

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MALESTAR Y LAS DIFICULTADES DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL DE UN MENOR CON CI LÍMITE, DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE Y DÉFICIT DE ATENCIÓN ASOCIADO EN UN CONTEXTO DE PANDEMIA: ESTUDIO DE CASO**

**PSYCHOLOGICAL TREATMENT FOR DISTRESS AND EMOTIONAL REGULATION DIFFICULTIES IN A CHILD WITH BORDERLINE INTELLECTUAL FUNCTIONING, LEARNING DISABILITIES AND ATTENTION DEFICIT DISORDER ASSOCIATED IN THE CONTEXT OF PANDEMIC: A CASE REPORT**

**Ana Isabel Polo Fernández**<sup>1</sup>

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.  
Barcelona, Cataluña, España

**Marta Calderero Patino**

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.  
Barcelona, Cataluña, España

## **RESUMEN**

Los menores con necesidades especiales, trastornos mentales preexistentes o TDAH han sido un colectivo especialmente vulnerable en la pandemia respecto a su autorregulación emocional; por ello tiene especial relevancia la educación emocional y el entrenamiento de las competencias emocionales. El presente trabajo muestra un estudio de caso de un menor de 7 años con malestar emocional y dificultades de autorregulación emocional asociados a capacidad intelectual límite, dificultades del aprendizaje y déficit de atención asociado, en el contexto de pandemia por Covid-19. El objetivo del estudio fue realizar una intervención psicológica centrada en las competencias emocionales de conciencia y regulación emocional desde diferentes enfoques psicoterapéuticos. Se realizó una evaluación psicológica con diferentes instrumentos psicométricos antes y después del tratamiento. La intervención se realizó a lo largo de 4 sesiones, de una hora de duración, con frecuencia semanal. Se obtuvo una disminución en los niveles de ansiedad y depresión, así como una mejora en el nivel de autoestima y de la dinámica familiar, mejorando de forma global la repercusión afectiva que sufría el sujeto de estudio respecto a sus dificultades a nivel cognitivo. Por otra parte, disminuyeron las puntuaciones en la dimensión de desarrollo emocional, lo cual mostró la persistencia de las dificultades en autorregulación emocional.

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Ana Isabel Polo Fernández. Correo electrónico: [anaisabel.pfdez@gmail.com](mailto:anaisabel.pfdez@gmail.com)

Consideramos que este estudio puede ser útil para otros profesionales de la psicología clínica en su práctica profesional, así como contribuye a la generación de conocimiento científico sobre los tratamientos psicológicos para el malestar emocional en menores con CI límite, dificultades del aprendizaje y/o TDAH.

**Palabras clave:** Psicología infanto-juvenil, autorregulación emocional, déficit de atención, dificultades del aprendizaje, pandemia.

## **ABSTRACT**

Minors with special needs, pre-existing mental disorders or ADHD have been a particularly vulnerable group in the pandemic regarding their emotional self-regulation; for this reason, emotional education and training of emotional competences have special relevance. The present work shows a case report of a 7-year-old child with distress and emotional self-regulation difficulties associated with borderline intellectual functioning, learning difficulties and attention deficit disorder in the context of Covid-19 pandemic. The aim of this study was to carry out a psychological intervention focused on the emotional competencies of consciousness and emotional regulation from different psychotherapeutic approaches. A psychological assessment was carried out with different psychometric instruments before and after the psychological treatment. The intervention was carried out over 4 sessions, lasting one-hour, weekly frequency. A decrease in the levels of anxiety and depression was obtained, as well as an improvement in the level of self-esteem and family dynamics, globally improving the affective repercussion suffered by the study subject regarding his difficulties in cognitive level. On the other hand, the scores in the dimension of emotional development decreased, which showed the persistence of difficulties in emotional self-regulation. We consider that this study may be useful for other clinical psychology professionals in their professional practice, as well as contributing to the generation of scientific knowledge on psychological treatments for emotional distress in minors with borderline intellectual functioning, learning difficulties and/or ADHD.

**Key Words:** Child and adolescent psychology, emotional self-regulation, attention deficit disorder, learning disabilities, pandemic.

## Introducción

En las últimas décadas ha aumentado el interés por la educación emocional y por el desarrollo de programas específicos que aborden las competencias emocionales. El sentido de esto tiene que ver con que se ha demostrado ampliamente la importancia de incluir en los planes curriculares de la enseñanza el desarrollo de habilidades para la vida y el bienestar, más allá de los contenidos académicos formales (Alagarda, 2015).

La educación emocional está basada en un enfoque de ciclo vital, por lo que se recomienda que se inicie en los primeros momentos de la vida y continúe a lo largo de la misma; es fundamental que se incluya en la educación infantil, primaria, secundaria, formación de adultos, medios sociocomunitarios, organizaciones, personas mayores, etc. (Bisquerra, 2011). El objetivo de la educación emocional es el desarrollo de las competencias emocionales, puesto que son un elemento esencial del desarrollo humano, de cara a fomentar y facilitar el bienestar personal y social en la vida. Se entiende la educación emocional como un tipo de prevención primaria inespecífica que pretende minimizar la vulnerabilidad de la persona a ciertas disfunciones como estrés, depresión, impulsividad, agresividad, etc., o prevenir su ocurrencia (Bisquerra, 2000).

Atendiendo a las competencias emocionales, su dominio y manejo potencian una mejor adaptación al contexto y facilitan el afrontamiento de las distintas circunstancias de la vida, viéndose favorecidos los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, etc. (Bisquerra y Pérez-Escoda, 2007). Desde el GROPE (Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica) se entienden las competencias emocionales como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidad y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. (Bisquerra, 2000; Bisquerra y Pérez-Escoda, 2007). Estos autores, tras realizar una revisión de las principales propuestas de clasificación de las competencias emocionales, desarrollan un modelo pentagonal que las estructuran en cinco grandes bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y habilidades de vida para el bienestar (Bisquerra y Pérez-Escoda, 2007).

Existen estudios que apuntan que algunas estrategias de regulación emocional como la habilidad de reevaluación cognitiva (HRC), la cual implica resignificar un evento para cambiar su efecto emocional, están relacionadas con las funciones ejecutivas. En concreto, Andrés, Castañeiras, Stelzer, Canet y Introzzi (2016) mostraron que las funciones ejecutivas predicen la HRC, influyendo en las diferencias individuales de esta habilidad de regulación emocional; encontraron que los niños que tuvieron mejor desempeño en funcionamiento ejecutivo mostraron mayor HRC. Desde este punto de vista, podemos entender que niños con discapacidad intelectual o capacidad intelectual límite, donde las funciones ejecutivas se ven de alguna manera comprometidas, tienen también mayores dificultades en regulación emocional. En esta línea, Pennington y Ozonoff (1996) hicieron una revisión de 18 estudios en la que encontraron que, en todos los estudios analizados, los niños con TDAH mostraban un peor rendimiento en las tareas de funciones ejecutivas. (García Andrés, 2014). Por otra parte, Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié (2008) hacen una revisión de las investigaciones que han estudiado la competencia emocional en niños, adolescentes y adultos con TDAH y concluyen, tras analizar datos convergentes de distintos estudios conductuales, que “los niños, adolescentes y adultos con TDAH presentan una disfunción primaria en el reconocimiento de los estímulos emocionales (p. ej., expresiones faciales emocionales y prosodia afectiva) y una importante discapacidad para modular sus emociones, especialmente cuando estas son negativas”, teniendo problemas en las habilidades que

forman parte de la competencia emocional de reconocimiento, expresión y regulación de las emociones.

