivos se encuentra, por un lado, su prevalencia en la población general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe una prevalencia de TDAH de un 5.3%, situándose entre un 5 y 7% en niños y adolescentes para el caso de España. Cabe citar que sólo el 1.8% de estos individuos recibe tratamiento, por lo que más de la mitad de los niños están sin tratar (Quiroga, 2007). Por otro lado, las consecuencias académicas, pues se arrojan datos que manifiestan que el 40 % de los alumnos con TDAH presenta fracaso escolar (Barkley, 2011). Además de estas razones, existen estudios que concluyen aspectos determinantes sobre la necesidad de llevar a cabo una prevención e intervención temprana del trastorno para evitar posibles desajustes en la edad adulta conectados con el abuso de sustancias, accidentes y relaciones sexuales entre otros. Existe una importante presencia de síntomas del TDAH en la población reclusa. Uno de los estudios que avalan dicha afirmación se llevó a cabo en la Universidad de Oviedo (Rodríguez, Núñez, Rodríguez, Parrales, Bringas y García, 2015) a través de 143 presos participantes del Establecimiento Penitenciario de Villabona (Asturias), con un rango de edad entre 18 y 69 años. Los resultados obtenidos indican una prevalencia aparente del TDAH en torno al 25%. Todos estos resultados evidencian la necesidad de llevar a cabo investigaciones que permitan prevenir el desencadenamiento de conductas de este tipo, así como la mejora de los resultados académicos a través de propuestas de intervención educativas basadas en una concepción holística del ser humano, sin reducirlas exclusivamente a aspectos de tipo cognitivo y conductual.

Si bien los estudios generales sobre TDAH son abundantes, estudios específicos sobre aspectos socioemocionales no son tantos. Sin embargo, autores como Barkley (2011) o más recientemente Guerrero (2016) señalan que los niños con TDAH presentan resultados inferiores en reconocimiento emocional a través de la identificación de emociones básicas mediante expresión facial y la prosodia del interlocutor. Estos datos ponen de manifiesto la dificultad en el procesamiento de contenidos emocionales en las personas con TDAH, que condiciona de manera significativa sus ámbitos de desarrollo personal, familiar y académico. Es en esta línea de trabajo en torno a la cual gira la investigación presente, que tiene como objetivo general, de una parte, identificar las principales competencias socioemocionales afectadas en el TDAH y, de otra, llevar a cabo un programa de intervención educativo basado en dichas competencias para conseguir una mejora de los sujetos TDAH que les permita desarrollar un estilo de vida asociado al bienestar y a un estado de fluir competente.

REVISIÓN DEL ESTADO EN CUESTIÓN

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM-5 (2013), define el TDAH como un trastorno neurobiológico, crónico, evolutivo y con un fuerte componente genético. Se categoriza como un trastorno de la conducta de inicio en la infancia, que comprende un periodo persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. En la actualidad, no existe una prueba específica para su detección y se debe realizar el diagnóstico siguiendo las pautas del DSM-5 o el CIE10 (2016) (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión). Los síntomas del TDAH pueden permanecer toda la vida, asociados, en algunas circunstancias, a otros trastornos psíquicos si se presenta una evolución comórbida. Dicha comorbilidad de trastornos psíquicos, principalmente conectados con la conducta, pueden llegar a afectar al sujeto interfiriendo de manera directa en sus procesos madurativos y de aprendizaje, advocándole a situaciones de marginalidad y delincuencia. Estas razones, llevan a un aumento en la preocupación por su estudio y por la formación de profesionales en los diferentes ámbitos de su tratamiento.

