



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2018-2019 Trabajo Fin de Máster

Programa de potenciación de la inteligencia emocional en hermanos de niños con daño cerebral

Autor: Julián Pérez Poveda

Tutora: Dra. Cordelia Estévez Casellas

Convocatoria: febrero 2019.

0. RESUMEN

El daño cerebral es una afección que no sólo cambia la vida de la persona que lo padece sino también la de todos aquellos que conviven con él/ella ya que pasan de ser familiares a cuidadores. Como consecuencia, se experimenta una serie de cambios en el clima familiar, hecho que configura un escenario idóneo para la aparición de complicaciones psicológicas y emocionales como la falta de expresividad, el aumento de la conflictividad familiar o el aislamiento, entre otros.

Este trabajo es un estudio cuasiexperimental que tiene como objetivo la potenciación de la Inteligencia Emocional en hermanos de estos pacientes con la intención de que esto redunde en una mejora del clima familiar. Para la evaluación del bienestar psicológico se utilizaron la Escala del Clima Social en la Familia (FES) y el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ambos utilizados en la evaluación-pre y tras las diez sesiones que componen el programa.

Se obtuvo como resultado un aumento en distintas subescalas destacando las capacidades de expresividad, social-recreativo y cohesión familiar por ser las que más aumentaron al tiempo que se redujo el grado de conflictividad. Asimismo, el Cociente de Inteligencia Emocional de la muestra aumentó ligeramente presentando de este modo unos valores más adaptativos al finalizar el programa que los mostrados a su inicio.

Palabras clave: inteligencia emocional, daño cerebral, bienestar, clima familiar, cohesión y conflictividad.

Summary: Brain injury is an affection that changes the life of the injured person as well as all the ones living together such as family members or caregivers. As a consequence, all members experience a wide range of changes in the family environment. In this

environment, psychological and emotional affections are prone to appear. Proof of these affections are lack of expressiveness, increase of potential conflicts or isolation.

This research provides a quasi-experimental design which aim is the promotion of Emotional Intelligence in injured patients' siblings expecting, as a result, an improvement of the general family environment. As to assess psychological wellness, we have included the following questionnaires: Family Environment Scale (FES) and the BarOn Model of Emotional-Social Intelligence. Both filled in the beginning of the research and once we have concluded with the ten-lesson programme.

The conclusions were the increasement in the different sub-scales. We want to emphasize the following ones: expression, active recreational orientation and family environment which were those with better progression. At the same time, potential conflicts were reduced. Moreover, the Emotional Intelligence Quotient rose slightly showing, as a result, better adaptative abilities that those shown in the beginning of the programme.

Key words: emotional intelligence, brain injury, wellness, family environment, cohesion and potential conflicts.

1. CLIMA FAMILIAR

En este apartado introduciremos la importancia que tiene el clima familiar y cómo éste afecta nuestro crecimiento para centrarnos en cómo ese sistema se puede ver alterado cuando uno de los miembros acontece daño cerebral.

1.1. Importancia del clima familiar.

La familia es el lugar donde se aprenden las relaciones de afecto, libertad, reciprocidad, solidaridad, sexualidad, amor y socialización. De hecho, según Dunghi et al. (1995) cualquier familia sea del tipo que sea deberá cumplir siempre las siguientes funciones.

- Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas y complementar sus capacidades adecuándonos a cada fase del desarrollo madurativo, psicológico y social del niño/a.
- Enmarcar, dirigir y canalizar los impulsos sobrevenidos con la intención de que llegue a ser un individuo integrado, maduro y estable.
- Enseñarle los roles básicos y el valor de las instituciones sociales.
- Transmitir técnicas adaptativas de la cultura y el lenguaje.

Y es precisamente gracias a estas funciones que el entorno familiar es el que colabora directamente en la conformación de nuestra propia personalidad. Así, será en nuestro clima familiar donde se desarrollará nuestro autoconcepto, adaptación personal y autoestima (Oliver y Paull, 1995; Shek, 1997).

De acuerdo con Cummings y Cummings (1988) el conflicto en la familia es completamente normal, sobre todo cuando hay cambios en el funcionamiento familiar; sin embargo, si esa situación adquiriese un alto grado de conflictividad o engaño, ésta puede repercutir negativamente en el desarrollo del niño o del adolescente. Un grado de la misma que vendrá determinado por el análisis que se haga de la situación, así pues, una mayor comunicación fomentará la disminución de esta percepción.

Otro de los aspectos psicológicos relacionado con el entorno familiar es la autonomía emocional. Así, se asocia la autonomía personal del niño con ajustes negativos en los ambientes familiares que cuentan con un clima de apoyo y, por el contrario, con ajustes de tipo positivo en aquellos núcleos en los que, contrariamente, no cuentan con un clima de apoyo (Fuhrman y Holmbeck, 1995). Esto quiere decir que, en aquellos casos en los que existe una buena relación, comunicación, afecto y confianza, no existe un amplio grado de autonomía emocional, la cual se ha puesto de manifiesto que se potencia como método de protección ante entornos socioemocionales desajustados.

A lo largo de este apartado se ha visto cómo el entorno en el que uno se cría es indispensable para poder desarrollarnos como adultos sanos. Es por ello, que será muy importante que este clima familiar sea capaz de adaptarse al cambio de la presencia de Daño Cerebral (DC) en alguno de sus integrantes, hecho que revoluciona y altera la osmosis natural del sistema.

1.2. Clima familia y daño cerebral.

Cuando una persona como lo puede ser un hermano/a padece DC aparte de las consecuencias que sufre la propia persona afectada, este cambio en el estilo de vida de la familia afecta a todos los miembros. Así pues, este impacto puede generar situaciones emocionales que van desde el estrés, la depresión, la ansiedad o incluso duelo por la *pérdida* de la persona tal y como era. De hecho, en determinados casos se ha puesto de manifiesto que, en ocasiones, los propios familiares, padecen situaciones de estrés incluso más altas que las experimentadas por los propios pacientes de DC.

Entre los principales cambios que experimenta la familia es que, de repente han de pasar de ser simples familiares a cuidadores y, de hecho, la tarea del cuidador/a es una de las actividades más generadoras de estrés, sobre todo cuando la cronicidad de la enfermedad conlleva un estado de cuidado que les acompañará toda la vida. No obstante, no se ha de olvidar que, si bien la familia es cóvictima de esta situación, también es parte de la solución (Fernández Guinea y Muñoz Céspedes, 1997).