Por otra parte, la situación de pandemia ha supuesto un estresor importante a toda la población, pero en concreto, ha sumado malestar a los menores que ya presentaban ciertas dificultades para regularse emocionalmente; en concreto niños y jóvenes con necesidades especiales, trastornos mentales preexistentes o TDAH son muy vulnerables, pero mucho más bajo los efectos de la pandemia y el confinamiento (Galiano, Prado y Mustelier, 2020). La pandemia ha cambiado en pocos meses la vida de muchas personas, y en concreto, de muchos niños y adolescentes. Algunas de las restricciones que fueron necesarias adoptar fueron el cierre de los centros escolares y los cambios en las rutinas académicas durante meses, siguiendo un sistema de aprendizaje distinto y sin el contacto social que habitualmente tenían. Además del cambio en el estilo de vida, también el miedo al contagio y las medidas de prevención del mismo se convirtieron en algo cotidiano. (Orgilés, 2020). En este contexto, Orgilés (2020) realiza una revisión de diferentes estudios que analizan la respuesta psicológica de niños y adolescentes en diversos países que muestran cómo el COVID-19 ha afectado a los menores. En este sentido, Inmaculada Gómez y su equipo de la Universidad de Almería (España) analizaron si existía relación entre el miedo a la enfermedad del covid-19 y el estado psicológico de la persona, estudiando casi 1000 familias con hijos de 3 a 18 años, concluyendo que los problemas a nivel emocional y de conducta se asociaban al miedo en relación a la pandemia. Además, Domínguez-Álvarez, López-Romero, Gómez-Fraguela y Romero, de la Universidad de Santiago de Compostela (España), estudiaron 900 niños de 5 a 9 años y concluyen que las habilidades de regulación emocional y las prácticas parentales son cruciales en la adaptación de los niños a las condiciones que se han derivado de la crisis sanitaria que estamos viviendo. También Orgilés, Espada y Morales, de la Universidad Miguel Hernández de Elche (España), estudiaron el impacto psicológico y los estilos de afrontamiento en niños provenientes de una muestra que había recibido antes del confinamiento un programa para desarrollar la resiliencia emocional, así como en una muestra de niños que no habían participado en este programa. Los resultados mostraron que los niños que recibieron la intervención, durante el confinamiento, presentaban menos psicopatología, en concreto, menos síntomas de ansiedad, mejor estado de ánimo, menos problemas de sueño y menos alteraciones cognitivas (Orgilés, 2020).

Asimismo, Ceballos y Sevilla Vallejo (2020) apuntan que la situación de aislamiento social preventivo obligatorio debido a la pandemia por Covid-19 ha afectado por un lado a la competencia emocional de conciencia emocional como a la capacidad de comprensión lectora, viéndose afectados en concreto los alumnos de educación primaria que padecen trastornos del aprendizaje. Estas autoras realizan una comparación entre el autoinforme de los docentes y el de los padres de los menores y concluyen que la situación de pandemia y aislamiento ha derivado en que alumnos con trastornos de aprendizaje hayan sufrido un impacto emocional negativo, experimentando un empeoramiento cualitativo de la comprensión lectora y presentando, al igual que sus padres, más dificultad en la regulación de sus emociones.

La situación de pandemia está aumentando la demanda asistencial en los servicios especializados de Salud Mental, y se prevé que siga aumentando (Unicef España, Dirección de Sensibilización y Políticas de Infancia, Área de Incidencia Política y Estudios, 2020). Este escenario, unido al alto porcentaje de casos de menores con déficit de atención, dificultades del aprendizaje y problemas emocionales asociados que aparecen en la práctica clínica y que son derivados a los servicios de Salud Mental del SNS, se plantea pues como una oportunidad para implementar una intervención

psicológica que aborde competencias de la educación emocional en este perfil de pacientes.

Teniendo en cuenta los datos e información presentados en párrafos anteriores, se hace patente la necesidad de dar una respuesta al malestar y disregulación emocional de los menores con discapacidad intelectual, dificultades del aprendizaje y TDAH. Dado que existen bastantes estudios que abordan las dificultades a nivel cognitivo, pero no tantos que aborden las dificultades de regulación emocional en este perfil de usuarios, el presente trabajo pretende aportar una propuesta de tratamiento psicológico del malestar y las dificultades en regulación emocional en menores con discapacidad intelectual, dificultades del aprendizaje y/o déficit de atención que realizan el primer ciclo de educación primaria. Por otra parte, el interés de este estudio también surge porque la actual situación de pandemia por Covid-19 ha agudizado el malestar emocional tanto en adultos como en niños y adolescentes, haciéndose más necesaria la intervención sobre las competencias emocionales en niños que ya de por sí tienen dificultades de regulación emocional, siendo una población diana más vulnerable al escenario que estamos viviendo de crisis sanitaria.

Concretamente, el objetivo principal de este trabajo es aportar una propuesta de tratamiento psicológico del malestar y las dificultades de autorregulación emocional de un menor con capacidad intelectual límite, dificultades del aprendizaje y déficit de atención asociado, en el contexto de pandemia provocada por el Covid-19. En concreto, se realizará una intervención psicológica centrada en las competencias emocionales de conciencia y regulación emocional, integrando distintos enfoques psicoterapéuticos (cognitivo-conductual, humanista y sistémico). Se realizará un estudio de caso de un menor de 7 años que presenta malestar emocional asociado a la toma de conciencia de sus dificultades a nivel cognitivo, destacando dificultades en la tolerancia a la frustración, baja autoestima, bajo estado de ánimo y nerviosismo. Para ello se aplicará un programa de educación emocional en el que se aborden las competencias de conciencia y regulación emocional, considerando en concreto los siguientes objetivos específicos (Bisquerra, García Navarro y Ángel, 2017):

- Mejorar el conocimiento de las propias emociones.
- Mejorar la expresión y denominación a las emociones.
- Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones, aprendiendo estrategias para mantener, aumentar o disminuir un estado emocional en curso.
- Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas, desarrollando patrones de conducta alternativos.
- Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.
- Mejorar la comunicación emocional con otros.

Se utilizará un diseño de estudio de caso de un menor de 7 años que cursa 2º Educación Primaria, mediante el que se ilustrará una propuesta de tratamiento psicológico de su malestar y dificultades en regulación emocional asociados a la capacidad intelectual límite que presenta, además de las dificultades del aprendizaje que tiene y el déficit de atención. Este proyecto tiene carácter eminentemente aplicado y gran interés para la práctica clínica, permitiendo describir un tipo de intervención psicológica que pueda ser útil a otros profesionales de la psicología que se dediquen al ámbito clínico en su práctica profesional. Se eligió este tipo de estudio también por el acceso a casos reales en la USMC donde se realizará la investigación. También se espera contribuir al conocimiento científico ilustrando un tipo de intervención que pueda servir a otros profesionales para seguir investigando sobre los tratamientos psicológicos para el malestar emocional en menores con discapacidad intelectual, dificultades del aprendizaje y/o TDAH. De forma

particular, se pretende que la intervención a realizar con el menor mejore el malestar emocional del mismo, así como su funcionamiento personal y familiar.

## Método

### *Participantes*

El sujeto experimental es un niño de 7 años que cursa 2º de Educación Primaria en un colegio de una localidad de Sevilla (Andalucía, España). Es el mayor de una familia de dos hermanos y convive con este, su madre y su padre en Sevilla. Destaca buen ambiente familiar y está integrado con su grupo de iguales. Actualmente, presenta mal rendimiento escolar; suspendió la mayoría de las asignaturas del curso que realiza. En noviembre 2020 fue valorado por una psicóloga del ámbito privado, determinando capacidad intelectual límite (CIT 74, MT 51, VP 67) y OD Trastorno del aprendizaje, trastorno mixto del lenguaje y trastorno de atención asociado. Durante el transcurso del tratamiento fue valorado por el Equipo de Orientación Escolar (EOE), quien apunta a un retraso mental leve y le realizará una adaptación curricular no significativa; el proceso de valoración por parte de este organismo se demoró en el contexto de la situación de pandemia que vivimos desde marzo 2020, debido a las restricciones y cambios que ha implicado en el ámbito educativo. Actualmente, el sujeto de estudio está realizando seguimiento con neuropsicóloga del ámbito privado, con quien está trabajando aspectos del desempeño cognitivo (velocidad de procesamiento y capacidad atencional). Atendido también por neuropediatra, quien prescribió tratamiento farmacológico con Metilfenidato 5 mg. El menor, sujeto de estudio, presenta malestar emocional y dificultades de regulación emocional asociados a la toma de conciencia de sus dificultades cognitivas. Por otra parte, dado que la situación de pandemia ha implicado realizar durante un periodo de tiempo la asistencia a clase de forma telemática, esto hizo más difícil que el sujeto de estudio recibiera el apoyo informal que tenía en clase por parte de su tutora, haciéndose más patentes sus dificultades académicas.