A pesar de la existencia de reconocidos manuales de prestigio dentro del ámbito de la salud, actualmente existe una realidad social inminente: el desconocimiento sobre la existencia del TDAH, sus características y consecuencias en todos los ámbitos de la vida. Sin embargo, no se trata de un trastorno novedoso pues históricamente, los primeros escritos sobre TDAH se remontan al autor Sir Alexander Crichton (1798) quien describía los síntomas de lo que hoy se conoce como el trastorno,

bajo el nombre de *mental restlessness* (inquietud mental). La siguiente aportación vino de la mano de Heinrich Hoffman (1844) a través del relato titulado *Felipe el hermoso*, en el que se describen problemáticas del niño asociadas a la falta de atención e hiperactividad. Posteriormente, otros autores hicieron referencia a la existencia de disfunciones a nivel del córtex cerebral en este tipo de sujetos. Será en 1902, cuando George Still aportará la primera descripción científica sobre el TDAH a través de un estudio publicado en la prestigiosa revista *Lancet*. Las investigaciones sobre medicación tampoco son exclusivas del momento actual, sino que ya en 1937, el psiquiatra estadounidense Charles Bradley descubre los efectos que tiene la anfetamina bencedrina en posibles niños TDAH. Debido a estos hallazgos, fue en 1945 cuando se considera el metilfenidato como el principio activo de los estimulantes. En 1952 se publica la primera edición del DSM donde no se hace mención al TDAH. Sin embargo será en 1968 cuando aparece recogido por primera vez el TDAH con la publicación del DSM-II bajo el nombre de *trastorno hiperkinético impulsivo*. Es a partir de la década de los 70, cuando comienzan a surgir un mayor número de investigaciones como las proporcionadas por Virginia Douglas (1972) al determinar que el trastorno podía ir acompañado de hiperactividad o no. Sus contribuciones fueron decisivas para la publicación del DSM-III (1980), donde se recogía el trastorno bajo el nombre de TDA (trastorno por déficit de atención) siendo el componente de hiperactividad TDAH una subcategoría del TDA. En los años posteriores, el trastorno seguirá apareciendo recogido tanto en el CIE (1992) como en el DSM-IV, bajo el nombre modificado nuevamente de TDAH. Russell Barkley, uno de los científicos más prestigiosos dentro del campo del TDAH hace referencia en sus investigaciones más actuales no sólo al déficit a nivel cognitivo (funciones ejecutivas) del TDAH, sino también a la vertiente socio-emocional. Todas estas investigaciones de carácter histórico avalan la existencia del TDAH.

Desde el punto de vista de la realidad educativa, se observan datos realmente concluyentes para considerar el TDAH como una necesidad social de intervención. Y es que uno de cada cuatro casos de fracaso escolar puede tener como origen un TDAH no diagnosticado. Además, los niños con TDAH repiten curso tres veces más que los que no tiene TDAH. La intervención precoz en los niños con TDAH mejora su rendimiento en la escuela y reduce un futuro riesgo de fracaso escolar (Zoega et al., 2012). A pesar de estos datos y teniendo en cuenta que la investigación del TDAH dentro del ámbito educativo está menos desarrollada que la médica, existen intervenciones que arrojan resultados positivos. En primer lugar, una de las líneas más trabajadas dentro de la escuela serían las llamadas adaptaciones curriculares tanto significativas, determinadas en función de las necesidades específicas de cada niño. En segundo lugar, son muy enriquecedores los programas de entrenamiento de familias que tienen como objetivo conseguir un sistema favorable de disciplina a través de un trabajo vertical entre ambas entidades; escuela y hogar. Destacan Uno *Defiant Children* adaptado por Barkley (2013) y *Triple P (Positive Parenting program)* creado por Sanders (1999). Por otro lado, también tiene repercusión el uso de técnicas de modificación de conducta en el aula (economía de fichas, tiempo fuera, etc.) que permiten llevar un registro del comportamiento del alumno y actuar de manera consecuente. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer dentro del ámbito educativo con referencia a la intervención en el TDAH, se necesitan programas más específicos y concretos centrados en todas las dimensiones del niño, especialmente aquellas menos trabajadas hasta ahora como son las competencias socio-emocionales.

