



**UNIVERSIDAD DE PANAMA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSGRADO**  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA ESCOLAR**

**PROGRAMAS DE INTERVENCION EN TECNICAS COGNITIVO -  
CONDUCTUALES EN DOS ESTUDIANTES CON TRASTORNOS  
DE ADAPTACION Y NEGATIVISTA DESAFIANTE  
EN EDUCACION PRIMARIA**

Presentada por  
**ELOISA MASSIEL MORALES DE LEON**  
Psicologa

Panama mayo de 2013



**UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSGRADO  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA ESCOLAR**

**PROGRAMAS DE INTERVENCION EN TECNICAS COGNITIVO -  
CONDUCTUALES EN DOS ESTUDIANTES CON TRASTORNOS  
DE ADAPTACION Y NEGATIVISTA DESAFIANTE  
EN EDUCACION PRIMARIA**

Trabajo de Graduacion  
para optar por el titulo de  
Magistra en Psicología Escolar

Presentada por  
**ELOISA MASSIEL MORALES DE LEON**  
Psicologa

Panama, mayo de 2013

## **Dedicatoria**

*A mi familia que siempre me ha apoyado de forma incondicional para alcanzar mis metas*

## **Agradecimiento**

*A Dios y a la Virgen por siempre estar allí aumentando mis fuerzas*

*A mi profesora asesora Irayda de Palacios por su guía en todo momento*

*A la Hna Anabel Atencion por ser luz en esta investigacion*

## Resumen

La presente investigación nace de la necesidad de estructurar un programa de intervención en técnicas cognitivo-conductual para niños y niñas que presenten Trastorno Negativista Desafiante y de Adaptación, que son comúnmente vistos en nuestras escuelas primarias

Es importante enmarcar la importancia de la estructuración de programas de intervención para los estudiantes panameños que presenten conductas de tipo perturbadoras basados en la Teoría Cognitivo Conductual específicamente en el orden de los negativistas desafiantes el cual es muy común encontrar en nuestras aulas y además deterioran su rendimiento académico como sus relaciones sociales

En la población general los trastornos de adaptación se consideran comunes a pesar de que las tasas de prevalencia varían por población estudiada. El problema mencionado constituye un dilema serio debido a que cada día surgen con mucha frecuencia manifestaciones de los mismos llevando a un empobrecimiento del autoestima, deterioro en las relaciones afectivas y poco aprovechamiento en el área académica

Por lo anterior es imperativo conocer los factores y variables asociados a la presencia de los trastornos de adaptación y negativista desafiante en los niños. Una vez identificados se debe diseñar el programa de intervención que delimiten aquellos factores estrechamente vinculados con el riesgo de padecer el trastorno y poner en práctica el programa de intervención que ayude a mejorar los síntomas de los trastornos mencionados

Para ello se tomó como muestra a dos estudiantes del quinto grado de dos escuelas de la localidad. Se realizó una evaluación antes y después de poner en práctica el programa de intervención y se recogieron los resultados del mismo para determinar la efectividad de este tipo de programa en el manejo de conductas perturbadoras, específicamente con niños negativistas desafiantes y con trastorno de adaptación

Los beneficios que conllevó la puesta en práctica de este programa de intervención mejoró la conducta del menor, tanto el rendimiento académico como las relaciones sociales con su grupo de pares familiares y en toda la comunidad educativa. Y podrá ser utilizado en niños y niñas que presenten características similares a los estudiantes de esta investigación

## Summary

This research stems from the need to structure an intervention program in cognitive-behavioral techniques for children who present Oppositional Defiant Disorder and Adaptation which are commonly seen in our elementary schools

It is important to frame the importance of structured intervention programs for Panamanian students to submit such disturbing behaviors based on Cognitive Behavioral Theory specifically in the order of the naysayers challenging which is very common to find in our classrooms and also impair their academic performance and social relationships

Therefore it is imperative to understand the factors and variables associated with the presence of adjustment disorders and oppositional defiant children. Once identified we must design the intervention program to delineate those factors closely associated with the risk of disorder and implement intervention programs to help improve the symptoms of the disorders mentioned

This was taken as showing two fifth grade students from two local schools. An assessment is made before and after implementing the intervention program and its results collected to determine the effectiveness of this type of program in the management of disruptive behaviors, specifically with children with challenging naysayers adjustment disorder

The benefits that led to the implementation of this intervention program improved the child's behavior both academic performance and social relationships with their peer group family and the entire educational community

## INDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Summary	vi
Capítulo I	10
1 Aspectos Generales	11
1.1 Introducción	11
1.2 Planteamiento del Problema	12
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2 Objetivo Especifico	12
1.4 Justificación	12
1.5 Hipotesis de la Investigación	13
1.6 Delimitaciones y Limitaciones	15
Capítulo II	16
2 Marco Teórico	17
2.1 El Modelo Cognitivo	17
2.2 El Modelo Conductista	19
2.3 Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual	21
2.4 Técnicas de tratamiento en la Terapia Cognitivo-Conductual	32
2.4.1 El modelo A-B-C	32
2.4.2 Debate Cognitivo de Exigencias	33
2.4.3 Inoculación al Estrés	33
2.4.4 Diarios Personales para comprobar los significados subjetivos	33
2.4.5 Psico-educación	34
2.4.6 Métodos afectivos	34
2.4.7 Métodos somáticos	36
2.4.8 Métodos interpersonales	37
	vii

2 4 9	Metodos conductuales	39
2 5	Teoria Cognitivo-Conductual en Niños y Niñas	41
2 6	Tecnicas utilizadas para la elaboracion de los Programas de Intervencion	48
2 6 1	Las Auto-instrucciones	48
2 6 2	El Contrato Conductual	48
2 6 3	Las Tecnicas de Relajacion	49
2 6 4	El Costo de Respuesta	49
2 6 5	Las Habilidades Sociales	49
2 6 6	El Control de Contingencias	50
2 6 7	Resolucion de problemas	50
2 6 8	La Identificacion de Emociones	51
2 7	Programas de Intervencion	51
2 7 1	Programa de Intervencion para Niño con Trastorno Negativista Desafiante	52
2 7 2	Programa de Intervencion para Niño con Trastorno de Adaptacion	57
Capitulo III		56
3	Marco Metodologico	57
3 1	Tipo de Investigacion	57
3 2	Diseño de Investigacion	57
3 3	Poblacion y Muestra	57
3 4	Identificacion de Variables	57
3 5	Definicion Conceptual de las Variables	58
3 6	Definicion Operacional de las Variables	66
3 7	Instrumentos	67
3 7 1	Bateria de Pruebas para determinar Trastorno Negativista Desafiante	67
3 7 2	Bateria de Pruebas para determinar Trastorno de Adaptacion	68
3 8	Procedimiento	69
3 9	Diseño Estadistico	69
Capitulo IV		70
4	Presentacion y Analisis de los Resultados	71

4 1	Estudiante con Trastorno Negativista Desafiante	71
4 1 1	Antecedentes	71
4 1 2	Motivo de la Evaluacion	72
4 1 3	Resultados de la Evaluacion	73
4 2	Estudiante con Trastorno de Adaptacion	79
4 2 1	Antecedentes	79
4 2 2	Motivo de Evaluacion	81
4 2 3	Resultado de la Evaluacion	82
4 3	Resultados despues de puesto en practica los Programa de Intervencion	81
4 3 1	Para el Estudiante con Trastorno Negativista Desafiante	85
4 3 2	Para el Estudiante con Trastorno de Adaptacion	114
Capitulo V		123
5	Conclusiones y Recomendaciones	124
5 1	Conclusiones en el estudiante con Trastorno Negativista Desafiante	124
5 2	Conclusiones en el estudiante con Trastorno de Adaptacion	124
5 3	Recomendaciones para el estudiante con Trastorno Negativista Desafiante	125
5 4	Recomendaciones para el estudiante con Trastorno de Adaptacion	126
ANEXOS		128
BIBLIOGRAFIA		143

**Capítulo I**  
**ASPECTOS GENERALES**

## **1 Aspectos Generales**

### **1.1 Introduccion**

La necesidad de estructurar un programa de intervencion en niños con Trastorno Negativista Desafiante y Adaptacion surge por la poca informacion que se tiene para el manejo correcto de estos niños lo que conlleva a que manifiesten un empobrecimiento en su autoestima, deterioro en sus relaciones afectivas y poco aprovechamiento en su area academica

En el primero de los casos el programa fue realizado para un niño de 11 años con trastorno negativista desafiante, que estudia en una escuela catolica, privada de la localidad y el mismo ha presentado a lo largo de sus años escolares signos marcados de comportamiento inadecuado con su grupo de pares, maestros y familiares. El objetivo del mismo es tratar de proporcionar a la madre, al docente y al menor herramientas (tecnicas cognitivas – conductuales) para mejorar el aprovechamiento de sus habilidades cognitivas y las relaciones sociales con sus familiares, amigos y personal docente.