### *Instrumentos*

- Cuestionario Español para la Depresión Infantil (CEDI)  
Adaptación española del Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs y Beck (1978,1981), realizada por Rodríguez-Sacristán, Cardone, Rodríguez Martínez, Gómez-Añón, Benjumea y Pérez Ríos (1984). Evalúa diferentes aspectos de la depresión: sueño, alimentación, irritabilidad, tristeza, aislamiento social, sentimientos de fracaso, fatigabilidad, dificultades y actitud en la escuela, autoimagen, quejas somáticas, conductas suicidas y culpabilidad. Tiene dos versiones, una de 5-10 años y otra de 11-16 años. La primera forma es heteroaplicada; fue la que se utilizó con el sujeto experimental. Cada ítem presenta tres opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 2, desde ausencia del síntoma a la de mayor gravedad. Puntuaciones de 0-6 indican que no hay depresión, de 7-12 puntos indica depresión ligera, de 13-17 puntos indica depresión moderada y a partir de 18 puntos indica depresión severa.
- Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)  
Adaptación española de la Escala de Ansiedad Infantil de Gillis (1980) realizada por Gómez Fernández y Pulido Picouto (1989). Evalúa el nivel de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años. Duración entre 20-30 minutos y aplicación individual como colectiva. Consta de 20 preguntas, marcando con una X la figura del redondel o del cuadrado según esté de acuerdo con la primera o la segunda parte de la pregunta respectivamente. Cada ítem va acompañado en la hoja de respuesta del dibujo de un elemento (Gillis. IPAT, 2003).

La consistencia interna fue determinada mediante la fórmula Kuder Richardson, KD20, obteniendo un índice de 0,65; muy similar al de la versión original de Gillis, superando en ambos los niveles críticos previstos por Cattell (Gillis. IPAT, 2003). Para la validez concurrente se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones del CAS y otras pruebas que evalúan ansiedad rasgo y neuroticismo, encontrándose coeficientes entre 0,30 y 0,37. Se observó que el CAS muestra una importante validez al encontrarse en el rango de los niveles críticos (0,30-0,40) fijados por Cattell para los cuestionarios de personalidad (Gillis. IPAT, 2003).

- Cuestionario para la evaluación de la autoestima en educación primaria (A-EP) Diseñado por Ramos, Giménez, Muñoz-Adell y Lapaz (2006) para evaluar la autoestima y el autoconcepto en niños de educación primaria. Consta de 17 ítems de opción múltiple con tres opciones de respuestas (0,1,2, las cuales se corresponden respectivamente con las respuestas “no, a veces, sí”).

La fiabilidad se analizó mediante un modelo alfa de Cronbach, obteniendo un índice igual a 0,76. Los autores destacan la posibilidad del instrumento de medir una única dimensión global de autoestima general, siendo la correlación de los diecisiete ítems con el total alta y significativa (Ramos, Giménez, Muñoz-Adell y Lapaz, 2006).

- Inventario de Inteligencia emocional de BarOn ICE-NA Adaptación del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE-NA realizada por Ugarriza y Pajares (2005). Diseñado para medir la inteligencia emocional en niños y adolescentes de 7 a 18 años. La forma completa del inventario contiene 60 ítems y 8 escalas, y la abreviada 30 ítems y 6 escalas. Con el sujeto experimental se decidió utilizar la forma abreviada para disminuir el nivel de fatigabilidad y facilitar el mantenimiento de la atención, siendo esta forma más conveniente también por las dificultades a nivel cognitivo del sujeto. En la forma abreviada se evalúan mediante 6 escalas las habilidades Intrapersonal, Interpersonal, Adaptabilidad y Manejo del Estrés. También incluye una escala de Impresión Positiva que evalúa si el sujeto quiere dar una imagen exagerada de sí mismo. Las respuestas del sujeto se recogen en una escala de cuatro categorías desde “1= muy rara vez” a “4= muy a menudo” (Ugarriza y Pajares, 2005).

Las características psicométricas son satisfactorias. Las autoras estudiaron la fiabilidad de tres maneras diferentes a través de la consistencia interna, las correlaciones inter-ítem y el error estándar de medición/predicción. Midieron la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, obteniendo un índice entre 0,60 y 0,80 para casi todas las escalas. La validez la centralizaron en dos aspectos: la validez de constructo del inventario y la multidimensionalidad de las diversas escalas (Ugarriza y Pajares, 2005; Cabrera, 2011).

- Test de percepción de diferencias. CARAS-R. Diseñado por Thurstone y Yela (1985), evalúa la aptitud de percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estímulares parcialmente ordenados, dando por tanto información también de la capacidad atencional. Indicada para menores entre 6 y 18 años. Duración de 3 minutos. Aplicación individual o colectiva. Consta de 60 elementos gráficos, cada uno de ellos formado por tres dibujos de caras con la boca, cejas y pelo representados con trazos elementales y simples. Dos de las caras son iguales y una diferente; la tarea consiste en identificar la diferente y tacharla. Esta prueba da información del número de aciertos y errores; puntuaciones con las que se puede obtener el número de aciertos netos (aciertos menos errores) y el Índice de Control de la Impulsividad (ICI), de forma que se puede relacionar el rendimiento con el estilo de respuesta y obtener también información de la capacidad de control inhibitorio (Thurstone y Yela, 2012).

Las características psicométricas de este instrumento son adecuadas. Para el estudio de la fiabilidad y la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de 0,91; siendo un valor muy satisfactorio. Respecto a la validez, los autores encontraron correlaciones moderadas entre el CARAS-R y distintas pruebas de inteligencia y razonamiento, obteniendo una asociación más débil en el caso de pruebas de componente predominantemente verbal, así como con pruebas que evalúan personalidad o competencia social; como cabría esperar ya que son aspectos conceptualmente distintos a las aptitudes perceptivas. Estudios sobre la validez convergente reflejan que las correlaciones entre el Test Aula Nesplora y el Test CARAS-R fueron elevadas, entre 0,94 y 0,97 en ambas pruebas respectivamente (Thurstone y Yela, 2012).

### *Procedimiento*

Previo a la intervención psicológica se les facilitó información a los padres del menor acerca del estudio y la intervención a realizar con su hijo y firmaron los documentos de consentimiento informado y confidencialidad oportunos.

Al inicio del proceso terapéutico se realizó una primera entrevista clínica telefónica con la madre del paciente dadas las circunstancias de alerta sanitaria por la pandemia. Posteriormente, las sucesivas sesiones de evaluación y tratamiento fueron presenciales.

Se llevó a cabo una evaluación psicológica pre y post tratamiento con los instrumentos descritos en el apartado anterior; teniendo también en cuenta el feedback cualitativo aportado por el menor y sus progenitores.

El tratamiento psicológico realizado es una adaptación y combinación de diferentes intervenciones psicológicas con niños ya descritas por otros autores y desde diferentes enfoques psicoterapéuticos. Se llevó a cabo en cuatro sesiones, semanales, de una hora de duración. El número de sesiones fueron cuatro de cara a realizar una intervención coste efectiva en cuanto a la relación del tiempo y la eficacia, dado que se realizó en el Sistema Nacional de Salud (SNS), donde los recursos son muy limitados y la demanda asistencial muy elevada, por lo que es importante poder ofrecer tratamientos efectivos y eficientes. Por otra parte, también de esta forma fue posible ajustarse a las demandas temporales del TFM. El contenido de las sesiones de tratamiento se centró en el abordaje de las competencias emocionales de conciencia y regulación emocional, incluyendo algunas técnicas como el mapa corporal, esculturas, técnicas de relajación, técnica de la tortuga, el árbol de la autoestima y diferentes juegos. Con los padres del menor se trabajó la comprensión de las dificultades de su hijo y estrategias para manejar las situaciones en las que tenían dificultades, de cara a facilitar la expresión emocional y un acercamiento comprensivo hacia su hijo. El contenido de las sesiones del programa de tratamiento está incluido al final del presente trabajo como anexo 1.