Estrechamente conectado con la realidad educativa estaría la realidad basada en evidencias científicas, pues ambas se complementan y dan lugar a un enfoque multidisciplinar que actualmente se conoce como neuroeducación, una rama aplicada al proceso de enseñanza-aprendizaje. El conocimiento teórico del trastorno se avala en estudios de perfil neuropsicológico, neuroquímicos y de neuroimagen estructural y funcional que demuestran que los sujetos que padecen TDAH presentan anomalías en ciertas regiones cerebrales como son la corteza prefrontal, dorsolateral y las regiones dorsales de la corteza cingulada anterior y el estriado (Bush, Valera y Seidman, 2005). A través de innovadoras técnicas de neuroimagen se ha podido comprobar que el volumen cerebral de los niños con TDAH es menor que el de los niños control. Presentarían una reducción aproximada de entre un 3-5% (Seidman, et al., 2005). La mayoría de estudios existentes giran en torno a una afección profunda de la región frontestriada del cerebro, sin embargo, esta explicación no sería suficiente para analizar la heterogeneidad del trastorno, pues se está investigando sobre otras regiones cerebrales estrechamente comprometidas en el TDAH como serían el cerebelo y los sistemas mesolímbico y parieto-temporal (Vaidya y Stollstorff, 2008).

El doctor Xavier Castellanos (2004) mediante el análisis de imágenes por resonancia magnética ha demostrado que los niños con TDAH presentan un volumen más reducido en ciertas áreas del cerebro. Castellanos indica que la madurez (grosor cortical) que alcanzan los niños sin TDAH a los 7,5 años, lo alcanza el grupo con TDAH a los 10,5 años. Por tanto, la corteza cerebral se desarrolla a un ritmo más lento en los sujetos con TDAH, especialmente los lóbulos frontal y temporal que son importantes para la memoria, atención y control de actitudes, de ahí los síntomas asociados al trastorno. Castellanos y Tannock (2002) realizaron un estudio de neuroimagen con sujetos que padecían el trastorno y con sujetos sanos. Los resultados demostraron que en los sujetos con TDAH la corteza cerebral presentaba un volumen que no se normalizaba en la adolescencia como sí sucedía con los individuos normales. Es importante tener en cuenta que estos estudios de neuroimagen se emplean para tener un mayor conocimiento del trastorno y realizar avances en su estudio, pero no se utilizan como prueba de diagnóstico para la detección del TDAH. Además, a través de los estudios de neuroimagen cerebral se ha demostrado que existen diversas regiones del cerebro afectadas en los sujetos con TDAH: corteza cerebral, núcleo caudado, núcleo accumbens, putamen, amígdala y el hipocampo (Soutullo, 2007).

Además de todos estos hallazgos conectados principalmente con déficits en las funciones ejecutivas, recientemente muchos autores han comenzado a incidir en las carencias a nivel socio-emocional que se presentan en el cerebro de un TDAH. Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié (2008) apoyan esta idea, al considerar la presencia de un déficit real en el procesamiento de la información emocional. Las consecuencias directas de dicho déficit repercuten en la adaptación social de los sujetos con TDAH en la sociedad, haciendo que sea más negativa a través de conductas impulsivas a la hora de expresar las emociones y presentando también dificultades de autocontrol y toma de decisiones. Barkley (2011) sigue en la misma línea, afirmando que dichas carencias a nivel socioemocional del sujeto que padece TDAH repercuten directamente en su relación con los demás y en el ámbito académico. Existen datos más concretos que reafirman las investigaciones de estos autores, aportando que un 74% de los niños con TDAH son rechazados por sus compañeros. Gallego (2015) considera que tanto los niños como adolescentes con TDAH se enfrentan a dificultades en el plano afectivo y relacional, que se derivan de la sintomatología del trastorno, convirtiéndoles en una población especialmente vulnerable a los problemas conectados con la vertiente emocional, necesitando por ello una mayor dedicación. A pesar de todos estos avances e investigaciones realizados dentro del TDAH, todavía existen muchas carencias y cuestiones sin resolver, principalmente dentro del ámbito socio-emocional (educación emocional).