Esto ocurre puesto que la familia juega un papel muy importante en el proceso de recuperación por ser aquellos que pasan más horas con la persona afectada y, por ende, los que más apoyo pueden brindar. Muestra de ello es que en España el 83% de las personas afectadas de DC viven con sus familiares y, es por esto, que mejorar el estado emocional de los hermanos de niños con DC es el principal objetivo de nuestra propuesta de intervención y con el que se pretende mejorar el clima familiar general.

Muestra del impacto que tiene en la familia el cuidado de los pacientes con DC es el estudio realizado por la Federación Española de Daño Cerebral Sobvenido (FEDACE) en el cual participaron 223 familiares con una edad media de 49.86 años. En este caso, el 38.1% eran progenitores mientras que el 34.1% eran cónyuges. Así, en aquellos casos en los que el cuidado supera los ocho años, los familiares manifiestan síntomas similares a los acontecidos en los casos de *dolor crónico* en los que se alude a la pérdida de una vida mejor si no se hubiera producido ese tipo de discapacidad (Johnson y McCown, 2001). Sin embargo, no se ha asociado un determinado grado de discapacidad con mayor o menor grado de afectación psicológica en el familiar (López y Calvete, 2013).

Por otra parte, en algunos casos los familiares llegan a desarrollar el Síndrome de Carga del Cuidador (SCC), el cual se caracteriza por las siguientes características atendiendo a los estudios de Peinado A, Garcés A publicado en 2004:

- **Indefensión aprendida:** Algunos familiares manifiestan la sensación de tener poco o nulo control sobre su vida.
- **Interés social:** Todo ser humano necesita relacionarse con el resto pero, en este caso, los familiares sienten que no tienen tiempo para ello.
- **Personalidad:** Las personas que manifiestan una personalidad de tipo A son más proclives a mostrar rasgos de hiperresponsabilidad y, por ende, son más susceptibles de padecer este síndrome.
- **Demandas emocionales:** A mayores demandas emocionales del paciente, mayor será la probabilidad de padecer SCC.
- **Estrategias de afrontamiento inadecuadas:** Las estrategias de tipo evitativa promueven la aparición de este síndrome mientras que las de control la minimizan.

Finalmente, la capacidad de afrontación de la nueva situación dependerá de muchos factores como lo es la dinámica familiar previa. Así, una familia con un núcleo afectivo sólido,

sin conflictos internos graves y con roles claros presenta factores de protección. La flexibilidad para incorporar estos cambios en el núcleo familiar facilita la solución de los conflictos que de la misma puedan devenirse.

Otra de las variables que se menciona es a la existencia o no de apoyos sociales. El apoyo social reconforta y ayuda a descargar el cúmulo de emociones sobrevenidas.

Por último, se hará mención a la relación que tenía la persona con DC antes de la afección con el resto de miembros de la familia pues será dependiendo de estos roles y relaciones que el impacto sobre el núcleo familiar será mayor o menor.

Tal y como se ha podido ver a lo largo de este apartado, el DC no afecta solamente a la persona que lo padece sino que, además, genera una serie de cambios en el sistema familiar que pueden conllevar la aparición de sintomatología en los cuidadores tales como el estrés, la ansiedad o el SCC. Sin embargo, este hecho suele afectar en mayor medida a cónyuges o familiares adultos pero, ¿cómo afecta este cambio a los hermanos de los pacientes?

1.3. Justificación del tema: Afectación a los hermanos/as de personas con Daño Cerebral.

La familia es el entorno afectivo en el cual los niños se desarrollan y aprenden las normas básicas de socialización y son precisamente estos vínculos los que repercuten en la gestión de impulsos, la capacidad de frustración, la identificación con el resto así como la solidaridad; todo ello elementos indispensables para el correcto crecimiento y la formación de una determinada personalidad, hecho que va ligado a la capacidad para desenvolverse en sociedad. Es por ello, que cualquier acontecimiento repercute innegablemente en el crecimiento de los niños y adolescentes que forman parte del núcleo familiar.

No obstante, en muchas ocasiones se cree que los niños pequeños, a causa de su edad, no perciben el clima emocional que está experimentando la familia. Este hecho es del todo

erróneo ya que, por muy pequeños que sean son capaces de detectar el estado anímico de sus padres.

Es por ello, que es importante tener en cuenta las emociones de los más pequeños puesto que, éstos se verán más afectados si van acompañados de silencio o medias verdades ya que no existe peor miedo que percibir el propio miedo de los padres, tradicionalmente encargados de crear y mantener del entorno de seguridad que precisan los niños para poder crecer emocionalmente sanos.

Con todo parece evidente que los niños precisan de una explicación sobre lo que está sucediendo. Cuando un padre o madre padece DC, los niños presentan síntomas muy similares al de los adultos, una sintomatología que variará atendiendo a su edad, apego y personalidad. Así pues, los síntomas pueden ir desde miedo, angustia, abandono, pérdida, rabia e, incluso, culpa. Esto ocurre puesto que en numerosas ocasiones en que los padres han reñido al niño por determinada conducta, los niños han mostrado sentimientos y fantasías hostiles hacia sus padres, hecho que pueden relacionar -como consecuencia del pensamiento mágico- con lo que le ha ocurrido a su padre o madre y creer que ha sido consecuencia de sus pensamientos hostiles o del deseo de acaparar más atención.

Por lo que, es imprescindible comprender los sentimientos y quitarles el sentimiento de culpabilidad. Para ello, será importante explicarles y hacerles comprender que lo que están sintiendo es completamente normal. De este modo se conseguirá que los niños tengan la confianza para hablarnos sobre sus emociones y se sientan libres de preguntar sobre qué está sucediendo.

La vuelta al domicilio familiar tras el periodo de hospitalización es un momento muy duro para los niños, por lo que será muy importante ayudarlos a reencontrarse con su padre, madre o hermano ya que no será la misma persona con la que habían convivido, sino que presentará problemas de comportamiento o secuelas propias del DC. Este hecho suele

comportar en la existencia de un periodo de duelo, un duelo que acaba con la aceptación de la nueva situación y el recuerdo de aquellos momentos y experiencias positivas. Y es precisamente a raíz de este nuevo sistema de familia y el cambio de rol de la persona afectada con DC, que surge una serie de necesidades en los niños.

Cabe señalar que hay una necesidad común, esta es, la necesidad de comprender qué está ocurriendo. A menudo se incurre en el error de creer que si no conocen la situación, la procesarán mejor y es un error pues en lugar de evitar sufrimiento alimenta sus miedos. Esto ocurre porque los menores perciben que hay algo que no funciona bien y, en caso de percibir que se les está mintiendo, desinformando o informando parcialmente, no hará sino aumentar su inseguridad.