<b>S</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>T</b>
1	Psicoeducación, identificación y regulación emocional	Presentación sobre las emociones. Mapa Corporal (I) Ejercicio de Visualización.	1H
2	Conciencia emocional	“Tarjeta de emociones”. Mapa corporal (II). Respiración diafragmática. Juego teatralización de emociones en familia.	1H
3	Conciencia, expresión emocional y mejorar autoestima	Trabajo con etiquetas. Mapa corporal (III). Trabajo familiar sobre sus virtudes. “Palitos chinos” en familia.	1H
4	Mejorar autoestima y regulación emocional	Bote de la Calma. Técnica de la Tortuga. Árbol de la autoestima. Técnica Esculturas.	1H



El proyecto se desarrolló en Sevilla (Andalucía, España), en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. La intervención psicológica con el menor se realizó en la Unidad de Salud Mental Comunitaria correspondiente a su domicilio, tras la derivación de su pediatra a nuestro servicio. Este es un dispositivo de segundo nivel de especialización, donde llega la demanda asistencial de Salud Mental desde el nivel básico de atención primaria (pediatría en este caso). Es un dispositivo de carácter ambulatorio con consultas programadas en horario de mañana; estas se atienden tanto de forma presencial como telefónica (dada la situación actual de pandemia). Esta propuesta de intervención, aunque se realizó en el ámbito sanitario, sería también susceptible de ser aplicada en el ámbito escolar, para que la llevara a cabo el profesional de la psicología presente en el centro educativo, así como los profesores, con las adaptaciones correspondientes, para fomentar la promoción de competencias emocionales y la prevención del malestar emocional en el alumnado.

Este estudio se realizó en el contexto del Trabajo Final del Máster Universitario de Intervención psicológica en niños y adolescentes de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

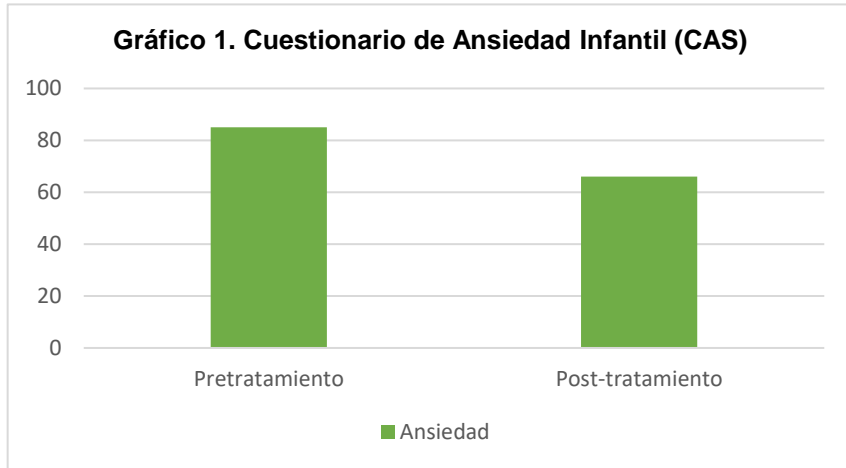
## **Resultados**

Tras la implementación del tratamiento con el menor y su familia se deseaba conseguir una mejora en la sintomatología, en la autorregulación emocional, así como en el funcionamiento personal y familiar del menor.

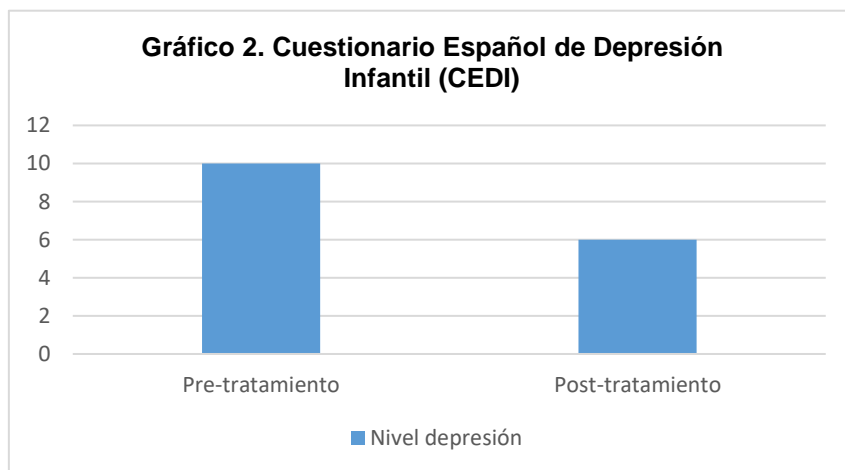
Los instrumentos utilizados en la valoración pre-tratamiento nos permitieron obtener información del estado inicial del paciente en diferentes dimensiones como son la ansiedad, la depresión, el nivel de autoestima, el desarrollo emocional y la atención.

La valoración post-tratamiento se administró tras la finalización de la intervención, para obtener información de la evolución en las diferentes dimensiones estudiadas.

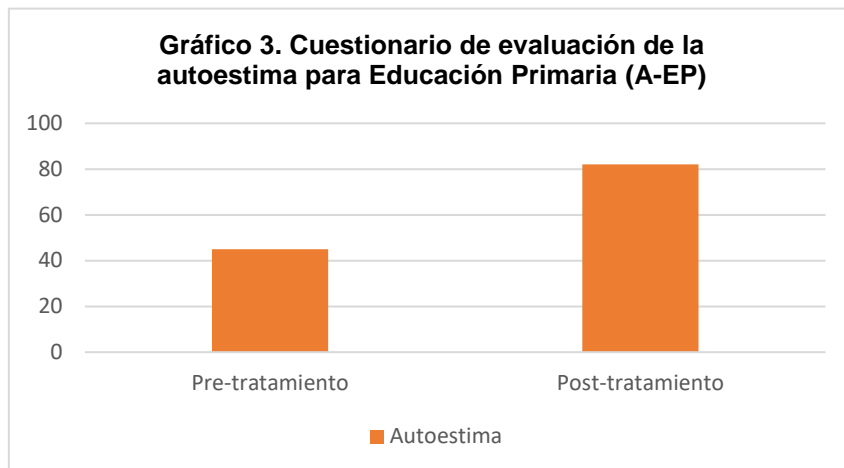
En el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), en la medida pre-tratamiento, el sujeto obtuvo una puntuación directa de 11, equivalente a un percentil de 85 y a un decatipo de 7, correspondientes a un nivel de ansiedad medio-alto. Se observó que en la medida post-tratamiento disminuyó el nivel de ansiedad, obteniendo una puntuación directa de 9, lo cual equivalía a un percentil de 66 y a un decatipo de 5, correspondiente a un nivel de ansiedad cercano a la media de niños de su edad (Gráfico 1).



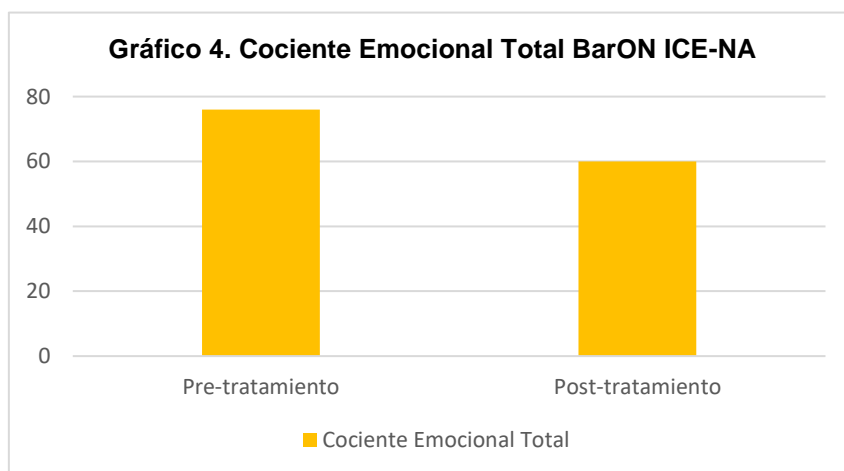
El Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI), en la medida pre-tratamiento, mostró una puntuación directa de 10, lo cual correspondía a un nivel de depresión ligera. Pudimos observar una disminución de la puntuación en la medida post-tratamiento hasta 6 (Gráfico 2), lo cual reflejó que al finalizar la intervención el menor salió del rango de significación clínica encontrándose en el nivel “sin depresión”.