La educación emocional surgió aproximadamente a mediados de los años noventa. A pesar de su progresivo desarrollo avalado en abundantes publicaciones sigue siendo en la actualidad un tema de gran desconocimiento social. La educación emocional tiene como objetivo la adquisición de competencias emocionales, entendidas éstas como “*el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales*” (Bisquerra & Pérez, 2007). La educación emocional toma como base las ideas de la inteligencia emocional, término acuñado por Peter Salovey y John Mayer (1990). Estos autores definen el concepto de inteligencia emocional como la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, cayendo en la cuenta de sus diferencias y, consecuentemente, utilizando ese conocimiento para conducirse en la vida. Esta definición ha sido la base de otras muchas definiciones e investigaciones. Sin embargo, fue Daniel Goleman el que difundió el término de manera internacional a través de la publicación del bestseller, *Inteligencia Emocional* (1995), definiéndolo como la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados de ánimo propios y ajenos, incluyendo habilidades intrapersonales e interpersonales. Hasta la actualidad existen numerosos autores que han llevado a cabo investigaciones y análisis que intentan definir el constructo de inteligencia emocional. Dichas investigaciones han sido abordadas desde diferentes perspectivas, estando unas más centradas en aspectos concretos de la inteligencia emocional y otras que toman el término de manera más genérica. Lo que es evidente es que la discusión sobre el constructo sigue abierta, puesto que existen claras divergencias entre las aportaciones de los diferentes investigadores, por lo que no se ha llegado todavía a una teoría de carácter definitivo.

En definitiva, se establece la necesidad de profundizar, a través de esta investigación, en cuáles son las competencias socioemocionales que los niños con TDAH tienen afectadas. Para ello,

resultará fundamental ampliar el concepto de inteligencia emocional a competencias socio-emocionales, algo que paulatinamente se está haciendo en la sociedad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las competencias socioemocionales más afectadas en el perfil TDAH?

¿De qué modo la afectación de la competencia socio-emocional repercute en el desarrollo diario del alumno TDAH en los ámbitos personal, académico y familiar?

¿Qué características debería tener un programa de intervención educativa basado en competencias socio-emocionales para alumnado TDAH para que sea eficaz?

JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

La presente investigación se llevará a cabo mediante una metodología de tipo cualitativa a través del estudio de caso. La evaluación de la eficacia del programa de intervención educativa se realizará en dos fases específicas, una situada antes del comienzo del programa de intervención (fase 1), a través de una evaluación previa, que permita identificar y analizar el punto de partida en el que se encuentran los estudiantes. Y otra fase (fase 3), situada al término del programa de intervención con el objetivo de valorar la eficacia de los resultados obtenidos.

FASE 1. Evaluación previa. Valoración del punto de partida.

FASE 2. Implantación del programa de intervención educativa.

FASE 3. Evaluación final. Valoración de los resultados obtenidos.

El estudio de caso estará constituido por dos niños con diagnóstico de TDAH, entre seis y doce años (Educación Primaria), pertenecientes al mismo centro educativo, situado en la localidad de Cantabria. Los criterios de selección requieren estar en posesión de un diagnóstico de TDAH realizado por un profesional capacitado y haber aportado la documentación necesaria para participar en el programa (autorización, cuestionarios, etc.).

La duración del programa de intervención está fijado en ocho meses aproximadamente (octubre 2018-mayo 2019), considerándose dicho periodo de tiempo adecuado para poder extraer conclusiones. Se pondrá en práctica mediante un taller, que se realizará los martes de cada semana durante una hora y media, fuera del horario lectivo del centro. Los dos alumnos con TDAH acudirán al taller de manera conjunta con otros alumnos del centro, que podrán beneficiarse de dicho programa.

Las variables que se pretenden estudiar en dichos sujetos con el objetivo de identificar posibles carencias son: atención emocional a los propios sentimientos, reconocimiento de las emociones propias y de las emociones ajenas), reparación de las propias emociones (regulación emocional propia), gestión emocional de los demás, control de la impulsividad, autoestima, asertividad, empatía, manejo del estrés, competencia social y habilidades de relación. La selección de estas variables puede verse modificada cuando se finalice toda la revisión teórica dirigida, entre otras cuestiones, a la identificación de competencias socioemocionales más afectadas en niños con TDAH.

Los instrumentos metodológicos que se emplearán en esta investigación son:

- Cuestionarios, escalas y autoinformes. Suelen estar formados por enunciados concisos y sencillos de entender. A través de ellos, el alumno tiene que autoevaluarse en distintas competencias socioemocionales. Para ello se suele utilizar una escala de tipología Likert que puntúa cada ítem propuesto entre “nunca” a “muy frecuentemente”. Se utilizarán, en principio, las escalas que se presentan a continuación; ambas serán empeladas tanto en la fase 1, para saber de dónde se parte en la investigación, como en la fase 3, para analizar los resultados obtenidos y por tanto, la eficacia del programa de intervención.