Así, no sólo será fundamental informarles de qué está, sino que, además, estas explicaciones deberán estar adaptadas a la edad del niño y prepararlos para el nuevo cambio en el sistema familiar cuando se regrese al domicilio familiar. Este hecho es muy importante ya que la persona que vuelva al hogar familiar no será la persona que se fue y deben comprender que esta persona no les ha abandonado y que los cambios de personalidad son derivados de la afección. En definitiva, se trata de ayudarles al reencuentro con la persona y a la construcción de un nuevo tipo de relación.

En las siguientes líneas se explicarán unas directrices generales sobre cómo tratar este nuevo cambio en la situación familiar en los niños de entre los 6 y los 11 años de edad.

- **Niños/as de 6 a 11 años de edad:** Esta etapa se caracteriza por la adquisición del proceso de socialización. Por eso que cobra gran importancia el mundo y comienza a adquirir importancia la relación entre pares que tiene lugar, eminentemente en el centro escolar. Esta relación cobrará especial importancia ya que ayuda a que el niño tenga un contexto de ocio con otros iguales que le sirva de compensación de las dificultades que experimenta en el domicilio familiar.

Este será un periodo especialmente complicado puesto que experimentarán sentimientos como la vergüenza, la culpa y el rechazo; sentimientos que los harán sentir extraños e incluso mal consigo mismos. Por ello, necesitarán ser escuchados y consolados, evidenciando que los sentimientos que experimentan son completamente normales.

En definitiva, sea cual sea su reacción, en todos y cada uno de los casos necesitará de comprensión y ayuda para poder procesar las pérdidas y entrar en el mundo adulto que le ha tocado vivir.

Por último, para concluir con este apartado se hará hincapié en las principales reacciones de los distintos niños atendiendo a su edad y los consejos sobre cómo actuar frente a dichas emociones.

- **Niños/as de 5 a 11 años:** En este caso cabe destacar que el proceso de duelo que experimentan es un proceso interactivo, esto quiere decir que pasará por distintos periodos en los que parecerá que está mejor y otros en los que está peor. Es por ello que será fundamental una buena relación con el colegio para poder detectar y tratar problemas que puedan surgir allí. También será fundamental dedicarles un espacio de tiempo al día, así como muestras de cariño y afecto al tiempo que se les brinde un entorno de seguridad y apoyo.

2. INTELIGENCIA EMOCIONAL

2.1. La Inteligencia Emocional

La IE fue inicialmente nombrada por Salovey y Mayer en el año 1990 pero no alcanzaría su máxima difusión hasta que Daniel Goleman publicara su libro *Emotional Intelligence* cinco años después.

Goleman la define como la “*Capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos.*” Así, este mismo autor diseñó un modelo compuesto por cinco habilidades o capacidades, a saber, el autoconocimiento, el autocontrol, la automotivación, la empatía y la sociabilidad.

La importancia de la Inteligencia Emocional (IE) queda patente en tanto que nos permite un mejor manejo de las emociones tanto positivas como negativas que se pueda experimentar, un mayor ajuste social y psicológico y permite tener una mayor tolerancia a la incertidumbre que puede causarnos el cambio de rol y de personalidad que ha adoptado nuestro hermano/a a causa del DC.

Asimismo, la IE determina nuestra forma de gestionar nuestro comportamiento, la manera en que se toman decisiones y en que se resuelven los conflictos derivados de la nueva situación; todo ello habilidades indispensables para conseguir resultados positivos en nuestra vida (Sastre, y Moreno, 2002).

Finalmente, lo que hace realmente importante a la IE es el hecho de que nos permite gestionar nuestras emociones y las de los demás, factor que repercute en nuestro bienestar emocional promoviendo una mayor confianza y seguridad en uno mismo (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006).

2.2. La Inteligencia Emocional y Clima Familiar

Actualmente existen pocos estudios que correlacionen la IE con el clima familiar percibido tales como el realizado por Tiwari y Srivastava (2004) en relación a la IE autopercibida en niños de tercero a quinto y la calidad del ambiente percibido tanto en casa como en la escuela o el llevado a cabo por Rippeth (2003) en el cual se comprobó cómo el clima familiar predecía la IE de los estudiantes de la muestra.

Sin embargo, de los estudios relacionados con el tema, nos interesa especialmente el realizado por Güil y Guillén (2003), en el cual midieron la relación entre el clima familiar y la IE de una muestra de adolescentes; estudio en el que pusieron de manifiesto cómo las familias cohesionadas y que potenciaban actividades intelectuales, así como la expresión de los sentimientos se relacionaban directamente con jóvenes emocionalmente inteligentes.

De este hecho se deduce que aquellos niños que se crían en un entorno, en el cual los padres muestran un índice de IE alto, se percibe un ambiente familiar con un grado mayor de cohesión, organización, expresividad e implicación en actividades intelectual-culturales. Pero, ¿qué ocurre cuando en el sistema familiar los progenitores no cuentan con las destrezas de IE necesarias? ¿Cómo puede influir el conocimiento sobre la IE del hermano en el clima familiar?

La familia es una unidad interactiva que se ve afectada tanto por la generación presente como por las pasadas, la cual funciona gracias a dos principios fundamentales, a saber, 'el todo es mayor que la suma de las partes' y 'todos los elementos de un sistema son interdependientes' (Bertalanfy, 1976). De esto se deriva que una familia implica mucho más que una cantidad de miembros puesto que en su funcionamiento influye cómo están relacionados esos miembros y cómo interactúan entre ellos. Así pues, el cambio en un elemento influye en el resto del sistema.

3. OBJETIVOS

3.1. Hipótesis general

Nuestra hipótesis se basa en que un programa centrado en la Inteligencia Emocional aplicado a hermanos de niños con Daño Cerebral mejoraría el clima familiar proporcionándoles las herramientas necesarias para afrontar la situación.

3.2. Objetivo general

El objetivo principal de esta propuesta de intervención sería el de potenciar la Inteligencia Emocional de los hermanos de niños o niñas con Daño Cerebral aprendiendo conocimientos básicos relacionados con la Inteligencia Emocional.

Con el fin de poder llevar a cabo dicho objetivo general, se ha diseñado una serie de objetivos específicos que nos ayudarán a la consecución del mismo.