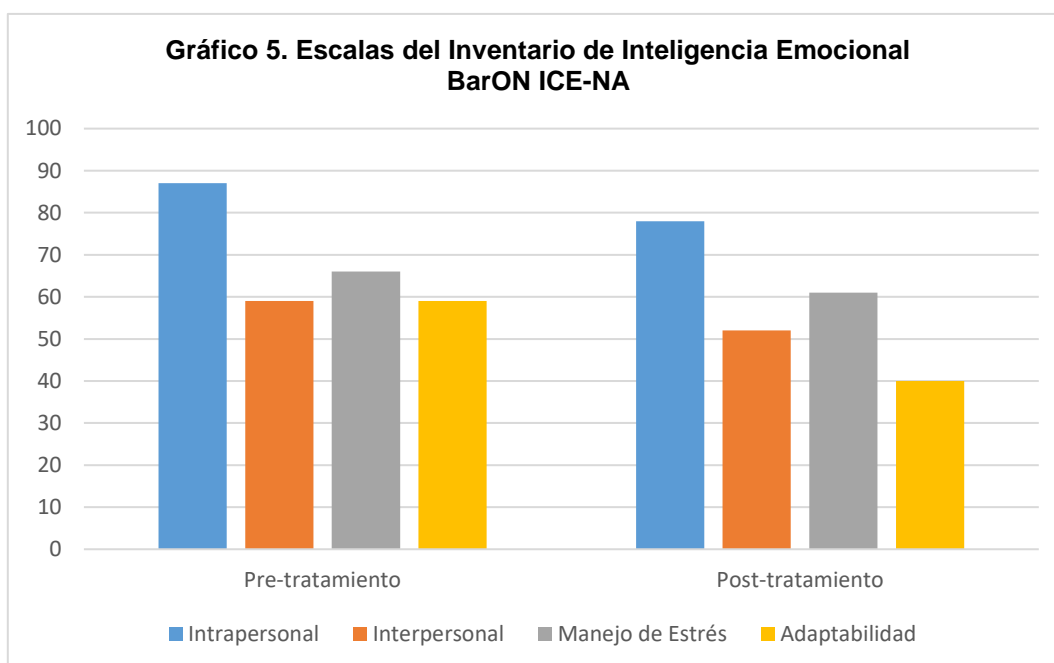
El Cuestionario para la evaluación de la autoestima en Educación Primaria (A-EP), en la medida pre-tratamiento, obtuvo una puntuación directa de 27 y un percentil de 45, es decir un nivel promedio respecto a los niños de su edad. Sin embargo, en la medida post-tratamiento pudimos observar cómo aumentó la puntuación directa a 31 y el percentil a 82, indicando un nivel de alta autoestima, ligeramente por encima de la media de niños de su edad (Gráfico 3).



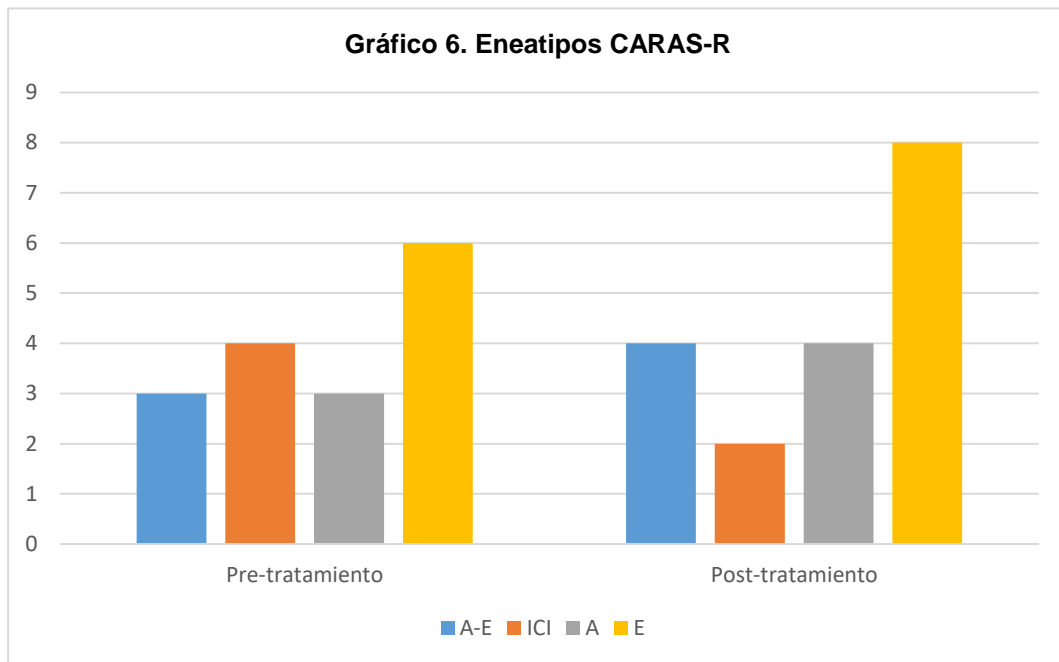
Por otra parte, analizamos los resultados del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE-NA, teniendo en cuenta que la media se situaba en 100 y la desviación típica en 15. Las puntuaciones del cociente emocional total nos dieron una medida del nivel general de inteligencia emocional. De esta manera, pudimos observar que en la medida pre-tratamiento la puntuación global extraída del cociente emocional total era de 76, lo cual indicaba una capacidad emocional y social baja que necesitaba mejorarse considerablemente. En la medida post-tratamiento las puntuaciones en el cociente emocional total disminuyeron a 60, lo cual indicó una capacidad emocional y social atípica y deficiente, con un nivel de desarrollo marcadamente bajo (Gráfico 4).



Asimismo, analizando las diferentes escalas que evalúa este inventario encontramos como, en la medida pre-tratamiento, la dimensión intrapersonal mostraba una puntuación promedio de 87, disminuyendo en la medida post-tratamiento a 78; esto nos indicó la persistencia de dificultades en la comprensión de las propias emociones y en la expresión y comunicación de los propios sentimientos y necesidades. La dimensión interpersonal, en la medida pre-tratamiento, mostró una puntuación de 59, la cual disminuyó en el post-tratamiento a 52; esto reflejó la persistencia de dificultades en comprender y apreciar los sentimientos de los demás. En la dimensión manejo de estrés, puntuó en el pre-tratamiento 66 y disminuyó en el post-tratamiento a 61; lo cual mostró la persistencia de dificultades para trabajar bajo presión y para responder de forma calmada ante eventos estresantes. En la dimensión adaptabilidad mostró una puntuación de 59 en el pre-tratamiento, la cual disminuyó a 40 en el post-tratamiento; esto indicó la persistencia de dificultades en la flexibilidad para el manejo de los cambios y para hallar modos efectivos de enfrentar los problemas cotidianos (Gráfico 5). Por otra parte, tanto en la medida pre-tratamiento como post-tratamiento, la escala de impresión positiva puntuó 0, lo cual indicó que ni al inicio y al final de la intervención el sujeto experimental quiso mostrar una imagen de sí mismo excesivamente positiva.



En el Test de Percepción de Diferencias (CARAS-R) se utilizó la escala de eneatis para realizar la interpretación de los datos. Esta es una escala típica normalizada establecida a partir de la puntuación percentil y va de 1 a 9; su media es 5 y su desviación típica es 2, por lo que puntuaciones entre los eneatis 3 y 7 reflejarían un rendimiento dentro del rango normal (Thurstone y Yela, 2012). Los datos del sujeto de estudio mostraron lo siguiente: El sujeto obtuvo en la medida pre-tratamiento un rendimiento medio-bajo (A-E, En=3) y su nivel de control de la impulsividad fue adecuado (ICI, En=4). Analizando más a fondo su rendimiento, vimos que el número de aciertos era medio-bajo (A, En=3) y el número de errores se encontraba cerca de la media (E, En=6), dentro del rango normal. Todo ello indicó que presentaba una capacidad visoperceptiva y atencional adecuada, aunque mejorable. En la medida post-tratamiento, el sujeto obtuvo un rendimiento medio en la prueba (A-E, En=4), sin embargo, presentó un nivel de control de la impulsividad por debajo de la media (ICI, En=2). En este caso cometió un número elevado de errores (E, En=8), pero respondió correctamente a un número de ítems dentro de lo esperable para su grupo de edad (A, En=4), lo que puede estar influenciado por la existencia de aciertos al azar (Gráfico 6).