En el segundo de los casos realizaremos de igual forma un programa de intervencion para un niño de 11 años de una escuela privada que presenta Trastorno de Adaptacion, impidiendo su buen desempeño en areas sociales y academicas.

Dicha investigacion tiene como fin realizar la evaluacion de estos dos estudiantes que confirmen la impresion diagnostica, luego diseñar los programas de intervencion apoyados en tecnicas cognitivo – conductuales para ambos trastornos. Comprobar la efectividad de los mismos y poder brindar estrategias a traves del programa de intervencion en tecnicas cognitivo – conductuales que pueda ponerse en practica con niños y niñas que presenten cuadros similares de conductas inadecuadas.

Nuestras interrogantes para el inicio de la investigacion caerian en saber ¿Que tecnicas cognitivo-conductual se podrian utilizar para la creacion de un programa de intervencion para niños y niñas que presenten trastornos negativista desafiante y adaptacion en Educacion Primaria? Y ¿Cuales podrian ser los efectos que produciria la implementacion de un programa de intervencion para niños que presenten trastornos negativista desafiante y de adaptacion mediante el uso de la tecnica cognitivo-conductual?

## **1 2 Planteamiento del Problema**

¿Que tecnicas cognitivo-conductual se utilizaran para la creacion de un programa de intervencion para niños que presenten trastornos negativista desafiante y adaptacion de Educacion Primaria? ¿Cual es el efecto que produce la implementacion de un programa de intervencion para niños que presenten trastornos negativista desafiante y de adaptacion mediante el uso de las tecnicas cognitivo-conductual?

## **1 3 Objetivos**

### **1 3 1 Objetivo General**

Brindar estrategias a traves de un programa de intervencion en Tecnicas Cognitiva-Conductual en los trastornos negativista desafiante y adaptacion para estudiantes de Educacion Primaria

### **1 3 2 Objetivo Especifico**

Diseñar un programa de intervencion para el manejo de niños con Trastorno Negativista Desafiante y de adaptacion para estudiantes de Educacion Primaria

## **1 4 Justificacion**

Nace la necesidad de estructurar un programa de intervencion para padres docentes y niños con signos del Trastorno Negativista Desafiante y de Adaptacion debido a la poca informacion que se tiene para el manejo adecuado de ellos Y las consecuencias negativas a medio y largo plazo tanto para el niño o adolescente como para la sociedad si no se tratan de forma eficaz

Actualmente en nuestro pais hay pocos estudios al respecto lo que conlleva a que los trastornos de conducta sean un area de alta relevancia tanto para los profesionales de Atencion Primaria como para los de Salud Mental debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias negativas tanto en la esfera familiar como en la academica y social

Dentro de los trastornos de conducta tenemos como patologias mas frecuentes el trastorno negativista desafiante (o trastorno oposicionista desafiante) que aparece sobre todo en la primera infancia La prevalencia de esta patologia es alta registrandose un aumento en los ultimos años que nos ha llevado a cifras alarmantes

En la poblacion general, los trastornos de adaptacion se consideran comunes a pesar de que las tasas de prevalencia varian por poblacion estudiada El problema mencionado constituye un dilema serio debido a la frecuencia de los trastornos que cada dia surgen con

manifestaciones en el empobrecimiento de la autoestima deterioro en las relaciones afectivas y poco aprovechamiento en el area academica

Por lo tanto es imperativo conocer los factores y variables asociados a la presencia de los trastornos negativista desafiante y de adaptacion en los niños Una vez identificados diseñar el programa de intervencion que delimiten aquellos factores estrechamente vinculados con el riesgo de padecer el trastorno

En este caso especifico el programa fue realizado para una madre de un niño de 11 años que estudia en una escuela catolica, privada y el mismo ha presentado a lo largo de su año escolar signos de conducta inadecuada con su grupo de pares maestros y familiares El objetivo del mismo es tratar de ponderar a la madre docentes y al menor para mejorar el aprovechamiento de las habilidades cognitivas del niño mejorar las relaciones sociales con sus familiares, amigos y personal docente

En el segundo de los casos realizaremos de igual forma un programa de intervencion para un niño de 11 años perteneciente al V° grado de una escuela privada que presenta cuadro de posible Trastorno de Adaptacion, impidiendo su buen desempeño en areas sociales y academicas

### **1.5 Hipotesis de la Investigacion**

Se plantean las siguientes hipotesis de trabajo

- El puntaje del cuestionario de Alteraciones del Comportamiento asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecucion del Programa de Intervencion es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa
- El puntaje de la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad en el Area de Impulsividad/Hiperactividad asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecucion del Programa de Intervencion es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa
- El puntaje de la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad en el Area de Deficit de Atencion asignado por los maestros del niño

con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

- El puntaje de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Hiperactividad y Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa
- El puntaje de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Trastorno de Conducta asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa
- El puntaje de la Escala Conners para Padres asignado por los familiares y maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares y maestros del niño posterior al programa
- El puntaje de la Escala Conners para Padres asignado por los familiares del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares del niño posterior al programa
- El puntaje de la Escala Conners para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

## **1.6 Delimitaciones y Limitaciones**

La investigación fue llevada en dos colegios de la ciudad de Panamá, ambos católicos la población observada fue el grupo de V grado de educación primaria y nos basamos en delimitar los factores que impedían en ese momento, para ese grupo de estudiantes el tener un buen desarrollo escolar. Sobresaliendo estos dos estudiantes en los cuales apoyamos nuestra investigación.

Las limitaciones realmente fueron pocas pero significativas fue en el caso del niño que presentó el cuadro propio de un Trastorno Negativista Desafiante, debido al poco apoyo del colegio en que estudiaba el menor. Fue un trabajo arduo que mantuvieron los familiares del niño, para poder llevar lo mejor posible el programa de intervención. Gracias a Dios y al trabajo comprometido de los familiares del niño cumplieron lo mejor posible con el programa y al final del mismo se observaron los cambios de conducta del menor así como el mejoramiento de sus calificaciones.

**Capítulo II**  
**MARCO TEORICO**

## 2 Marco Teorico

Como inicio de este capitulo enunciaremos primeramente los modelos que forman la terapia cognitivo-conductual (modelo cognitivo y modelo conductual) para luego detallar propiamente la terapia que nos atañe en esta investigacion

### 2.1 El Modelo Cognitivo

La terapia cognitivo-conductual se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias por identificar y modificar las distorsiones o los deficits que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo. Sobre la base en gran medida de la obra de Aaron Beck, el modelo que aparece en la figura 1 resume esquematicamente la forma en que los procesos cognitivos disfuncionales cristalizan, se activan y afectan la conducta y las emociones, es decir, lo que hacemos y lo que sentimos.

El modelo sugiere que las primeras experiencias y la educacion temprana conducen al desarrollo de una forma bastante fija y rigida de pensar. La informacion y las experiencias novedosas se evaluan a la luz de estas creencias y esquemas nucleares: "Tengo que triunfar" y en lo sucesivo la informacion que contribuye a reforzar y mantener estas creencias es convenientemente seleccionada y filtrada.

Las creencias y esquemas nucleares son desencadenados o activados por acontecimientos importantes, por ejemplo, *llegada de los exámenes*, lo cual conduce a una serie de supuestos en consecuencia: *para sacar una buena nota tendre que pasarme el dia entero estudiando*. Ello a su vez genera toda una corriente de pensamientos automaticos relacionados con la persona en particular: *La unica explicacion es que soy un tonto*, con su rendimiento: *No me estoy esforzando lo suficiente* y con el futuro: *Jamas conseguire aprobar estos exámenes y no podre ir a la universidad*, conocidos comunmente como la triada cognitiva. A su vez, estos pensamientos automaticos pueden generar una serie de cambios emocionales (ansiedad, tristeza), cambios conductuales (no salir de casa, quedarse estudiando todo el tiempo) y cambios somaticos (perdida del apetito, alteraciones del sueño).