3.3. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de esta propuesta de intervención son los siguientes:

- **Lograr un buen nivel de autoconciencia emocional** para ello será necesario trabajar la identificación de las distintas emociones comprendiendo las causas que las producen al tiempo que sean capaces de reconocer la diferencia entre lo que sienten, lo que piensan y lo que hacen.
- **Adquirir un adecuado control emocional.** Para ello se trabajará la tolerancia a la frustración y el manejo de estados emocionales negativos con lo que se pretende reducir los estados emocionales negativos e incluso eliminar aquellos más destructivos reduciendo, de este modo, el nivel de conflictividad.
- **Desarrollar la empatía para ser capaces de comprender las emociones de los demás.** Para ello, se les enseñará a conocer el punto de vista de los demás aprendiendo a respetar aquellos que difieren de los nuestros. Los pasos para poder llegar a este punto serán sensibilizarnos hacia los sentimientos de los demás, aumentar nuestra capacidad de escucha activa, así como, mostrar un mayor grado de preocupación hacia los problemas que experimentan nuestros familiares.
- **Mejorar las relaciones interpersonales del niño o niña.** Con esto se pretende trabajar las situaciones conflictivas, así como las posibles causas de las mismas haciendo

hincapié en las respuestas emocionales adecuadas para la resolución de conflictos. Para ello, aumentarán las habilidades de comunicación eficaz y de negociación.

4. METODOLOGÍA

4.1. Participantes de la muestra

Los participantes que conforman la muestra de este plan de intervención son un total de dieciocho niños/as con hermanos/as con algún tipo de afectación cerebral; todos ellos de edades comprendidas entre los nueve y once años divididos de la siguiente manera:

- **Grupo de trabajo o ensayo.** Grupo compuesto por seis niños/as de edades entre los 9 y 11 años divididos de la siguiente manera (dos niñas de nueve años, una niña de diez años y tres niños de once). Este es el grupo con el cual se ha llevado a cabo las sesiones establecidas en el presente trabajo.
- **Grupo control con la misma situación familiar.** En este caso se ha contado con hermanos/as de niños/as con daño cerebral. Sin embargo, con este grupo no se han realizado las sesiones para ver verdaderamente el avance e implicación de las mismas. La muestra se divide de la siguiente manera: un niño y una niña de nueve años, un niño de diez y dos niños y una niña de 11.
- **Grupo control con hermanos sin afectación de ningún tipo.** En este caso y, con el fin de aportar un mayor grado de consistencia en el presente estudio, se dispone de un segundo grupo control de hermanos/as de niños/as sin daño cerebral. Este grupo ha estado compuesto por una niña y un niño de nueve años, una niña de diez y tres de 11 -dos niñas y un niño-.

Como se puede ver en la elección de la muestra se ha contado con niños de las mismas edades en cada uno de los grupos para que el factor madurativo no altere los resultados y aumente la fiabilidad del estudio.

4.2. Variables e instrumentos

En el presente programa se han tenido en cuenta las variables recogidas en la Escala de Clima Social o Family Environment Scale (FES) diseñada por R. H. Moos con las cuales se ha evaluado cómo era el clima social general antes de la realización del programa y su mejora al finalizar las sesiones. Este cuestionario engloba tres apartados esenciales en el clima de convivencia familiar.

- **Relaciones personales:** La situación de las relaciones personales se mide a través de las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto. Así se esperan puntuaciones altas en las categorías de expresividad y cohesión mientras que las puntuaciones de conflicto deberían ser bajas para un entorno sano.
- **Desarrollo personal:** El desarrollo de una persona es medido a través de las subescalas de autonomía, actuación, desarrollo intelectual-cultural, entorno social-recreativo y moralidad-religiosidad. Para una persona que convive en un entorno sano debería obtener puntuaciones moderadas o altas.
- **Estabilidad:** Por último, las variables estudiadas en esta dimensión son las subescalas de organización y control en las cuales las puntuaciones deberían oscilar entre moderadas y altas para un buen clima social.

El instrumento de evaluación que se ha utilizado para el análisis de dichas variables ha sido la adaptación española del test de FES realizada por Fernández Ballesteros, R. y Sierra, B. (1984). Dicho cuestionario cuenta con 90 preguntas de tipo verdadero o falso cuyo tiempo de realización oscila entre los 20-25 minutos.

Además, para conocer cómo les afecta dicho clima familiar, se ha aplicado el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn (I-CE) en el cual se analizan las siguientes variables: Interpersonal, intrapersonal, adaptabilidad y manejo del estrés. Con estas categorías se obtiene

una puntuación general que da cuenta de la situación emocional general de la persona y su coeficiente emocional.

Este ha sido el segundo y último instrumento de evaluación que se ha llevado a cabo, el cual consta de 60 preguntas en una escala de tipo Likert que va de 1 a 4 siendo 1 muy rara vez y 4 muy a menudo. El límite máximo de tiempo de aplicación es de 25 minutos y es recomendable para niños de siete a dieciocho años.

4.3. Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo para la consecución del programa de Potenciación de la inteligencia emocional en hermanos de niños con daño cerebral se expresa a continuación.

La primera tarea que se llevó a cabo fue contactar con un colegio público para encontrar la muestra. En este caso este programa se llevó a cabo en el CEIP Doctor Calatayud de Aspe (Alicante), los cuales se encargaron de buscar la muestra y de facilitar la información básica a las familias para su colaboración.

Una vez expresado el acuerdo de las familias, hubo una reunión con las mismas para la firma de la autorización y la realización del pretest. A continuación, se comenzaron las sesiones con una periodicidad semanal con sesiones de dos horas. Cabe destacar que se precisó de una sesión específica para la realización del pretest y explicar el marco teórico y la importancia de las actividades que se realizarán con la intención de aumentar la motivación y adherencia al programa y otra para el post-test y recibir el feedback del alumnado.

4.4. Tipo de diseño

El programa presenta un diseño cuasi-experimental en el cual se medirá una serie de variables dependientes, a saber, la calidad de vida familiar y la inteligencia emocional a través de las subescalas expresadas en el apartado anterior. Estas variables se miden antes y después de la realización de nuestro programa para comprobar si ha tenido el éxito esperado.

5. SESIONES

A lo largo de este apartado se explicará cada una de las sesiones del programa de Inteligencia Emocional ‘El árbol de los sueños’ para niños de 6 a 12 años del libro ‘Inteligencia Emocional’ de Cordelia Estévez, Alejandra Cámara, Diana Melchor y Natalia Castelló (2015).