- **Trait-Meta Mood Scale (TMMS)**. (Fernández Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Dicha escala pertenece al grupo de investigación de Salovey y Mayer. Se evalúa a través de 48 ítems, pudiéndose utilizar versiones más reducidas: la atención a los propios sentimientos (*soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada*), la claridad emocional (*comprendo bien mis estados emocionales*) y la reparación de las propias emociones (*soy capaz de regular los estados emocionales correctamente*).
- **Cuestionario de Inteligencia Emocional como rasgo para escolares- CIE** (Mestre, 2003). Este cuestionario evalúa a través de 56 ítems: autoconocimiento-bienestar psicológico (referido al grado en que una persona percibe de sí misma un conocimiento sobre sus estados emocionales), autorregulación (capacidad para controlar y manejar las emociones de tipo adversas), autoeficacia emocional (valora las expectativas del sujeto a través de reforzadores tanto positivos como negativos) y la empatía (capacidad para entender los procesos emocionales desadaptativo de los demás).
- **Emotional Quotient Inventory-Young Version (EQ-i: YV; Bar-on & Parker, 2000)**. Está formado por 60 ítems que miden 4 subescalas: estado de ánimo (optimismo y habilidad para mantener una aptitud positiva), adaptabilidad (para hacer frente a posibles problemáticas), manejo del estrés (capacidad para mantener la calma ante la presencia de situaciones estresantes) interpersonal (habilidad para escuchar y entender a los demás-empatía) e intrapersonal (capacidad para expresar sentimiento y necesidades de uno mismo).

Otros instrumentos que se utilizarán para complementar y apoyar esta investigación son:

- Observación directa. Durante la implantación del programa de intervención educativa, se llevará a cabo un registro de observaciones mediante un diario de clase. En dicho diario, se anotará, día a día y de manera sistemática todos aquellos aspectos que se consideren relevantes para el proceso de la investigación. Estos aspectos quedarán delimitados claramente antes de llevar a cabo la propuesta de intervención educativa. Dicha observación también será llevada a cabo antes de la intervención y después de la misma.
- Entrevistas Se trabajará de manera conjunta con el resto de profesionales del centro educativo, quienes se muestran abiertos a colaborar durante el programa. También se llevará esta observación externa al ámbito familiar, mediante reuniones y entrevistas que permitan obtener información concluyente. El inventario EQ-i contiene instrumentos de evaluación externa que podrán ser utilizados para facilitar el trabajo.

RESULTADOS ALCANZADOS HASTA EL MOMENTO

Al no haberse implantado el programa de intervención educativa no existen resultados al respecto. Sin embargo, se pueden aportar resultados a nivel teórico:

- El TDAH es un trastorno que constituye una necesidad social inminente en la actualidad. Los motivos que llevan a dicha afirmación son, por un lado, la prevalencia en la población general (OMS), y por otro lado, las consecuencias académicas derivadas del trastorno que lo avocan en un 40% al fracaso escolar (Barkley, 2011). Finalmente, se deben tener en cuenta los posibles riesgos que pueden desencadenarse del trastorno en las etapas adolescentes y adultas.
- A pesar de la existencia de diversos mitos que giran en torno al TDAH, la existencia del trastorno está avalada por investigaciones de gran sustento especialmente desde la neurociencia con autores como Castellanos (2004), Bush, Valera y Seidman (2005), Soutullo (2007), Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié (2008) y Barkley (2011). Así mismo, la ley educativa LOMCE (2013) también respalda su existencia, mediante la inclusión de un espacio en la ley de reconocimiento para dichos sujetos.
- Existe un gran número de investigaciones que pretenden dar respuesta a la naturaleza del trastorno. Sin embargo, dichos estudios suelen girar en torno a las dimensiones: cognitivas, conductuales y farmacológicas, dejando de lado el ámbito socio-emocional del sujeto.
- Las funciones ejecutivas afectadas en los sujetos con TDAH pueden influir en dichos sujetos generando dificultades de perfil emocional, dando lugar a una falta de adaptación de la

conducta en contextos sociales, falta de habilidades que permitan llevar a cabo una resolución de conflictos, impulsividad en la toma de decisiones y acciones, etc. (Barkley, 2011). Por este motivo, resulta esencial desarrollar programas de intervención educativa basados en competencias socio-emocionales.