Creencias/esquemas cognitivos nucleares cristalizadas durante la niñez a partir de una serie de experiencias

Sucesos importantes activan las creencias/esquemas cognitivos nucleares.

Las creencias/esquemas cognitivos nucleares desencadenan unos supuestos cognitivos.

Los supuestos generan pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos inducen una serie de respuestas:

- Respuestas Emocionales
- Respuestas Conductuales
- Respuestas Somáticas

**Figura No.1. El Modelo Cognitivo**

## 2.2 El Modelo Conductista

Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas.

En 1949 se desarrolló la conferencia Boulder donde se definió el papel del psicólogo clínico. Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares tales como fiabilidad baja, efecto de "marca" negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología, y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento como por ejemplo escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento.

A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta:

- En Inglaterra H. J. Eysenck (1952) publica su ácido artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofarmacos). Este autor siguió la tradición de Pavlov basó su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología.
- Desde Suráfrica, Wolpe (1958) desarrolló un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis basado en el condicionamiento clásico y en la "*desensibilización sistemática*". Este autor mostró en sus obras que esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis.
- El tercer foco deriva de los EE.UU. de la obra de B.F. Skinner basada en el condicionamiento operante que se aplicó con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

En 1959, Eysenck introdujo el término "*terapia de conducta*" para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento.

En la década de 1960 Bandura (1969) desarrolló el tercer tipo de aprendizaje humano relevante *el aprendizaje por imitación o modelado*. De forma general se generan así dos grandes corrientes en la terapia de conducta

- Los psicólogos abanderados por Wolpe y los seguidores de Skinner que rechazan los términos mentalistas y apoyan la suficiencia del condicionamiento para la explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos
- Los psicólogos seguidores de Eisner que aun reconociendo la importancia del condicionamiento, ven insuficiente el papel de los factores biológicos para abordar los problemas psíquicos

Actualmente la terapia o modificación de conducta tiene aplicación en un rango muy amplio de problemas tales como neurosis, depresión, trastornos de pareja, toxicomanías, trastornos psíquicos infantiles, medicina, entre otras y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental

Los postulados básicos del modelo conductual de Kazdin (1975) y Skinner (1975) son

- La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente
- La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias
- La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta
- La conducta puede ser manifiesta con actos motores y conducta verbal o encubierta con pensamientos, imágenes y actividades fisiológicas. Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta
- El estudio del sujeto consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta

- El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales como se suele malinterpretar sino mas bien los considera actividad mental actividades conductuales conducta (Skinner 1974)
- La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a traves de la conducta manifiesta La conducta manifiesta no esta causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en funcion de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia les actuales
- El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente y le informa de sus intervenciones de las que suele pedir consentimiento La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta Los terapeutas de conducta estan profundamente interesados en mantener una adecuada relacion terapeutica con sus clientes

En los años setenta comienzan a ponerse en tela de duda la eficacia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales como el paradigma A-B-C por las siglas de Acontecimiento-Cognicion-Consecuencia creado por Ellis (1962) los enfoques cognitivos de la depresion de Beck (1966) los metodos de inoculacion al estres de Meichenbaum (1977) y la teoria de las expectativas de auto-eficacia de Bandera (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social

Tomando en cuenta lo antes señalado se considera para esta investigacion adoptar la Teoria Cognitivo-Conductual para obtener un alto pronostico en la ejecucion del programa en niños que presenten Trastorno Negativista Desafiante y de Adaptacion

### **2.3 Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual**

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana hacer pensar y sentir (Mahoney 1991) Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto para los cognitivistas, el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que "como tu piensas tu sientes y actúas" Finalmente para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso

El estudio de las experiencias privadas de las personas fue uno de los temas centrales de los orígenes de la psicología científica desde Wundt, sin embargo dependiendo de la concepción de la ciencia y de la psicología, este tipo de estudio ha estado inicialmente considerado como objeto de investigación científica luego apartado por el conductismo y a partir de la segunda mitad de este siglo se produce lo que muchos han denominado la revolución cognitiva con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico

Los elementos más relevantes que han catalizado el surgimiento y expansión de la Terapia Cognitivo-Conductual en los años 60 se observan en la figura 2. Al mismo tiempo podemos considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las Terapias Cognitivo-Conductuales. Primeramente la complejidad de los problemas de los clientes, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja. Esto es una de las consecuencias de la adquisición del rol del psicólogo escolar como terapeuta, ampliar su campo de intervención como por ejemplo el clínico, el comunitario, la salud mental, la psicología de la salud, la infanto-juvenil, la vejez, etc.

En segundo lugar un psicólogo escolar puede considerar la posibilidad empírica de tomar o no en consideración los constructos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, etc. la gran mayoría inobservables pero la realidad nos enseña que están presentes en la intervención que se usan y que se trabaja con ellos a lo largo de cualquier intervención terapéutica, insistiendo la terapia cognitiva en que estos elementos encubiertos, las cogniciones por ejemplo, son elementos causales de la conducta manifiesta.

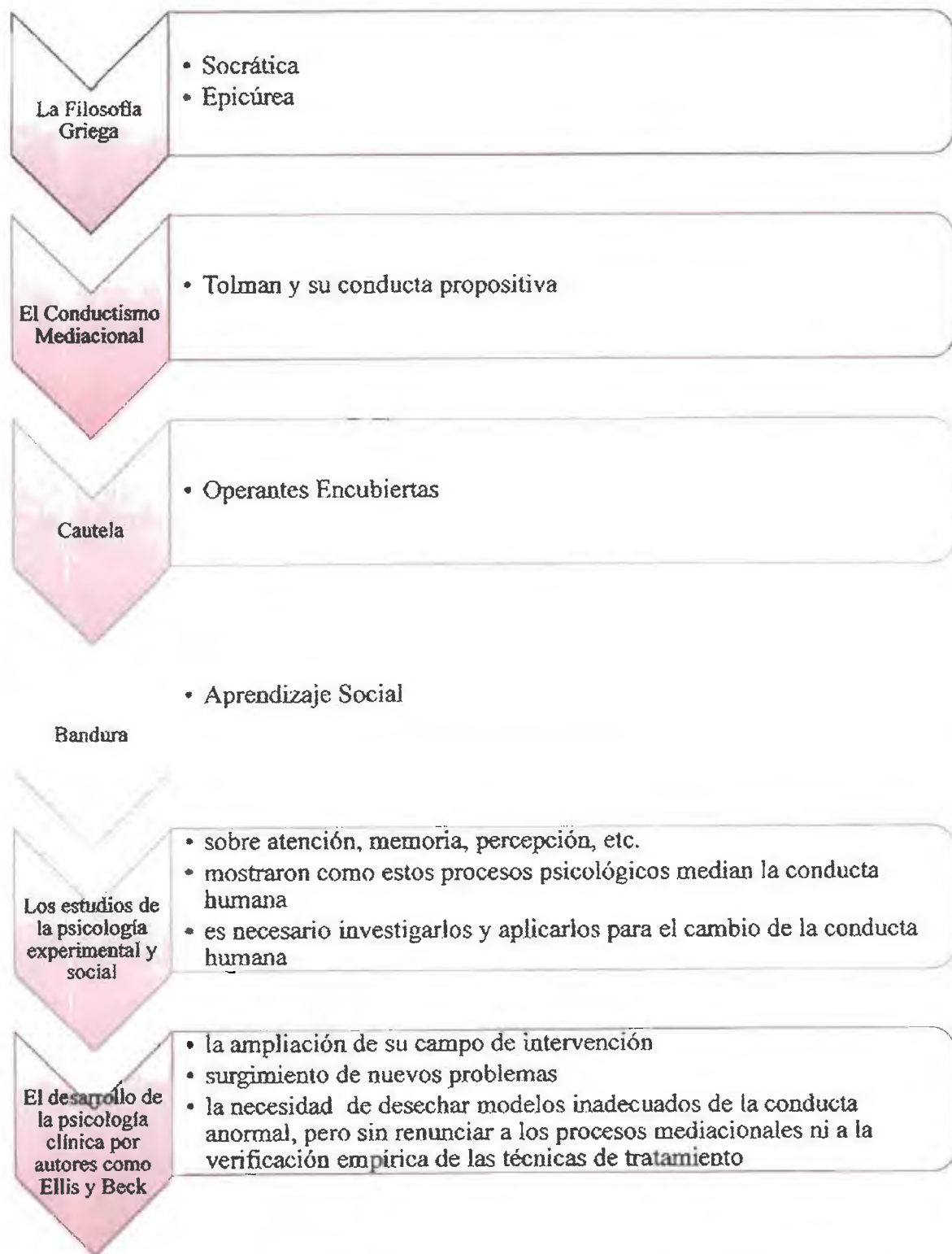


Figura No.2. Los elementos más relevantes que influyeron en la Terapia Cognitivo-Conductual en los años 60.