Sesión	Objetivos, contenido y materiales (extraídos del libro Inteligencia Emocional)
1. Presentación y evaluación-pre.	<p>Objetivos: Adecuar las expectativas de los niños/as en relación al programa, promover la participación y favorecer la cohesión grupal.</p> <p>Contenido: Introducción y explicación de las sesiones, normas, presentación de los participantes, evaluación pre-test e introducción a la teoría de la Inteligencia Emocional.</p> <p>Materiales: Escala de Clima Social en Familia (FES), Cuestionario de Inteligencia Emocional de BarOn y presentación de PowerPoint.</p>
2. Identificando las emociones.	<p>Objetivos: Ayudar al niño a identificar y reproducir las emociones, atendiendo tanto a la expresión verbal como a la no verbal.</p> <p>Enseñar al niño un buen vocabulario emocional.</p> <p>Contenidos: Cómo me siento hoy, introducción a las distintas emociones, sentimiento de las diferentes emociones y su identificación.</p>

2. Identificando las emociones.	<p>Materiales: Papel continuo, listado con el nombre de los niños, caras que expresen las distintas emociones, pegamento, ordenador y material audiovisual, fragmento de la película Gru: Mi villano favorito, fichas con el nombre de las emociones y ficha de actividades emociones 1.</p>
3. Expresando emociones	<p>Objetivos: Enseñar a expresar y detectar las distintas emociones.</p> <p>Contenidos: Características que identifican y definen cada emoción, asociación de emociones a situaciones y conocimiento de sus manifestaciones.</p>
4. Aprendiendo a controlarse.	<p>Materiales: Ficha de actividades emociones 2, papel continuo y material de escritura y dibujo.</p> <p>Objetivos: Controlar las distintas emociones. Ayudar a identificar el estado de excitación. Trabajar la técnica de la relajación.</p> <p>Contenidos: Discriminación entre el control emocional y su ausencia, autoconocimiento y autorregulación emocional y aprendizaje de técnicas de relajación.</p> <p>Materiales: material tecnológico y audiovisual, fragmento de la película Shrek, música relajante y ficha de actividades Control emocional 1.</p>

5. Para, piensa y actúa.

Objetivos: Enseñar la asociación entre los colores del semáforo y las emociones.

Desarrollar la regulación de las emociones negativas.

Trabajar el control de pensamientos positivos.

Enseñar a controlar la actividad motriz.

Contenidos: Autorregulación de las emociones tanto negativas como positivas y autorregulación de la actividad motriz.

Materiales: Dibujo de un semáforo y de la señal de STOP, material de escritura y ficha de actividad Control emocional II.

6. Identificando las emociones en los demás.

Objetivos: Aprender qué es la empatía.

Ayudar al niño/a a identificar las distintas emociones a través de la comunicación verbal y no verbal.

Concienciar a los niños/as sobre las causas y motivos que generan las emociones de los demás.

Desarrollar sensibilidad hacia los sentimientos de los demás.

Contenidos: Conciencia social: empatía y gestión de las relaciones: establecer vínculos.

Materiales: Video del Patito Feo, material audiovisual, bandas emocionales (incluidas en el libro de referencia), ficha de actividades empatía I y material de escritura.

7. Contagiándonos emocionalmente. **Objetivos:** Enseñar al niño/a a conocer y comprender las causas de las emociones de los demás.
Ayudar al niño/a a expresar y argumentar las causas de sus diferentes emociones.
Desarrollar en el niño/a interés y sensibilidad hacia el bienestar de los demás.
Contenidos: Conciencia social: empatía y gestión de las relaciones: establecer vínculos.
Materiales: Ficha de actividades empatía II y material de escritura.
8. Identificando la asertividad. **Objetivos:** Aprender a identificar el comportamiento asertivo, pasivo y agresivo.
Trabajar en el niño/a la expresión de la conducta asertiva.
Enseñar al niño/a a dar soluciones adecuadas ante los problemas interpersonales que se presenten.
Contenidos: qué es la asertividad, autoconfianza, afrontamiento de las situaciones y autocontrol.
Materiales: Material audiovisual, fragmento de la película Madagascar, pizarra, tiza, ficha de actividades solución de problemas I, material de escritura y dibujo y ficha de actividades Soy asertivo.

9. Afrontando problemas.

Objetivos: Trabajar con el/la niño/a la solución de problemas.

Desarrollar en el niño/a el trabajo en equipo.

Enseñar a identificar las situaciones problemas y a buscar las soluciones al mismo.

Enseñar al niño/a a valorar la ayuda de los demás.

Desarrollar en el alumno/a el respeto y cumplimiento de las normas.

Contenidos: Solución de problemas, trabajo en equipo, cooperación, identificación de situaciones problema, empatía, comunicación asertiva.

Materiales: Hoja con los códigos del abecedario egipcio disponibles en el libro de referencia, material de manualidades y escritura, ficha de actividades solución de problemas II y puzles.

10. Despedida, feedback y evaluación-post.

Objetivos: Promover el mantenimiento de los conocimientos aprendidos.

Fortalecer al apoyo social.

Contenidos: Repaso de los contenidos estudiados y realización del post-test. Cierre y despedida.

Materiales: Escala de Clima Social en Familia (FES) y Cuestionario de Inteligencia Emocional de BarOn.

6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de datos se utilizaron distintos instrumentos de evaluación, a saber, la Escala de Clima Social-Familiar (FES) y el Inventario de Inteligencia Emocional (I-CE). Los datos obtenidos, fueron analizados a través del programa Excel. Allí se codificaron y compararon las puntuaciones obtenidas en el pretest y el post-test con las obtenidas en los grupos control. Asimismo, se realizaron con el fin de facilitar la comprensión de los resultados, diferentes gráficas comparativas.

7. RESULTADOS

Una vez se han analizado los diferentes resultados obtenidos tanto en la evaluación-pre como en la posterior, se han encontrado las siguientes puntuaciones.

En la Tabla 1 se puede ver que los pacientes de la muestra mostraron, en la mayoría de los casos, puntuaciones por debajo del promedio en los valores de cohesión, expresividad, autonomía e intelectual-cultural. Cabe destacar la presencia de valores altos en la subescala de conflicto, los cuales muestran un alto índice de conflictos en el entorno familiar y social.