En cuanto al feedback cualitativo obtenido del informe verbal de los padres, estos manifestaron mejora en el abordaje de situaciones en las que su hijo manifestaba baja tolerancia a la frustración. En concreto, referían que cuando su hijo manifestaba alta activación emocional y frustración les funcionaba mejor tener con él un acercamiento comprensivo, brindándole contacto físico apacible y cercano, mostrándole ternura para conseguir que pudiera calmarse y posteriormente poder fomentar la expresión emocional, en comparación con intentar razonar con él desde el primer momento.

## Discusión y Conclusiones

Los datos aportados confirman el logro de algunos de los objetivos planteados al inicio del tratamiento. En concreto, ha mejorado el malestar emocional de nuestro sujeto de estudio, obteniéndose una disminución de la sintomatología y una mejora de su autoestima. En este sentido, los resultados mostraron que, tras la intervención psicológica, el nivel de ansiedad se encontraba en la media respecto a los niños de su edad. También encontramos que el sujeto de estudio salió del rango de significación clínica para síntomas depresivos, sin depresión en la actualidad tras el tratamiento psicológico. Además, aumentó su nivel de autoestima encontrándose, tras la intervención psicológica, ligeramente por encima de la media de niños de su edad, con una autoestima alta. El trabajo terapéutico con los padres del menor, para mejorar la comprensión de las dificultades de su hijo, así como para abordar situaciones difíciles en que este se frustraba mucho, ha permitido que mejore la dinámica familiar y el manejo de ese tipo de situaciones; así lo reportaban con su informe verbal.

Por otra parte, la mejora en autorregulación emocional no llega a darse en la medida que habíamos previsto. Por un lado, la observación clínica nos mostró un cierto nivel de mejora en la capacidad para identificar las propias emociones, para expresarlas, además del aprendizaje de estrategias para autorregularse emocionalmente, el

desarrollo de la habilidad para generar emociones positivas mediante la ludificación, así como una mejora en la comunicación emocional con sus progenitores, aumentando la participación de éstos en la facilitación de la comunicación emocional en su hijo. Por otro lado, supusieron cierta sorpresa los resultados obtenidos en el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE-NA; el sujeto obtuvo una puntuación algo inferior en la medida post-tratamiento respecto al pre-tratamiento. Esto nos mostró la persistencia de las dificultades que presentaba al inicio de la intervención en autorregulación emocional. Los resultados mostraron una capacidad emocional y social atípica y deficiente, con un nivel de desarrollo marcadamente bajo.

Además, los resultados en el Test de percepción de diferencias (CARAS-R), así como la observación clínica, mostraron que el sujeto mantenía dificultades en su capacidad atencional. En la medida pre-tratamiento obtuvo un rendimiento medio-bajo (A-E, En=3) y un nivel de control de la impulsividad adecuado (ICI, En=4). Sin embargo, en la medida post-tratamiento, aunque el sujeto obtuvo un rendimiento medio en la prueba (A-E, En=4), presentó un nivel de control de la impulsividad por debajo de la media (ICI, En=2). En este caso cometió un número elevado de errores. Este perfil podría sugerir un subtipo impulsivo de problemas de atención.

### **Limitaciones del estudio**

Al ser un estudio de caso con un único sujeto experimental, los resultados no son extrapolables a la población general. En estudios futuros sería interesante ampliar suficientemente la muestra para poder generalizar los resultados.

Por otra parte, el haber utilizado una única sesión para administrar las pruebas de evaluación en la medida post-tratamiento pudo influir en el nivel de fatigabilidad del menor a la hora de dar respuesta a algunas de las mismas, unido a sus propias dificultades para mantener la atención. Esto podría subsanarse en estudios futuros dedicando dos o tres sesiones para la aplicación de las pruebas psicométricas, ajustándonos al nivel de fatiga que experimente el menor.

Otra posible limitación al implementar el programa de educación emocional fueron las propias condiciones de temporalidad asociadas al TFM. Sería interesante poder ampliar el programa de educación emocional utilizado incluyendo mayor número de sesiones que permitieran fortalecer las estrategias aprendidas y las habilidades a desarrollar, incluyendo sesiones de seguimiento a los 6 y 12 meses para valorar la evolución.

### **Conclusiones del estudio**

El tratamiento psicológico realizado y la implementación del programa de educación emocional propuesto en este estudio permitieron mejorar el malestar emocional que el menor experimentaba asociado a sus dificultades a nivel cognitivo, disminuyendo la repercusión afectiva, encontrándose en general más tranquilo, mejor de ánimo y fortaleciendo su autoestima. Al hilo de lo que Bisquerra (2000) apunta, la educación emocional facilita la minimización de la vulnerabilidad a diferentes disfunciones, y en este sentido, favorece la prevención de trastornos mentales.

Tras la intervención realizada, los resultados reflejan que nuestro sujeto de estudio sigue mostrando dificultades en la capacidad atencional, las cuales incluso se hacen más patente con la observación clínica, además de dificultades en autorregulación emocional. Como apoyan Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié (2008), los niños con déficit de atención presentan una disfunción primaria en el reconocimiento de los estímulos emocionales y una importante discapacidad para modular sus emociones, especialmente cuando estas son negativas, presentando problemas en habilidades para

el reconocimiento, expresión y regulación de las emociones. Además, y recordando a Andrés, Castañeiras, Stelzer, Canet y Introzzi (2016), sabemos que algunas estrategias de regulación emocional están relacionadas con las funciones ejecutivas, las cuales en nuestro sujeto de estudio se ven comprometidas por déficits más globales, como la capacidad intelectual límite y el déficit de atención. Los resultados obtenidos en la dimensión de inteligencia emocional nos hacen pensar que las dificultades en autorregulación emocional están asociadas a otros déficits más globales (déficits en funciones ejecutivas que engloban las dificultades intelectivas y el déficit de atención), siendo una dimensión estructural que requeriría un abordaje más transversal y de mayor temporalidad. Como apuntaba Gagné (1965), para alcanzar el dominio de habilidades y competencias se requiere de bastante tiempo, siendo preciso ofrecer múltiples oportunidades en las que poner las competencias en práctica y propiciar su uso en contextos diferentes (Pérez y Filella, 2019). Será importante tener presente que la educación emocional sigue un enfoque de ciclo vital, por lo que será necesario que se implemente de una forma holística e integral en diferentes contextos, más allá de la educación formal, también en entornos sociocomunitarios (Bisquerra 2011; 2017). Fernández-Berrocal, Cabello y Guitiérrez-Cobo (2017) destacan la importancia de la formación de los futuros docentes y del profesorado en activo para que sean ellos mismos los que apliquen los programas de educación emocional desde sus contenidos curriculares de un modo transversal, que permita conectar las competencias emocionales y sociales con los diferentes conocimientos que se trabajan desde la escuela; se apoyan en el informe *Replantear la educación* (Unesco, 2015) que certifica la necesidad de superar el aprendizaje académico tradicional y de propiciar un planteamiento holístico de la educación y del aprendizaje.

El presente estudio describe una intervención psicológica que puede ser de utilidad a otros profesionales de la psicología que se dediquen al ámbito clínico y sanitario en su práctica profesional, en particular, si trabajan con población infanto-juvenil con discapacidad intelectual, dificultades del aprendizaje y/o déficit de atención. Además, puede servir para ampliar el conocimiento científico y ser inspiración para otros profesionales que quieran investigar sobre los tratamientos psicológicos para el malestar emocional en menores con discapacidad intelectual, dificultades del aprendizaje y/o TDAH.

### **Posibles líneas de investigación futuras**

Sería interesante estudiar la aplicación en formato grupal del programa de educación emocional propuesto en este estudio, ya que están ampliamente descritos en la literatura científica los beneficios del formato grupal de tratamiento y su potencia terapéutica. Como señalaba S.R. Slavson (1964), pionero en la psicoterapia de grupo con niños y adolescentes, los procesos fundamentales en el grupo son la catarsis, la disminución de la ansiedad y el fortalecimiento del yo en la interrelación grupal. El objetivo sería resolver los problemas individuales, estimulándose en la dinámica grupal la participación, la conversación, la descripción de emociones, la identificación de problemas, así como el compartir experiencias similares. Por otra parte, A. Speier, conjuga la acción grupal con la comprensión individual, facilitando la expresión de sentimientos y fantasías, la generalización de conflictos relacionados con los motivos más profundos del ser humano, el miedo a la pérdida de afecto y a ser excluido. El desarrollo del sujeto consistiría en aceptar la realidad grupal que incluye la adquisición e interiorización de normas y significados culturales, renunciando a una relación dual omnipotente e idealizada. Esta autora también indica que la psicoterapia de grupo permite la catarsis, la disminución de la ansiedad, la solución de problemas de personalidad, el fortalecimiento del yo y la maduración (Villanueva, 1998; Speier, 1984).