En tercer lugar la psicología experimental ha mostrado que muchos de estos constructos que a partir de Watson (1913) y su famosa declaración sobre el objeto y método de estudio de la psicología fueron eliminados como objeto de estudio también pueden estudiarse a través de distintas tareas o de las verbalizaciones del sujeto. Con ello se abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta, la mente en sentido popular, aunque esta dicotomía se ha mantenido y se mantendrá durante mucho tiempo al tener una fuerte carga filosófica (Rachlin 1994).

En cuarto lugar, la mayor comodidad del escolar de trabajar en un modelo teórico que reconozca la viabilidad de utilizar al mismo nivel, o en distintos niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta y, dentro de esta, reconocer la utilidad de los pensamientos, sentimientos, creencias, etc. como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión.

En quinto y último lugar, la que quizás sea la mejor explicación del gran auge de las Terapias Cognitivo-Conductuales, dado que la psicología es una ciencia joven de solo 100 años, es que aun no tiene claramente establecidos sus pilares esenciales, aunque una parte de los mismos hoy ya están claros, por ejemplo, los procesos de aprendizaje, los procesos de atención, retención y memoria, el proceso de socialización y desarrollo evolutivo, entre otros.

Algunos de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las Terapias Cognitivo-Conductuales fueron la publicación del libro de Ellis (1962) titulado *Razon y emoción en psicoterapia* y la publicación del artículo de Beck (1963) titulado *Thinking and depression (El pensamiento y la depresión)*, el cual es otro hito precursor del surgimiento de la Terapia Cognitiva. Años después, a mediados de los 70, se publican los primeros manuales sobre las Terapias Cognitivo-Conductuales de Mahoney en 1974, de Meichenbaum en 1977 y el manual de Kendall y Hollon en 1979. También se publica el Manual de Tratamiento de Beck, Rush, Shaw y Emery en 1979 aplicando la Terapia Cognitiva a la depresión, produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación.

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de *cognición*. Para Beck (1979), una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en

experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto, por tanto las cogniciones están supeditadas a estos esquemas. Sin embargo, Marzillier (1980) distinguió tres elementos de la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas.

Los *eventos cognitivos* son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de conciencia (Marzillier, 1980) que son identificables conscientes. Incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los *procesos cognitivos* atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980), lo que supone el modo en que nosotros automáticamente o inconscientemente procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas. Finalmente, las *estructuras cognitivas* son características cognitivas generales como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Meichenbaum, 1985).

Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que este implícito u operando a un nivel inconsciente, siendo altamente interdependiente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencias que influyen en el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada. Para la Terapia Cognitiva es necesario conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona y la modificación de estos cuando son disfuncionales. Los procesos cognitivos van a constituir el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como cambios conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto.

Meichenbaum (1993) analiza las tres metáforas que se han utilizado para explicar el rol que las cogniciones juegan para el cambio de conducta: como son la cognición como una forma de condicionamiento, procesamiento de información y construcción narrativa. Esto explica la conceptualización de la cognición desde una perspectiva de condicionamiento, como propuso Homme (1965) o Cautela (1973), a una perspectiva donde se hace el símil de la

mente como un computador y la perspectiva más reciente la constructivista, en la que se entiende que el cliente es un arquitecto y constructor de su ambiente y por tanto, de su realidad personal y de sus modelos representacionales del mundo

Existe un gran número de Terapias Cognitivo-Conductuales (cfr Dobson, 1988 McMullin 1986) que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas comportamentales. Se han hecho varias clasificaciones de las Terapias Cognitivo-Conductuales. Una de las más influyentes ha sido la de Mahoney y Arnkoff (1978) quienes las dividieron en tres grandes grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas.

Dentro de las primeras incluyeron la Terapia Racional-Emotiva de Ellis, el Entrenamiento Auto-Instruccional de Meichenbaum, la Terapia Cognitiva de Beck y la Reestructuración Racional-Sistemática de Goldfried.

Para las terapias de afrontamiento están el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Sumn y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.

Con respecto a las terapias de solución de problemas incluyeron tres: la Terapia de Solución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried, la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure y la Ciencia Personal de Mahoney.

Posteriormente Hollon y Beck (1986) sugirieron tres categorías para clasificar las Terapias Cognitivo-Conductuales: las que enfatizan la racionalidad, como la Terapia Racional-Emotiva de Ellis; las que enfatizan el empirismo, como la Terapia Cognitiva de Beck; y los procedimientos que enfatizan la repetición, como el Entrenamiento en inoculación de Estrés.

Años después Hollon y Beck (1994) apuntaron la Terapia Racional Emotiva de Ellis la Terapia Cognitiva de Beck el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum y la Terapia de Solución de Problemas de D. Zurilla como las más relevantes

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Kaplan *et al* 1995). La TCC se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas lo que sentimos y lo que hacemos constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones lo que pensamos y en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar sentir y actuar (Kendall 1991)

La TCC incluye los elementos esenciales tanto de las Teorías Cognitivas como de las Teorías Conductuales Kendall y Hollon (1979) la definen como

*una terapia que pretende preservar la eficacia de las técnicas conductuales si bien dentro de un contexto menos doctrinario que incluye las interpretaciones cognitivas que realiza el niño además de sus atribuciones acerca de los acontecimientos. Existe un creciente interés por la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) a niños y adolescentes*

Este interés que se ha visto alentado por toda una serie de estudios que concluyen que la TCC constituye una intervención terapéutica prometedora y eficaz para el tratamiento de los problemas psicológicos infantiles (Kazdin y Weisz 1998 Roth y Fonagy 1996 Wallace *et al* , 1995)

Entre otros aspectos la TCC ha demostrado ser eficaz aplicada al tratamiento de los trastornos por ansiedad generalizada (Kendall 1994 Kendall *et al* 1997, Silverman *et al* 1999) los trastornos depresivos (Harrington *et al* , 1998, Lewinsohn y Clarke 1999), los problemas de relación y la fobia social (Spence y Donovan 1998 Spence *et al* 2000) las fobias simples (Silverman *et al* 1999b), el absentismo escolar (King *et al* 1998) y los abusos sexuales (Cohen y Mannarino 1996 1998), así como en la forma de afrontar y de sobrellevar el dolor (Sanders *et al* 1994). Se ha aducido igualmente que la TCC genera efectos positivos en otra serie de problemas que aparecen en los adolescentes como son los

trastornos de conducta (Herbert, 1998) los trastornos de la alimentacion (Schmidt 1998), los trastornos por estres postraumatico (March *et al* 1998 Smith *et al* 1999) y los trastornos obsesivo-compulsivos (March 1995, March *et al* 1994)

Los fundamentos teoricos de la TCC han venido evolucionando en virtud de la influencia de una serie de importantes investigaciones y es conveniente resaltar algunos de los conceptos y modelos claves que han contribuido a consolidar y darle forma a la misma (ver figura 3)

Una de las primeras influencias es la de Pavlov y el condicionamiento clasico Pavlov contribuyo a clarificar que en virtud de sucesivos apareamientos las respuestas que se producian de forma natural (la salivacion) podian ser asociadas (es decir condicionadas) a unos estmulos especificos (el sonido de una campana) La investigacion de Pavlov demostro que las respuestas emocionales (el miedo) podian ser condicionadas en virtud de acontecimientos y situaciones especificos