Tabla 1: Puntuaciones centiles de la muestra en la evaluación-pre

	COH	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	ORG	CTL
S1	36	23	72	45	57	46	59	35	41	64
S2	29	36	55	30	32	37	33	70	41	64
S3	25	29	63	30	57	28	33	65	41	59
S4	56	48	46	39	51	50	63	75	56	59
S5	30	25	63	45	32	37	59	30	41	51
S6	51	56	41	45	62	60	68	40	51	55

En las Tablas 2 y 3 se presenta el Perfil de la Escala de Clima Social de la muestra antes de inicio del programa y posteriormente, respectivamente. En ellas se analizan las puntuaciones promedio (PM) y los valores de las 10 subescalas: cohesión (CO), expresividad (EX), conflicto (CT), autonomía (AU), actuación (AC), intelectual-cultural (IC), social-recreativo (SR), moralidad-religiosidad (MR), organización (OR) y control (CTL).

Tabla 2: Puntuaciones de la Evaluación-pre (centiles)

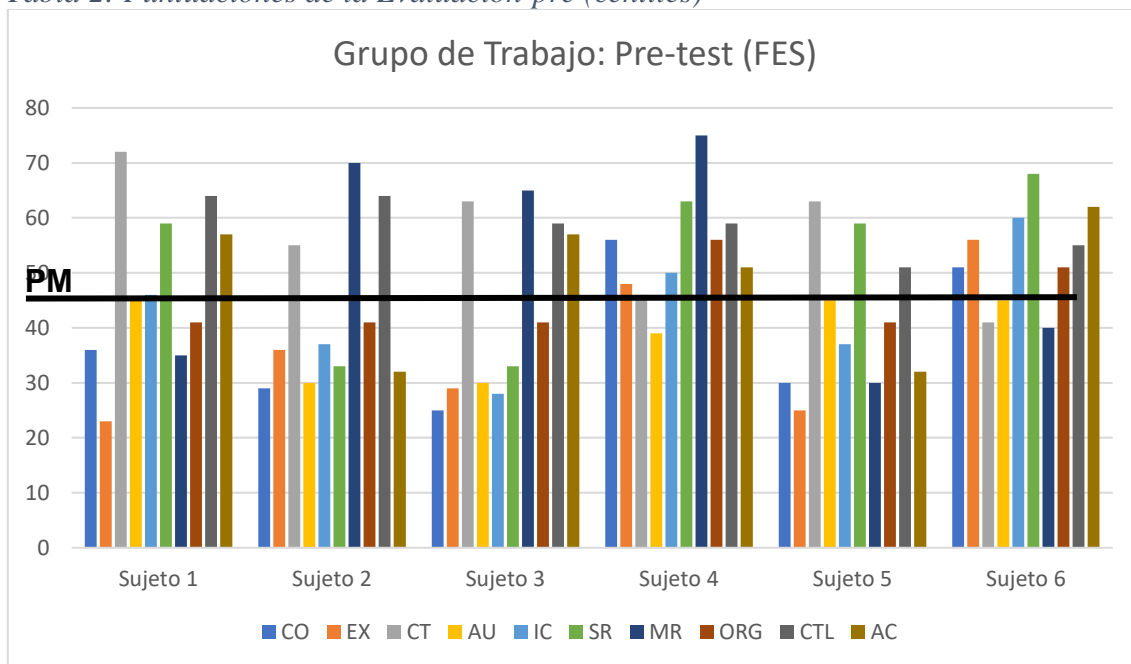
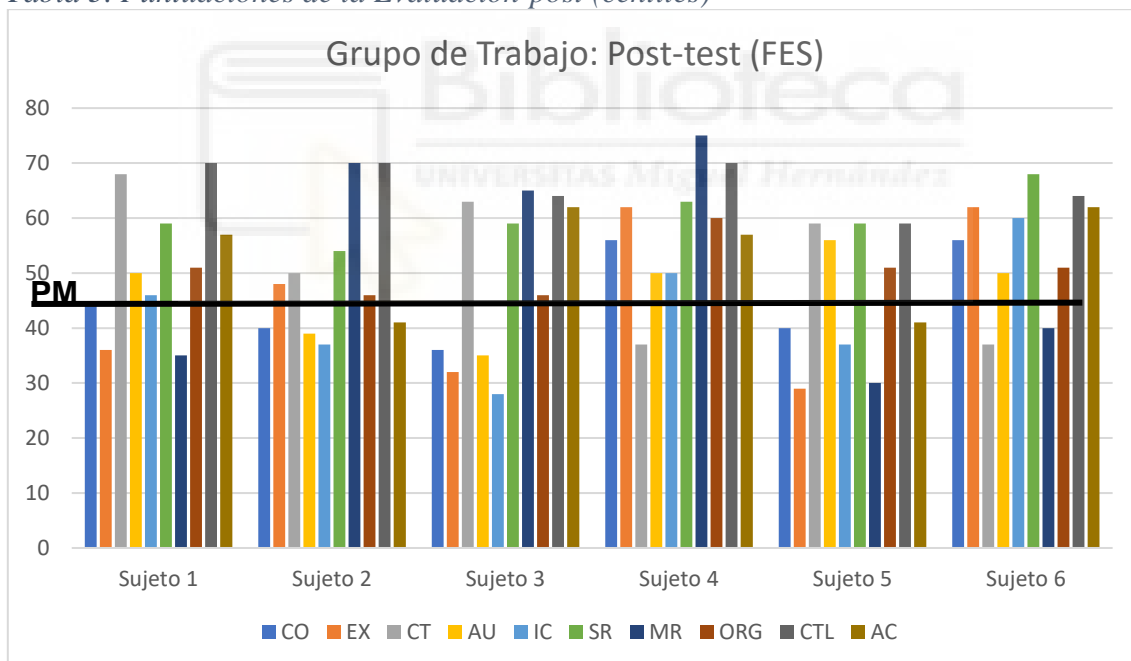


Tabla 3. Puntuaciones de la Evaluación-post (centiles)



Comparando de forma cualitativa, debido a que no se ha aplicado ninguna prueba psicométrica debido al tamaño muestral, los resultados obtenidos en ambos cuestionarios se puede decir que, ha habido una mejora general del estado y expresión de las emociones de los/as niños/as; hecho que en muchos casos ha redundado en una disminución significativa del ambiente de conflicto existente. Cabe destacar las subescalas Social-Recreativa, la cual ha

aumentado en 115 puntos -puntuación obtenida comparando los sumatorios de ambos tests-; la subescala de conflicto que ha disminuido en 63 puntos y la de expresividad que ha aumentado en 56 puntos tal y como se puede apreciar en la Tabla 4.