## Referencias bibliográficas

- Alagarda, A. (2015). La importancia de gestionar las emociones en la escuela: implicaciones en el proceso de enseñanza aprendizaje. *Revista Supervisión* 21, nº36: 1-20.  
[https://www.usie.es/SUPERVISION21/2015\\_36/SP\\_21\\_36\\_Articulo\\_La\\_importancia\\_de las\\_emociones\\_Alargarda.pdf](https://www.usie.es/SUPERVISION21/2015_36/SP_21_36_Articulo_La_importancia_de las_emociones_Alargarda.pdf)
- 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. *Neurología de la Conducta*, 47 (1): 39-45.  
[https://www.researchgate.net/publication/242190285\\_Alteraciones\\_emocionales\\_en\\_el\\_trastorno\\_por\\_deficit\\_de\\_atencionhiperactividad\\_datos\\_existentes\\_y\\_cuestiones\\_abiertas](https://www.researchgate.net/publication/242190285_Alteraciones_emocionales_en_el_trastorno_por_deficit_de_atencionhiperactividad_datos_existentes_y_cuestiones_abiertas)
- Andrés, M., Castañeiras, C., Stelzer, F., Canet, L. e Introzzi, I. (2016). Funciones Ejecutivas y Regulación de la Emoción: evidencia de su relación en niños. *Psicología Desde el Caribe*, 2 (33), 169-189.
- Bisquerra, R. (2000). Educación emocional y bienestar. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Bisquerra, R. y Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación*, 1 (10), 61-82.
- Bisquerra (2011). Educación emocional. Propuesta para educadores y familias.
- Bisquerra, R., García Navarro, E. y Ángel, J. C. (2017). Educación emocional y bienestar. Barcelona: UOC.
- Cabrera, M. (2011). *Inteligencia emocional y rendimiento académico de los alumnos del nivel secundario de una institución educativa de la región Callao*. [Trabajo fin de grado]. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.  
<http://repositorio.usil.edu.pe/handle/123456789/1120>
- Ceballos, N. A. y Sevilla Vallejo, S. (2020). El Efecto del Aislamiento Social por el Covid-19 en la Conciencia Emocional y en la Comprensión Lectora. Estudio sobre la Incidencia en Alumnos con Trastornos de Aprendizaje y Menor Acceso a las Nuevas Tecnologías. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9 (3e). <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12127>
- Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Gutiérrez-Cobo, M. J. (2017). Avances en la investigación sobre competencias emocionales en educación. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 88 (31.1), 15-26.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5980739>
- Gagné, R. (1965). The conditions of learning. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Galiano, M.C., Prado, R. F. y Mustelier, R. G. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92 (Supl. especial): e1342.  
<http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1342>



- García Andrés, E. (2014). *La regulación emocional infantil y su relación con el funcionamiento social y con la función ejecutiva. Un estudio con niños con diferentes características en su desarrollo*. [Tesis doctoral]. Departamento de psicología básica: Universidad Autónoma de Madrid (director: Juan Antonio Huertas Martínez). [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664037/garcia\\_andres\\_esther.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664037/garcia_andres_esther.pdf?sequence=1)
- Gillis, J. S. IPAT. (2003). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kovacs, M. (1978). *Children's depression inventory (CDI)*. University of Pittsburgh, unpublished manuscript.
- Kovacs, M. (1981). Rating Scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305–315.
- Orgilés, M. (2020). Presentación del monográfico: Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7, (3), 1-2. [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/003\\_0.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/003_0.pdf)
- Pennington, B.F. y Ozonoff, S. (1996). Executive function and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 51–87.
- Pérez, N., y Filella, G. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10 (24), 23-44. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.8941>
- Ramos, R., Giménez, A.I., Muñoz-Adell, M.A. y Lapaz, E. (2006). *Manual del Cuestionario para la evaluación de la autoestima en educación primaria (A-EP)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rodríguez-Sacristán, J., Cardone, D., Rodríguez Martínez, J., Gómez-Añón, M.L., Benjumea Pino, P. y Pérez ríos, J. (1984). Sistemas objetivos de medida: Experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (Cedi). Modificado de Kovacs y Beck. *Psiquiatría Infanto-juvenil*, 3, 65-74.
- Speier, A. (1984). *Psicoterapia de grupo en la infancia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Slavson, S. R. (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy*. New York: International Universities Press, Inc.
- Thurstone, L.L. y Yela, M. (2012). *Manual del Test de Percepción de Diferencias. CARAS-R*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, 8, 11-58. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112816001>
- Unesco. (2015). *Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial?* París: Unesco.

- Unicef España, Dirección de Sensibilización y Políticas de Infancia, Área de Incidencia Política y Estudios. (2020). Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de Unicef España. Madrid: Unicef España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-infancia-covid19/>
- Villanueva, C. (1998). Grupos terapéuticos con adolescentes. Gamero Medina, E. (Coord.). *Terapias e Intervenciones Grupales* (pp. 121-127). Madrid: You&Us, S.A.

# ANEXO 1

## Sesiones del programa de tratamiento

### SESIÓN 1

Objetivo:

- Psicoeducación emocional
- Favorecer la identificación de emociones
- Trabajar la regulación emocional

Temporalización: 60 minutos

Materiales:

- Ordenador o proyector para la presentación sobre las emociones
- Presentación sobre las emociones
- Asiento cómodo

Procedimiento: Se realizaron las siguientes actividades en el orden en que están descritas.

Actividades:

- Visualización y trabajo de una presentación sobre las emociones. En esta actividad abordamos las cinco emociones básicas (el miedo, la tristeza, la rabia, el asco y la alegría), la manifestación de las sensaciones fisiológicas asociadas a cada emoción, su funcionalidad y las situaciones que suelen desencadenarlas. Mediante esta actividad se trabajó el objetivo de la psicoeducación emocional.
- Técnica del Mapa Corporal (I): En esta primera sesión mediante esta técnica se facilitó que el sujeto de estudio empezara a observar y conectar con su cuerpo en el aquí y ahora. Hicimos un chequeo desde los pies a la cabeza, facilitando que conectase con sus sensaciones corporales y emociones, ayudándole a ponerles palabras (Beúnza y Aguilar, 2018). Con esta actividad trabajamos la identificación de emociones.
- Técnica de visualización: Utilizamos la visualización de una playa, ya que es un escenario que le gustaba al sujeto de estudio, para favorecer la adquisición de una herramienta de autorregulación emocional que le ayudara a relajarse cuando estuviera nervioso. Hicimos un recorrido guiado por el escenario de la playa prestando atención plena a las diferentes sensaciones y percepciones que experimentaba por medio de los diferentes sentidos.

## SESIÓN 2

Objetivo: Favorecer la conciencia emocional

Temporalización: 60 minutos

Materiales:

- Tarjetas de emociones
- Lápices de colores
- Ficha mapa corporal de mis emociones
- Dado fabricado en papel con emociones en cada cara
- Asiento cómodo
- Esterilla o colchoneta

Procedimiento: Se realizaron las siguientes actividades en el orden en que están descritas.