Wolpe (1958) aplico el condicionamiento clasico a la conducta humana y los problemas clinicos y desarrollo el procedimiento conocido como desensibilizacion sistematica Mediante el apareamiento de estmulos que inducen miedo con un segundo estmulo que genera una respuesta antagonica (a saber, la relajacion) es posible inhibir reciprocamente la respuesta del miedo En la actualidad el procedimiento se utiliza ampliamente en la practica clinica e incluye la exposicion gradual en vivo y en la imaginacion a una serie jerarquizada de situaciones temidas al tiempo que manteniendo la respuesta de relajacion

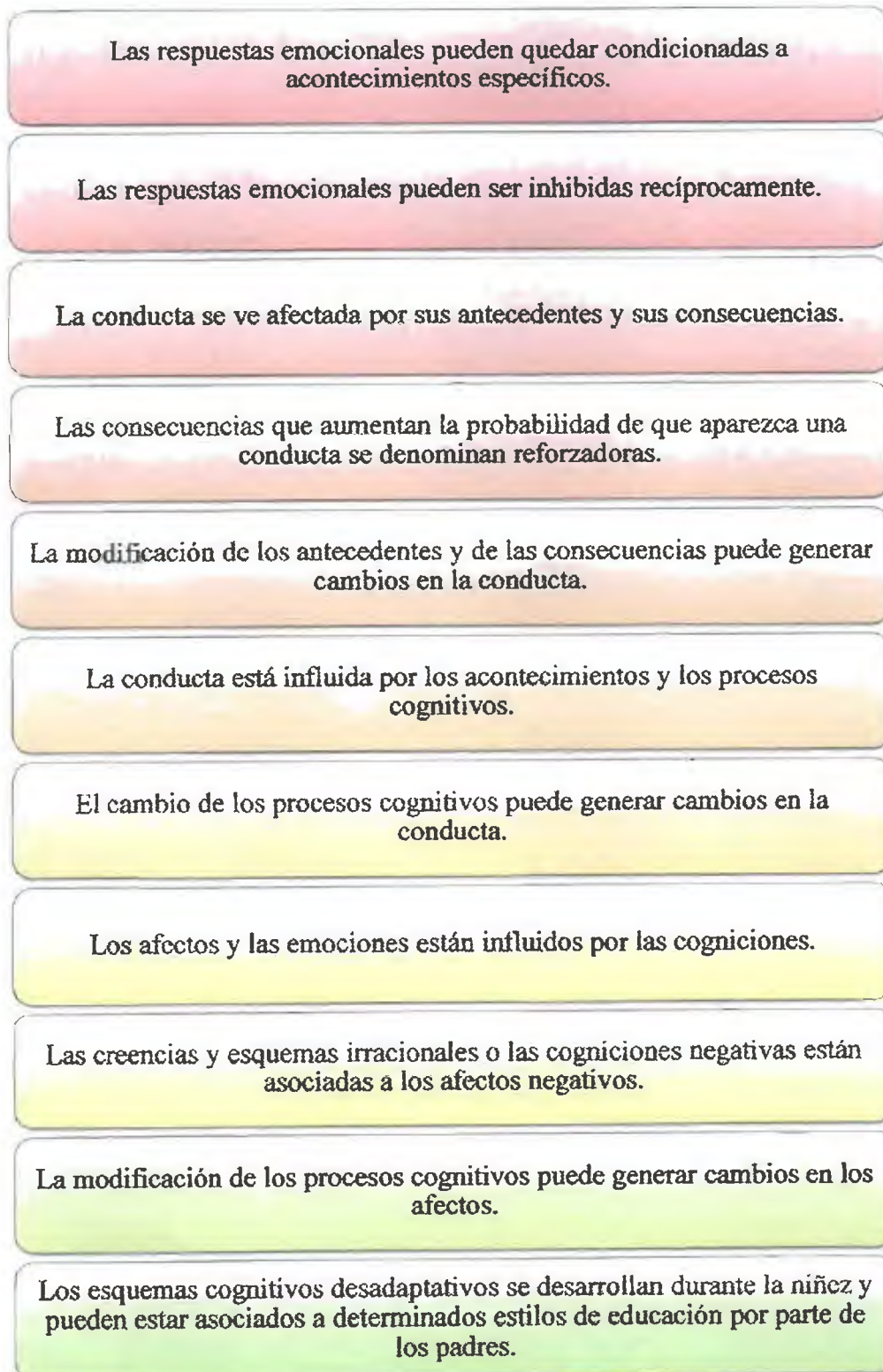


Figura No.3. Conceptos, influencias y modelos claves que han contribuido a consolidar y darle forma a la Terapia Cognitivo-Conductual.

La segunda mayor influencia conductual la constituye la obra de Skinner (1974) que subraya el importante papel de las influencias ambientales sobre la conducta. A ello se lo conoce como condicionamiento operante, el cual se centra en la relación existente entre los antecedentes (las condiciones del contexto), las consecuencias (el refuerzo) y la conducta. En esencia, si una determinada conducta aumenta su frecuencia por el hecho de venir seguida de unas consecuencias positivas o de no venir seguida de unas consecuencias negativas, en tal caso decimos que dicha conducta ha sido o ha quedado reforzada.

Una importante ampliación de la terapia conductual con objeto de explicar el papel mediador de los procesos cognitivos fue desarrollada por Albert Bandura (1977) y su teoría del aprendizaje social. No deja de reconocerse la importancia del entorno, al tiempo que se subraya el efecto mediador de las cogniciones que intervienen entre los estímulos y la respuesta.

La teoría de Bandura enfatiza que el aprendizaje puede tener lugar en virtud de la observación de alguna otra persona, al tiempo que propone un modelo de autocontrol basado en la auto-observación, la autoevaluación y el auto-refuerzo.

El interés suscitado por las cogniciones recibió nuevos impulsos a partir de los trabajos de Meichenbaum (1975) y el entrenamiento en auto-instrucciones. Este modelo subraya la idea de que gran parte de la conducta está bajo el control de los pensamientos o de los diálogos internos. La modificación de las auto-instrucciones puede conducir a desarrollar unas técnicas de autocontrol más apropiadas.

El modelo de Meichenbaum adopta una perspectiva evolutiva y pone de manifiesto el proceso mediante el cual los niños aprenden a controlar su conducta. Propone como resultado la descripción de un proceso en cuatro pasos que incluye observar a otra persona realizando una tarea, ser guiado verbalmente por otra persona durante la realización de la misma tarea, hablarse a sí mismo en voz alta durante la realización de la tarea, y finalmente susurrarse en voz baja y para sí las instrucciones hasta acabar por interiorizarlas.

El vínculo existente entre las emociones y las cogniciones fue subrayado por Albert Ellis (1962) en la llamada terapia racional-emotiva. El modelo de Ellis propone que la emoción y

la conducta se derivan de la forma en que se interpreta lo que sucede más que de lo que suceda en sí mismo o del acontecimiento *per se*. Según este modelo los sucesos activadores (A, *activating events*) se valoran a la luz de las creencias (B *beliefs*) lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales (C, *consequences*). Las creencias pueden ser racionales o irracionales, y las creencias irracionales tienden a suscitar y perpetuar los estados emocionales negativos.

El papel de las cogniciones desadaptativas y distorsionadas en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión fue analizado a lo largo de la obra de Aaron Beck, culminando en la publicación de *Cognitive Therapy for Depression* (Terapia cognitiva de la depresión). El modelo de Beck (Beck, 1976, Beck *et al.*, 1979) propone que los pensamientos desadaptativos respecto de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada triada cognitiva) inducen distorsiones cognitivas que generan sentimientos negativos. El modelo presta una atención particular a los llamados supuestos o esquemas nucleares, esto es, a las creencias fijas que se desarrollaron y consolidaron durante el transcurso de la niñez y en relación con las cuales se evalúan los acontecimientos. Una vez activadas estas creencias fijas generan una serie de pensamientos automáticos.

Los pensamientos y creencias automáticos pueden a su vez estar sujetos a una serie de distorsiones o errores lógicos, lo que contribuye a asociar un mayor número de cogniciones negativas al estado de ánimo deprimido.