Tabla 4: Puntuaciones centiles de la muestra en la evaluación-post

	COH	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	ORG	CTL
S1	44	36	68	50	57	46	59	35	51	70
S2	40	48	50	39	41	37	54	70	46	70
S3	36	36	63	35	62	28	59	65	46	64
S4	56	62	37	50	57	50	63	75	60	70
S5	40	29	59	56	41	37	59	30	51	59
S6	56	62	37	50	62	60	68	40	51	64

Cabe, destacar, asimismo, que la mejora que ha acometido el grupo muestra ha sido superior a las puntuaciones de ambos grupos control (GC), los cuales han obtenido puntuaciones similares a las iniciales tal y como se muestra en la Tabla 5, en la cual se muestran las puntuaciones sumatorias de cada una de las subescalas en los pre-test y post-test en comparación a las obtenidas en la muestra.

Tabla 5: Comparación de puntuaciones centiles en cada uno de los grupos.

Grupo	CO	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	ORG	CTL
Muestra pre-test	227	217	277	234	291	258	247	315	271	297
Muestra post-test	272	273	217	280	320	262	362	320	305	333
Diferencia	45	56	-63	46	29	4	115	5	34	36
GC hermanos con daño cerebral (pre-test)	238	254	363	259	230	279	228	340	221	299
GC hermanos con daño cerebral (post-test)	240	247	358	277	230	304	228	330	226	297
Diferencia	2	-7	-5	18	0	25	0	-10	5	-2

Grupo	CO	EX	CT	AU	AC	IC	SR	MR	ORG	CTL
GC hermanos sin daño cerebral (pre-test)	302	304	274	357	329	321	340	340	313	365
<i>GC hermanos sin daño cerebral (post-test)</i>	307	308	270	345	329	322	341	345	308	365
Diferencia	5	4	-4	-12	0	1	1	5	-5	0

En esta tabla se aprecia que las puntuaciones obtenidas en el grupo control de niños/as sin hermanos con daño cerebral son promedio, en su gran mayoría, frente a las obtenidas en el grupo control y muestra de niños/as con hermanos con daño cerebral; los cuales muestran puntuaciones de muy malas a malas en subescalas como expresividad o social-recreativo mientras que hay un índice mayor de conflictividad. Con todo, se concluye que convivir con una persona con daño cerebral influye en el bienestar de los hermanos en comparación con aquellos cuyos hermanos no tienen esta condición.

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas en la evaluación post-test, se aprecia que nuestra muestra ha obtenido una mayor evolución en todas las sub-escalas con respecto a los grupos control. Una mejora que también queda patente en los resultados obtenidos en el Cuestionario de Inteligencia Emocional de BarOn tal y como se observa en la Tabla 6 en la cual se puede ver el Cociente Emocional Total de cada uno de los/as niños/as en la medida pre y post.

Tabla 6: Comparación de Cociente Emocional en cada uno de los grupos

Grupo	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6
Muestra pre-test	85	80	80	90	87	98
Muestra post-test	100	98	90	96	100	106
Diferencia	15	18	10	6	13	8
GC hermanos con daño cerebral (pre-test)	80	96	85	85	80	94
GC hermanos con daño cerebral (post-test)	80	96	80	85	80	96
Diferencia	0	0	-5	0	0	2
GC hermanos sin daño cerebral (pre-test)	102	90	94	100	110	121
GC hermanos sin daño cerebral (post-test)	102	92	92	102	110	121
Diferencia	0	2	-2	2	0	0

8. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue el de potenciar la Inteligencia Emocional en los hermanos o hermanas de pacientes con daño cerebral favoreciendo, de este modo, la mejora del clima familiar. Estos objetivos se han cumplido puesto que se ha notado una mejora tanto en el clima familiar como en las subescalas relacionadas con la Inteligencia Emocional de la muestra, una mejora que no se demostró en los grupos control y que, por ende, se relaciona con el programa llevado a cabo. Este hecho nos lleva a aceptar la hipótesis presentada al inicio, la cual exponía que a través de la aportación de herramientas de Inteligencia Emocional puede mejorar el clima familiar.

Una de las subescalas que ha mostrado correlación con la disminución de la conflictividad familiar (disminuyó en 63 puntos en el conjunto de la muestra), ha sido la de expresividad (la cual aumentó 56 puntos por encima de las puntuaciones pre-test) hecho que parece indicar que existe una relación directa entre ambas variables tal y como han sugerido otros estudios (Mestre et al., 2003; Páez et al., 2006). De hecho, da cuenta de la importancia de este ítem, el hecho de que la expresividad es uno de los cuatro factores de la Inteligencia Emocional basados en el Modelo de Mayer y Salovey (1997).

A estas puntuaciones cabe añadir las obtenidas tras las mediciones en el pre y post test del Cuestionario de Inteligencia Emocional, unas puntuaciones que aumentaron en todos los casos mostrando unos valores medios de 11.6 puntos por encima a los observados en la evaluación-pre y a los grupos control. Es por ello que consideramos que el programa ha tenido éxito ya que se puede apreciar que los sujetos, incluso comparados con el grupo control que también tiene hermanos con daño cerebral los cuales experimentan situaciones cotidianas similares, han aumentado su Cociente Emocional. Este hecho sugiere que un aumento del Cociente Emocional reduce notablemente el grado de conflictividad familiar tal y como apuntan estudios como el de Hansen, Sanders, Scott y Last (1998) y Johnson (1998).

Atribuimos las mejoras del clima familiar se relacionan con la mejora observada en el Cociente Emocional (CE) como consecuencia de haber realizado el programa y haber adquirido herramientas para detectar sus emociones, evaluar su intensidad, identificar situaciones que las desencadenan y saber cómo expresarlas correctamente. Así, una persona con un alto CE, tal y como expuso Candela, Sarrió, Barberá y Ramos (2000), ‘una persona que capta con mayor rapidez, profundidad y facilidad que otras personas los conflictos que surgen y que necesitan una solución, los aspectos vulnerables del equipo o de la organización, o las oportunidades para ellos, para el equipo y para la organización’.

Esto, contribuye a eliminar o disminuir los problemas conductuales o la presencia de miedos, entre otros comportamientos desadaptativos que pudieran generar situaciones de conflicto y, en su lugar, generar un ambiente propicio para la búsqueda de soluciones.

Además de la mejoría en todas las variables evaluadas, cabe destacar el hecho de que todos los niños/as mostraron un alto grado de satisfacción con las sesiones. De hecho, muchos de ellos indicaron que echaron en falta las mismas durante el periodo vacacional, lo cual nos hace pensar que la situación ha cambiado favorablemente tras la intervención.