- La prevención e intervención temprana del TDAH es muy positiva, pudiendo reducir los riesgos de conductas indeseables y ayudando a manejar una vida basada en el bienestar y en un estado de flujo positivo para el sujeto (Zoega et. al., 2012).

DISCUSIÓN, EXPLICACIÓN O INTERPRETACIÓN

El programa de intervención educativa que avala la investigación se pondrá en práctica en octubre de 2018.

PERSPECTIVAS DE CONTINUIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El programa de intervención educativa que avala la investigación se pondrá en práctica en octubre de 2018.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., y Carretié L. (2008). *Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas*. Revista Neurología, 47(1), 39-45.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III*. Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.
- Bar-On, R., y Parker, J. (2000). *The emotional quotient inventory: Youth version (EQ-i:YV)*. Nueva York: Multi-Health Systems
- Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Paidós.
- Barkley, R.A. (2013). *Defiant children: a clinician's manual for parent training*. Third Edition. New York; Guilford Press.
- Bisquerra, R., y Pérez, N. (2007). *Las competencias emocionales*. Revista Educación XXI, 10, 61-82.
- Bradley, C. (1937). *The behavior of children receiving benzedrine*. American journal of Psychiatry, 94(3), 577-585.
- Bush, G., Valera, E., y Seidman, L. (2005). *Functional neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Suggested Future Decisions*. Biol Psychiatry, 57, 1273-1284.
- Castellanos, X., y Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 38 (1), 131-136.
- Castellanos, X., y Tannock, R. (2002). *Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes*. Nature Reviews, 3, 617-628.
- CIE-10 (2013). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Douglas, V. (1972). *Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*. Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 4(4), 259.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). *Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-mood Scale*. Psychological Reports, 94,751-755.
- Gallego, M. (2015). *Educación emocional con y sin TDAH*. Madrid; EOS.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona; Kairós.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y al normalidad*. Barcelona: Planeta.

- Ley Orgánica 8/2013, 9 de diciembre, de Educación (LOMCE). Boletín Oficial del Estado, 295, del 10 de diciembre de 2013.
- Mestre, J. (2003). *Cuestionario de Inteligencia Emocional como rasgo para escolares-CIE*. Madrid; Pirámide.
- Quiroga, JA., Ribases, M., Bosch, R., Cormand, B., y Casas M. (2007). *Genetic advances in attention deficit hyperactivity disorder*. Rev Neurol, 3, 51-2.
- Rodríguez, C., Núñez, J., Rodríguez, F., Parrales, A., Bringas, C., y García, T. (2015). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Características Sociodemográficas en Población Reclusa*. Psicología: Reflexão e Crítica, 28 (4), 698-707.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence*. Imagination, Cognition and Personality, 9, 185–211.
- Sanders, M. (1999). *The Triple P-Positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children*. Clinical Child and Family. Psychology Review, 2(2), 71–90.
- Seidman L., Valera E., y Makris, N. (2005): *Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biol Psychiatry, 57, 1263–1272.
- Soutullo, C., & Diez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana. Madrid.
- Still, G. (1902). *The Goulstonian Lectures. Some abnormal psychical conditions in children*. The Lancet, 1, 1008-1012.
- Vaidya, C., y Stollstorff, M. (2008). *Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder: Current status and working hypotheses*. Developmental Disabilities. Research Reviews, 14, 261-267.
- Zoëga, H., Rothman, K., Huybrechts, K., Ólafsson, O., Baldursson, G., Almarsdóttir, A., Jónsdóttir, S., Halldórsson, M., Hernández, S., & Valdimarsdóttir, A. (2012). *A population-Based Study of Stimulant Drug Treatment of ADHD and academic Progress in Children*. American Academy of Pediatrics, 130, 1.