La relación existente entre los procesos cognitivos y otros estados emocionales y problemas psicológicos, además de la depresión, se encuentra actualmente bien documentada (Beck *et al.* 1985, Hawton *et al.*, 1989).

Intereses más recientes han llevado a profundizar en el papel desempeñado por las creencias y los esquemas en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos. Ello queda resumido en la labor consagrada al estudio de los esquemas cognitivos desarrollada por Young (1990) quien propone que los esquemas desadaptativos que cristalizaron durante el transcurso de la niñez desembocan en unas pautas contraproducentes de conducta, las cuales se repiten una y otra vez a lo largo de la vida.

Los esquemas desadaptativos estarían asociados a unos determinados estilos de educación por parte de los padres, y se ven impulsados en el caso de que las necesidades emocionales esenciales del niño no sean satisfechas. Existe evidencia a favor de la existencia de 15 esquemas principales (Schmidt *et al* 1995)

## **2.4 Técnicas de tratamiento en la Terapia Cognitivo-Conductual**

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales

- **Técnicas Cognitivas** Facilitan la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez
- **Técnicas Conductuales** Proporcionan experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades

### **2.4.1 El modelo A-B-C**

Las terapias cognitivas parten del modelo de que las personas no reaccionan a los acontecimientos en sí mismos sino al significado que se les otorga a aquello subjetivamente

El modelo A-B-C supone que el niño está respondiendo a tres cuestiones de significado: "¿qué significa para mí lo ocurrido? (Significado de A) ¿Cómo me veo a mí mismo/a ante todo esto? (Significado de nexo A-C) ¿Qué me ocurre y qué significado tiene para mí? (Significado de B)

El modelo A-B-C fue introducido en la psicoterapia por Albert Ellis (1962) en su Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

## **2 4 2 Debate Cognitivo de Exigencias**

Los significados personales pueden adoptar la forma de actitudes inflexibles y exigentes que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas personales. Ellis y su R.E.C.T. proponen identificar esas exigencias, calibrar sus consecuencias negativas, diferenciarlas de las preferencias personales y reducir su influencia mediante el uso de su cuestionamiento filosófico (método socrático) y empírico (búsqueda de evidencias).

El cuestionamiento de las exigencias se potencia con otras tareas emocionales (p.e. la imaginación racional emotiva, el diálogo de las dos sillas: una con la actitud de exigencia y la otra con la preferencia) y conductuales (p.e. el afrontamiento de situaciones que se perciben como intolerantes).

## **2 4 3 Inoculación al Estrés**

Este procedimiento se emplea para reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes ante situaciones concretas. Primero se lista los pensamientos y significados personales asociados a esas situaciones de estrés y ansiedad. Posteriormente se le enseña un procedimiento de relajación. En el tercer paso se elabora una jerarquía de situaciones activadoras y se eligen pensamientos alternativos de afrontamiento de las mismas. El cuarto paso consiste en un ensayo cognitivo-imaginario de la jerarquía desde niveles más fáciles a más difíciles con la relajación y los pensamientos de afrontamiento. El último paso consiste en afrontar las situaciones en la realidad.

## **2 4 4 Diarios Personales para comprobar los significados subjetivos**

En determinados sujetos puede ser más efectivo comprobar el funcionamiento real de sus significados personales disfuncionales que cuestionarlos mediante el diálogo socrático. Para ello el terapeuta puede diseñar una hoja, donde en su encabezado está escrito el significado disfuncional (p.e. "Soy un tonto, todos se burlan de mí") y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente (p.e. familia, trabajo, amigos, ocio) donde el paciente debe recoger datos que desconfirмен ese significado.

De esta manera el sujeto puede por si mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana

#### **2 4 5 Psico-educacion**

Las terapias cognitivas han otorgado gran importancia a explicar a los pacientes los principios y reglas de sus terapias y procedimientos, buscando la colaboracion activa de los pacientes en ellas. En los ultimos años se ha añadido tambien la necesidad de explicarles a los pacientes y sus allegados el conocimiento actual sobre determinados trastornos mentales y el manejo de ciertos factores para su mejor pronostico. El terapeuta explica y enseña al paciente y familiares a como manejar ciertos aspectos del trastorno en cuestion como el uso-seguimiento adecuado de la medicacion, señales de recaída, estilos de comunicacion adecuados con el paciente y la resolucion de problemas frecuentes.

#### **2 4 6 Metodos afectivos**

Entre los que cabe mencionar

##### **2 4 6 1 Focalizacion**

Esta tecnica se emplea para simbolizar significados de experiencias emocionales que parecen poco claro. Cuando el sujeto presenta un estado de animo o situacion donde presenta un malestar dificil de definir por el mismo puede ser invitado a focalizar su experiencia interna. Primero se induce un estado de relajacion y tranquilidad y se invita al sujeto a recorrer sus experiencias internas poniendose poco a poco en contacto con ellas sin ponerle nombre. Una vez sumergido y en contacto con estas experiencias buscara un nombre o adjetivo para las mismas.

Tratara de comparar la simbolizacion por ese nombre-adjetivo con su misma experiencia hasta que encaje bien para el. Una vez en este punto y habiendo emergido nuevos significados se puede hacer preguntas sobre los mismos (p.e. "¿Que dice esto sobre mi vida? ¿Que podria hacer ante esto?, Etc.)

### **2 4 6 2 Induccion de escenas cargadas afectivamente**

Ensayos cognitivos e imaginarios haciendo describir la escena donde se produjo una reaccion o conducta del sujeto de tipo afectivo y relevante sus sentimientos y sensaciones corporales y la cadena de auto dialogo interno de manera pausada como a camara lenta, pueden facilitarle al sujeto la toma de conciencia de los significados otorgados a distintas situaciones donde este ha actuado de manera impulsiva exagerada o en "acting out"

Tambien se puede regresar en estado de relajacion a escenas del pasado relevantes usando el mismo procedimiento o introducir secuencias de reacciones alternativas y su visualizacion

La Imagen Racional Emotiva (Maultby 1971) usada en las intervenciones de la R E C T de Ellis emplea a fondo la induccion de escenas cargadas afectivamente tanto para la identificacion de significados disfuncionales como para sus alternativas mediante la induccion de reacciones emocionales extremas y posteriormente de otras mas moderadas

Greenberg y cols (1996) usan la induccion de escenas sobrecargadas afectivamente para facilitar el acceso o conciencia de significados ante reacciones del sujeto vividas como exageradas e impulsivas sin conciencia del motivo de las mismas

### **2 4 6 3 Silla vacia**

Se pide al sujeto que se siente en una silla y frente a él está otra vacía, que puede representar a una persona significativa de su vida o también un aspecto distinto de él mismo. Se trata de establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto entre los polos contrapuestos del sujeto: desbloquear la expresión de deseos ante auto exigencias personales o elaborar asuntos irresueltos y no terminados del pasado (p.e. duelo). El terapeuta puede ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce.

La silla vacía también puede ser empleada para contraponer significados disfuncionales (p.e. una exigencia perfeccionista) con significados alternativos (p.e. derecho a cometer errores).

La técnica de la silla vacía fue creada por Perls en su terapia Gestalt. Han sido desarrollados por los modernos enfoques cognitivos-experienciales (Greenberg y cols 1996) para afrontar significados y experiencias contrapuestas en las personas de manera vivencial y directa.

## **2 4 7 Metodos somaticos**

### **2 4 7 1 Relajacion**

Consiste en una serie de ejercicios centrados en la distensión muscular y el control respiratorio adecuado. Hay muchos métodos de relajación. En la clínica el más habitual es el método de Jacobson, centrado en la relajación progresiva muscular: primero tensando y después destensando varios grupos musculares, y el método de Schultz que se basa en una relajación más mental induciendo sensaciones de calor, pesadez, ritmo cardíaco, etc.

La relajación se emplea en la reducción de la ansiedad, por lo que suele formar parte de las estrategias generales del afrontamiento de los trastornos de ansiedad. También usa con profusión en los trastornos psicósomáticos y el alivio del dolor asociado a enfermedades o cirugía.