Sin embargo, si bien los resultados obtenidos han sido prometedores, cabe destacar la existencia de tres importantes limitaciones. La primera de ellas es el tamaño muestral (tan solo seis participantes en cada grupo). La segunda es el hecho de haber tenido que interrumpir las sesiones durante las vacaciones de navidad.

Otro factor limitante es el marco sociocultural de la muestra ya que todos los participantes formaban parte del mismo centro educativo y gran parte de ellos compartían creencias e ideologías y un nivel económico similar.

Para futuras intervenciones en esta línea, se recomienda ampliar el tamaño de la muestra para poder extraer conclusiones más significativas. Además, se recomienda hacer hincapié en la diversidad muestral y la continuidad de las sesiones sin que haya ningún tipo de interrupción. Finalmente, sería interesante ampliar esta intervención a progenitores y hermanos con daño cerebral para proporcionar una atención holística de mejora del clima familiar.

En suma, los resultados obtenidos van en la línea del trabajo de Tiwari, & Srivastava, (2004) que pone de manifiesto la mejora del clima familiar a través de la mejora en las capacidades emocionales de los hijos/as. Un estudio que, tal y como hemos expuesto, podría ampliarse a los progenitores de la familia puesto que se trata de una línea de investigación que está dando buenos resultados Field & Kolbert (2006) y que creemos podría enriquecer los resultados e impacto del presente estudio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Candela, C., Sarrió, M., Barberá, E. y Ramos, A. (2000). "Inteligencia emocional y competencias directivas". Comunicación presentada en Iº Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Santiago de Compostela, 20-23 Septiembre, 2000.
- Cooke D, McNally L, Mulligan K, Harrison M, Newman S. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health* 5(2):120-35.
- Estévez, C., Cámara, A., Melchor, D. y Castelló, N. (2015). *Inteligencia Emocional: Programa para niños y niñas de 6 a 11 años*. Editorial CCS.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Caballero, R. (2006). Inteligencia Emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 191-205.
- Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1984). CES, Adaptación Española. Madrid: Sección de Estudios S.A., Universidad Autónoma de Madrid.
- Field, J., y Kolbert, J. (2006). Enhancing Emotional Intelligence in Parents: The Professional School Counselor's Role . In J. Pellitteri, R. Stern, C. Shelton, B. Muller-Ackerman (Eds.), *Emotionally intelligent school counselling*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: como superar la adversidad*.
- Hansen, S., Sanders, S., Scott, M. y Last, C. (1998). Predictors of severity absenteeism in children with anxiety-based school refusal. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(3), 246-254.
- Johnson, G. M. (1998). Students at risk. *School Psychology International*, /9, 221-237.
- López de Arroyabe, E. y Calvete, E. (2013). Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. *Clínica y salud*, 24, 27-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a4>
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.

- Mestre, J. M., Güil, R. y Guillén, C. (2003). Clima familiar e inteligencia emocional percibida. *Encuentros en Psicología Social*, 5, 291-292.
- Moos, R. H., Moos, B. S. y Trickett, E. J. (1995). *Manual de Escalas de clima social* (4ª ed.). Madrid: TEA.
- Páez, D., Fernández, I.; Campos, M.; Zubieta, E. y Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: Socialización, Regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12, 329-341.
- Peinado A, Garcés A. (2004). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*: 14; 83-93.
- Raschke, H.J. y Raschke, V.J. (1979). Family conflict and children's self concepts: A comparison of intact and single-parent families. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 367-374.
- Robin, A.L. y Foster, S.L. (1989). Problem-solving communication training. A behavioural family systems approach to parent-adolescent conflict. En P. Karoly y J.J. Steffen (Eds). *Adolescent behaviour disorder: Foundations and contemporary concerns* (pp.195-240). Lexington, Mass: D.C. Heath.
- Tiwari, P. S. N., y Srivastava, N. (2004). Schooling and Development of Emotional Intelligence. *Psychological Studies*, 49, 151-154

9. APÉNDICES



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2018-2019



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para la participación en el Programa de Potenciación de la Inteligencia Emocional en hermanos de niños con daño cerebral

D. con DNI nº..... y Dña.
..... con DNI nº..... como padre y
madre o tutores legales, de de
..... años de edad, con domicilio en
con DNI nº

DECLARO:

Que el/la Dr./Dra....., me ha explicado
que:

1.- Identificación, descripción y objetivos del procedimiento.

El Hospital XXX realiza investigaciones para estudiar aspectos relacionados con la presencia de

XXX a través de la colaboración con el departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández. El Responsable de este estudio es el Dr. XXX.

Los resultados derivados de dichos proyectos de investigación pueden incluir el desarrollo de guías de práctica clínica que mejoren la decisión ante pacientes en los que se detectan nódulos pulmonares solitarios.

El procedimiento que se me propone consiste en permitir el estudio de mis datos demográficos, clínicos y antecedentes a través de la revisión de historias clínicas y seguimiento de mi evolución mediante cruce con los Registros de Mortalidad de la Comunidad Valenciana y del CMBD, para ser utilizado en el citado proyecto de investigación de aplicación clínica.

2.- Beneficios que se espera alcanzar

Yo no recibiré ninguna compensación económica ni otros beneficios, sin embargo si las investigaciones tuvieran éxito, podría ayudar en el futuro al mejor manejo de estos pacientes por parte de los clínicos responsables, evitando muchas veces el exceso de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o clínicos.

3.- Alternativas razonables

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

4.- Consecuencias previsibles de su realización y de la no realización

Si decido libre y voluntariamente permitir la evaluación de mis datos, tendré derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación, si es que ésta se lleva a cabo.

5.- Riesgos frecuentes y poco frecuentes

La evaluación de mis datos clínicos, demográficos y de antecedentes nunca supondrá un riesgo adicional para mi salud.

6.- Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica personal del paciente y con sus

Circunstancias personales o profesionales
.....

7.- Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos informatizada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

La cesión a otros centros de investigación de la información contenida en las bases de datos y relativa a mi estado de salud, se realizará mediante un procedimiento de disociación por el que se generará un código de identificación que impida que se me pueda identificar directa o indirectamente.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento, si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Yo entiendo que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Otorgo mi consentimiento para que el Hospital XXX y el departamento de XXX de la Universidad Miguel Hernández utilicen mis datos para investigaciones médicas, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Observaciones:

.....
.....

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS PARA INVESTIGACIÓN.**

En de de 20...

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del estudiante