Actividades:

- Tarjeta de emociones: Se le presentaron al sujeto siete tarjetas, cada una con una cara que representa y expresa una emoción básica (tristeza, miedo, rabia, enfado, alegría, sorpresa, asco). También se le facilitaron diferentes carteles con los nombres de las diferentes emociones para que emparejara las tarjetas con los carteles. Posteriormente se le invitó al sujeto a que pusiera ejemplos de situaciones en que había sentido esas emociones (Barudy y Dantagnan, 2011). Esta actividad permitió fomentar la conciencia emocional.
- Técnica del Mapa corporal (II): En esta segunda sesión hicimos de nuevo un chequeo por todo el cuerpo favoreciendo que el sujeto de estudio conectase con las sensaciones de su cuerpo y las emociones asociadas. Tras ello, le invitamos a que pintase con lápices de colores las sensaciones que experimentó localizándolas en las diferentes partes del cuerpo (Beúnza y Aguilar, 2018). Para ello asoció previamente un color a cada emoción básica (alegría, tristeza, rabia, miedo) y posteriormente las ubicó y coloreó en la silueta que lo representaba (la cual se le facilitó en una ficha).
- Respiración diafragmática con modelaje. Sentados en una esterilla o colchoneta frente al sujeto de estudio, fuimos guiando la respiración, para que llevara el aire a la parte abdominal, invitándole a que posicionara sus manos en pecho y abdomen, realizando modelaje de la respiración. Mediante esta estrategia favorecimos la conciencia emocional, la toma de contacto con las propias emociones y sensaciones, así como el aprendizaje de una herramienta de autorregulación emocional.
- Juego de teatralización de emociones en familia: Utilizamos la plantilla de un dado en papel para crear un dado hexaedro, el cual tenía una emoción básica en cada cara. Realizamos un juego familiar con el sujeto de estudio y sus padres, cada uno tiraba el dado y tenían que representar con mímica y gestos la emoción que les hubiera tocado en el dado, teatralizándola, y el resto de la familia debía adivinar qué emoción se intentaba representar. Esta actividad permitió trabajar la conciencia emocional, fomentando también el modelaje, así como crear espacios de interacción agradables en familia, así como fomentar la familiarización con este juego para que pudieran generalizarlo y utilizarlo en familia más adelante.

## SESIÓN 3

Objetivo:

- Favorecer la conciencia emocional
- Fomentar la expresión emocional
- Mejorar la autoestima

Temporalización: 60 minutos

Materiales:

- Lápices de colores
- Papel y lápiz
- Palitos etiquetados con diferentes emociones básicas
- Asientos para toda la familia

Procedimiento: Se realizaron las siguientes actividades en el orden en que están descritas.

Actividades:

- Técnica del Mapa corporal (III). En esta tercera sesión recuperamos la silueta que coloreó en la sesión anterior, hicimos de nuevo el chequeo corporal para que conectase en el aquí y ahora con sus emociones y sensaciones y facilitamos que el sujeto de estudio expresara qué es lo que necesitaría esas sensaciones y/o emociones (Beúnza y Aguilar, 2018).
- Trabajo con etiquetas: Favorecimos que el sujeto de estudio, sobre la ficha de su silueta y mapa de emociones pudiera expresar etiquetas que le solían asignar, con las que se identificaba y con las que no (Beúnza y Aguilar, 2018). Con esta actividad trabajamos la autoestima.
- Trabajo familiar sobre las fortalezas: Alentamos a que sus padres pudieran expresar y verbalizar delante del sujeto de estudio fortalezas y debilidades propias, para fomentar la integración de puntos fuertes y puntos débiles, así como ayudarle a que él verbalizara las suyas propias, indicándole las que ellos detectaban. Con esta actividad se trabajó la mejora de la autoestima.
- Juego “Palitos chinos” en familia. Permite desarrollar la capacidad de identificar y expresar las emociones, así como la capacidad para asociarlas a experiencias de la vida cotidiana. Se realizó con el sujeto de estudio y sus padres, también para fomentar interacciones agradables entre los miembros de la familia y de cara a que pudieran familiarizarse con el juego y posteriormente poder generalizar su uso a la vida familiar. Se utilizaron diferentes palitos de colores etiquetados con diferentes emociones básicas. Cada miembro de la familia debía sacar un palito por turno sin mover los demás. Quien más palitos retirase, ganaba. La etiqueta de cada palito indicaba una emoción, en una ronda posterior cada miembro de la familia debía construir una frase que contuviera la emoción mostrada en la etiqueta. Jugando en familia, se fomentaba también el modelado de la identificación y expresión emocional (Barudy y Dantagnan, 2011).

## SESIÓN 4

Objetivo:

- Mejorar la autoestima
- Fomentar la regulación emocional

Temporalización: 60 minutos

Materiales:

- Bote de la calma (realizado con una botella, agua templada, pegamento líquido, purpurina, colorante -opcional-)
- Cuento de la tortuga
- Fichas de reforzadores de la técnica de la tortuga
- Papel y lápiz
- Lápices de colores

Procedimiento: Se realizaron las siguientes actividades en el orden en que están descritas.

Actividades:

- Bote de la Calma: En la sesión anterior se les facilitó a los padres del sujeto de estudio las instrucciones por escrito de cómo realizar junto a su hijo el bote de la calma, lo trajeron ya fabricado a esta sesión y lo utilizamos en consulta como estrategia de autorregulación emocional. Primero le pedimos al sujeto que agitate la botella para que la purpurina se acelere, explicándole que así lo hace su corazón, respiración y pensamientos cuando está nervioso, enfadado, asustado. Posteriormente, y junto a él, nos colocamos frente a la botella a observar cómo la purpurina caía lentamente y así nos relajamos, respirando hondo y fijándonos en silencio cómo la purpurina se mueve y se desliza hasta que se para del todo. De esta forma modelamos también el ejercicio de respiración. Finalmente se invitó al sujeto de estudio a tomar conciencia del estado de relajación obtenido y de cómo se siente su cuerpo, facilitándole que ponga palabras a sus sensaciones y emociones (Larumbe, Beunza, Aguilar, y Fumás, 2017).
- Técnica de la Tortuga. Utilizamos esta técnica para manejar abordar con el sujeto de estudio el manejo de impulsos y la autorregulación emocional. Primero le contamos el cuento de la tortuga. Posteriormente trabajamos con él una técnica de respiración mientras contaba hasta 10, asociada al momento en que se mete en su caparazón para tranquilizarse ante un estado de rabia que pudiera provocar actitudes inadecuadas. Posteriormente trabajamos y guiamos soluciones a los problemas que originaron la emoción intensa. Posteriormente delante de los padres les enseñó cómo funcionaba la técnica, de cara a que estos pudieran favorecer el uso de esta en casa. También se les entregó a los padres las fichas reforzadoras de la técnica para que pudieran reforzar al sujeto de estudio cuando la llevara a cabo en su medio natural de forma adecuada (Aguilera, 2018).
- Árbol de la autoestima: Le dimos la consigna al sujeto de estudio de que dibujase un árbol, tras ello le invitamos a que colocara en las raíces seis virtudes y fortalezas suyas, y en la copa seis frutos que ha logrado en relación a sus virtudes y de los que esté orgulloso (Larumbe, Beunza, Aguilar, y Fumás, 2017). Realizamos esta actividad con sus padres para que dieran también un feedback positivo sobre sus virtudes y logros de forma complementaria. Con este ejercicio trabajamos la autoestima del sujeto de estudio, empoderándolo al asociar las ventajas de sus cualidades con sus logros.

- Técnica de las Esculturas. Trabajamos con el sujeto de estudio, su madre y su padre una situación concreta que les resultaba angustiosa y difícil manejar. Le pedimos a la madre que representara a su hijo y al padre que se representara a sí mismo. El sujeto de estudio modeló las esculturas de su madre y su padre representando la situación problemática, como si fueran esculturas de barro moldeables. Mediante esta técnica pudieron expresar con el cuerpo la dinámica de la relación ante esa situación problemática, así como la dinámica que favorecía la resolución y desbloqueo de la situación, expresando con el cuerpo lo que era difícil poner en palabras (Martín, 2018).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera, L. (20 de noviembre de 2018). *Qué es la Técnica de la Tortuga y cómo aplicarla correctamente*. Psico Ayuda Infantil. <https://www.psicoyudainfantil.com/tecnica-de-la-tortuga/>

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil* (pp. 49-123). Barcelona: Gedisa.

Beúnza, M. y Aguilar, Z. (2018). *Técnicas y estrategias de intervención infantojuvenil desde el enfoque humanista integrativo. El mapa corporal*. Material de trabajo no publicado.

Beúnza, M. y Aguilar, Z. (2018). *Técnicas y estrategias de intervención infantojuvenil desde el enfoque humanista integrativo. Las etiquetas*. Material de trabajo no publicado.

Larumbe, N., Beunza, M., Aguilar, Z., & Fumás, C. (2017). *Orientación humanista integrativa. Técnicas de regulación emocional y empoderamiento*. Barcelona: UOC

Martín, M. (2018). *Técnica 6-12 años: esculturas*. Barcelona: UOC