### **2 4 7 2 Hipnosis**

La hipnosis supone habitualmente la inducción previa de la relajación continuada con fijación en sensaciones corporales y sensoriales y la repetición monótona de frases sugestivas. Una variante es el autohipnosis donde el sujeto aprende a inducirse el mismo estado hipnótico. Hay muchos formatos de hipnosis (uno de los más famosos es la técnica de Erickson que emplea la hipnosis como intervención paradójica). Las técnicas cognitivas pueden ser asociadas a la hipnosis para ser practicadas como autoinstrucciones o significados alternativos. La aplicación de la hipnosis abarca el campo de los trastornos disociativos, los trastornos de ansiedad, el manejo del dolor asociado a enfermedad y cirugía y otras áreas.

### **2 4 7 3 Consejo medico**

El manejo de distintos trastornos con componentes somaticos la dieta nutricion y uso de psicofarmacos, suele ser competencia del medico y otros sanitarios El seguimiento de las prescripciones medicas aumenta cuando el clinico evalua y conoce el modelo de enfermedad del paciente, el significado subjetivo de esta y los factores que pueden aumentar su motivacion para el seguimiento correcto del tratamiento Un objetivo basico de la P C U en urgencias relacionadas con el curso de trastornos cronicos (p e trastorno bipolar) es la psico-educacion del paciente en su propia vulnerabilidad personal y su manejo

### **2 4 7 4 Psicofarmacos**

Los psicofarmacos como facilitadores pueden reducir la ansiedad la desorganizacion del pensamiento y la depresion extrema, facilitando el acceso del sujeto a la psicoterapia Como afirman Bellack y Siegel (1986) la combinacion de psicofarmacos y psicoterapia es util siempre que la proporcion de las dosis de medicacion no interfiera con la motivacion y los procesos cognitivos del sujeto de cara a la psicoterapia, permitiendole participar en ella

## **2 4 8 Metodos interpersonales**

### **2 4 8 1 Entrevista y orientacion familiar**

En determinados casos es importante contar con la evaluacion del funcionamiento y apoyo familiar con relacion a la urgencia El paciente y su urgencia pueden formar parte de un problema mas global de su sistema familiar, donde el mismo puede estar jugando un papel de paciente identificado para desviar otras cuestiones aun mas problematicas que podrian desestabilizar su grupo de referencia Por otro lado el estres familiar y las "emociones expresadas" en el mismo pueden afectar al transcurso y las hospitalizaciones por urgencias de determinados trastornos como la esquizofrenia

En los casos anteriores habra que contar con la posibilidad de contar con los familiares implicados, invitando a aquellos interesados a la terapia (no se sostiene la rigidez de todos o ningunos de las antiguas terapias familiares) En estos casos es importante detectar tanto las secuencias de relacion entre ellos como los significados que otorgan a la urgencia En el

contexto de la P C U el terapeuta puede proponer intervenciones cortas y focales a los problemas presentados orientar a la familia (psico-educacion) y mostrarle el manejo de ciertos problemas (consejo conductual)

#### **2 4 8 2 Entrevista y orientacion de pareja**

El formato de la P C U suele ser mas corto de lo que permitiera una terapia de pareja por lo que las intervenciones en este ambito son centrar exclusivamente en torno a la activacion de la urgencia y su manejo

El terapeuta tratara en estos casos de evaluar la relacion entre la urgencia y ciertos problemas del funcionamiento de la pareja Prestara especial atencion a los llamados "nudos sistemicos" (Procter 1981 1987) o secuencias de significados y acciones disfuncionales entrelazadas de la pareja

Por ejemplo un marido depresivo puede sostener la construccion de significado personal siguiente "Mi mujer trabaja demasiado y en casa se dedica a los niños Me dedica poco tiempo a mi" seguido de acciones como decirle a su esposa que trabaje menos y que dediquen mas tiempo a salir fuera de casa La esposa paralelamente, sostiene el significado siguiente "Solo quiere estar tranquilo y me ayuda poco en casa con los niños Quiero descansar los fines de semana en casa" seguido de acciones como decirle a su marido que dedique mas tiempo a los niños y a estar en casa los fines de semana Las acciones y significados de ambos se refuerzan y retroalimentan mutuamente

El terapeuta mostraria a la pareja, por ejemplo por esquemas dibujados o por rol playing el nudo sistemico, y sugiere alternativas al mismo

#### **2 4 8 3 Consejo conductual para familiares**

En casos de problemas infantiles, enfermedades cronicas con situaciones de urgencias y otros trastornos a menudo la familia solicita o necesita una guia para entender lo que esta sucediendo y/o manejar problemas inmediatos El terapeuta informa y muestra a la familia aspectos del problema y manejo de ciertos ambitos del mismo Para ello usa tanto la psico-educacion como la guia en estrategias conductuales para la resolucion de ciertos problemas

Por ejemplo los padres pueden ser aconsejados en el manejo de las conductas depresivas y de llanto de su hijo aprendiendo a reforzar diferencialmente ciertas conductas que disminuyan el afecto depresivo. La familia del sujeto psicótico puede ser informada de "como hablarle" al paciente etc

#### **2 4 8 4 Observacion participante**

El psiquiatra interpersonal Sullivan (1953) concedio gran importancia al uso de la relacion terapeutica con el fin de evaluar y producir cambios significativos en el paciente. Safran y Segal (1994) han ampliado estas estrategias. La observacion participante permite al terapeuta sentir el influjo relacional del paciente y observar como participa en esa relacion. Consiste en tres pasos

En primer lugar el terapeuta debe atender a sus propios sentimientos y tendencias a la accion ("¿Como me siento ahora con este paciente, que me veo impulsado a hacer?") En segundo lugar trata de identificar los llamados "marcadores interpersonales" es decir las conductas en la sesion que suscitan sus reacciones y en tercer lugar trata de desengancharse de ese influjo dejando de emitir respuestas complementarias al esquema interpersonal del paciente y meta-comunicando ese influjo en forma de hipotesis. En la P C U se puede emplear la observacion participante en el manejo de la urgencia, cuando el paciente parece presentar pautas relacionales disfuncionales que podrian reflejar su esquema interpersonal de relacion con otros significados

#### **2 4 9 Metodos conductuales**

##### **2 4 9 1 Ensayo, Modelado y Roll Playing**

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento incluyendo todas las citadas en los otros metodos multimodales puede ser mas efectivo si el terapeuta hace de modelo progresivo de la tarea a llevar a cabo. hace que el sujeto la repita, instruyendole en sus pasos, propone acercamientos progresivos a la misma desde paso mas faciles a dificiles anima y refuerza los progresos y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo

A veces el ensayo puede ser imaginario (ensayo cognitivo) centrado en el afrontamiento de escenas futuras posibles o haciendo que este ejecute ciertas conductas en vivo en la sesión (ensayo conductual) al simular una situación representada. Las técnicas Psico-dramáticas pueden combinarse perfectamente con el ensayo modelado y roll playing.

#### **2 4 9 2 Exposición-desensibilización sistemática**

La persona puede ser ayudada a afrontar temores y cuestiones subjetivas que le generan ansiedad extrema mediante un acercamiento gradual y jerarquizado a sus temores personales, usando paralelamente el entrenamiento en relajación (desensibilización sistemática). Se elabora una jerarquía de escenas de ansiedad graduadas de menor a mayor grado de malestar. Se instruye al sujeto en relajación y se le expone a las mismas imaginariamente o en vivo usando la relajación. Se ha comprobado que la desensibilización sistemática es más efectiva si el sujeto mantiene la escena aunque genere ansiedad y al mismo tiempo relaja la tensión más que apartarla al primer signo de tensión y relajarse (Goldfried 1995).

Un método similar al anterior es la exposición. La diferencia con la desensibilización es que aquí el sujeto imagina o se enfrenta en vivo a la escena o situación ansiógena de manera más directa (existen poca jerarquización), hasta que su ansiedad va disminuyéndose (habitación) sin usar habitualmente la relajación y previniendo (prevención) la respuesta de escape o huida de ellas (que pueden ser también pensamientos distractores).

#### **2 4 9 3 Entrenamiento habilidades sociales básicas**

Algunos sujetos pueden carecer de las habilidades básicas para tratar con otras personas (p.e. iniciar y mantener conversaciones) o exponer sus deseos y opiniones personales de manera directa pero no agresiva (asertividad). En estos casos se suele requerir un entrenamiento sistemático en asertividad y/o habilidades sociales. En la PCU debido a su brevedad se seleccionan y trabajan las áreas deficientes en estos aspectos de manera puntual con relación a la urgencia. El modelado, el ensayo de conducta y el rol-playing se usa para el entrenamiento en esas habilidades. Una cuestión adicional es detectar los

significados personales que la estan inhibiendo, y ofrecer puntos de vistas alterativos como los llamados "derechos asertivos" (Smith, 1977)

#### **2 4 9 4 Asignacion de tareas**

Las habilidades ensayadas en la consulta se siguen practicando en el domicilio del paciente o en la sala del hospital y se sugiere su aplicacion a determinadas situaciones de modo que a la vuelta a la siguiente consulta se pueden valorar sus efectos. La finalidad de la asignacion de tareas es practicar lo aprendido en la consulta en las situaciones reales de modo que se facilite el aumento de la confianza del sujeto en sus propios recursos de afrontamiento sus expectativas de auto eficacia (Bandura 1984) y/o se exploren significados alternativos a los disfuncionales (Greenberg y cols 1996 Guidano, 1994)

#### **2 5 Teoria Cognitivo-Conductual en Niños y Niñas**

La Teoria Cognitiva-Conductual postula que la conducta y sus consecuencias esta determinada por la manera como la persona entiende interpreta y estructura el mundo basandose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores

Estos procesos de evaluacion son universales los realizamos todas las personas pero el significado finalmente atribuido a cada condicion ambiental o experiencia es particular de cada individuo. El resultado de esta evaluacion se expresa en forma de etiquetas valoraciones o definiciones muy concretas que incorporamos en nuestro lenguaje interno o discurso particular que mantenemos constantemente con nosotros mismos y en el que describimos en el lo que vemos lo que sentimos lo que nos esta pasando lo que haran los otros etc

La repeticion continuada de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinadas emociones y sentimientos, que a su tiempo influiran y condicionaran como la persona sigue evaluando y etiquetando y determinando el que y como decide hacer el mismo para enfrentarse al mundo en general y a las experiencias concretas y cotidiana, en particular

En la Terapia Cognitiva se identifican y modifican estos procesos cognitivos con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional e intelectual. La terapia Cognitiva dispone y aplica técnicas y procedimientos específicos y también utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la Terapia de Conducta; por tanto se habla indistintamente de terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo Conductual.

El estudio de los trastornos emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia resulta de gran importancia ya que el diagnóstico y tratamiento oportuno de cualquier tipo de alteración redundan en un desarrollo más armonioso de la personalidad infantil, favorece su desenvolvimiento cómodo y adecuado en el medio social y le proporciona por tanto una mayor calidad de vida. Además, este temprano abordaje de las desviaciones del desarrollo psíquico tiene gran valor profiláctico ya que muchas de las tendencias neuróticas en la adultez tienen su origen en la infancia, durante la cual existen más posibilidades de cambio debido a la mayor plasticidad y flexibilidad de la personalidad en formación del niño.

Dentro de esta clasificación del CIE-10 y DSM-IV, se incluye una amplia gama de trastornos como los hiperactivos, los disociales, los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, y los trastornos de tics. Estos se expresan en las diferentes esferas de la personalidad del niño: tanto la afectiva, en la que se observan modos inadecuados de canalización y expresión de emociones, ansiedades y culpas; la cognitiva, con maneras erróneas de interpretar y valorar la realidad y con inestabilidad en el aprendizaje; y la conductual, con hábitos y comportamientos inadecuados.

Por ejemplo, un niño portador de un trastorno emocional y conductual se manifiesta generalmente alejándose de las formas que dan posibilidades de vida social armoniosa, llegando en ocasiones a atacar las normas sociales, lo que provoca perturbaciones para él y los que le rodean. Todo esto obstaculiza sus relaciones interpersonales, cuyas dificultades

pueden evidenciarse en comportamientos variados como inhibición hipersensibilidad, retraimiento ansiedad de separación, temor excesiva dependencia comportamientos esquizoides dificultad para establecer relaciones estrechas tendencia hacia el aislamiento celos envidia hostilidad hacia hermanos rebeldía hostil manifiesta o encubierta, perretas robos entre otros

Los trastornos psíquicos en la infancia se manifiestan a través de síntomas o cuadros sindrómicos que se presentan como mecanismos de los que se vale el niño para buscar un equilibrio con un medio que percibe hostil que no le permite la satisfacción de sus necesidades y que le ocasiona frustración y estados de tensión. Estos síntomas constituyen por tanto sus defensas ante este medio y son el resultado de la propia dinámica familiar escolar y social del contexto en el que ha ido desarrollándose la personalidad desde sus inicios

Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la timidez, el retraimiento, trastornos del sueño agresividad intranquilidad ansiedad hiperactividad enuresis estos de cierta manera alivian el malestar psicológico del niño y representan su S O S el indicador de que necesita ayuda ya que carece de los recursos psicológicos necesarios para resolver sus conflictos de manera ajustada

Al abordar el estudio de los trastornos psicológicos en la infancia debemos tener en cuenta que el niño aun está en el proceso de formación de su personalidad por lo que consecuentemente no debemos hablar de "patologías" o "enfermedades" estructuradas

Frecuentemente la línea que separa a un niño sano y al que presenta trastornos psicológicos o desviaciones en su desarrollo no está claramente establecida, sino que resulta un espacio donde coexisten aspectos indicadores de alteración con aspectos que indican normalidad y en el que radican las fuerzas que determinan la tendencia hacia una u otra

Debemos entonces ver estos trastornos como desviaciones del desarrollo normal, y su tratamiento e intervención debe ser abordado en correspondencia con las peculiaridades de la clínica infantil (la que requiere de métodos particulares ajustados a la personalidad en

formacion del niño) de manera sumamente flexible y creativa y debe dirigirse hacia la correccion de estas desviaciones buscando la adaptacion del niño a su medio la relacion armonica con sus semejantes, el equilibrio en el desarrollo de su personalidad el restablecimiento de su espacio psicologico dentro del contexto familiar escolar y social y el respeto a su individualidad

El tratamiento de niños con trastornos emocionales y / o comportamentales va dirigido en sentido general a lograr el equilibrio y bienestar psicologico del niño para ello debe dotarse de recursos psicologicos que favorezcan su adecuacion emocional y adaptacion a los contextos ambientales en los que se desenvuelve, tratar de eliminar o al menos disminuir ansiedades culpas estados de tension interna que dificultan esta adecuacion

Segun el Dr Rene Vega Vega (1986), las aspiraciones de una psicoterapia pueden ser muy amplias y situa como ejemplos las siguientes

- Conocimiento de las causas medio ambientales capaces de producir la sintomatologia presentada por el paciente
- Modificacion de las causas medio ambientales que se presume producen la sintomatologia del paciente
- Eliminacion de estados de tension interna que dificultan la adecuacion psicologica del paciente
- Eliminacion de sentimientos de minusvalia u otro tipo de patologia que hace aparecer al paciente con algun grado de timidez
- Facilitar relaciones interpersonales carentes de hostilidad
- Ventilacion de la problematica familiar de manera de objetivar los factores que intervienen en la produccion de la sintomatologia presentada
- Modificar habitos de conducta inadecuados mediante actividades ludicas especificas
- Propender el acercamiento afectivo de alguna figura educativa
- Facilitar la autovaloracion como paso previo al establecimiento de un sentimiento de seguridad y disfrute personal

Desde los primeros intentos realizados a principios del siglo XX, de abordar terapéuticamente a niños con alteraciones psicológicas y partiendo precisamente del hecho de que quien requiere esta intervención es un niño se evidenció que la psicoterapia infantil como rama aplicada del conocimiento psicológico lleva implícitos aspectos esencialmente diferentes a la psicoterapia de adultos y se planteó la necesidad de encontrar y desarrollar métodos terapéuticos que se adapten al peculiar mundo psíquico del niño

El niño psíquicamente alterado no es por lo regular no posee conciencia de ello este es conducido a la consulta por sus padres no porque tenga interés ni demande ser atendido. Al no ser consciente de su problemática, tampoco conoce los posibles beneficios de la psicoterapia, por lo que su motivación por esta es por lo general muy escasa o totalmente ausente. Esta motivación sin embargo constituye un factor muy importante para el éxito del proceso terapéutico por lo que es tarea del terapeuta "enganchar" al pequeño con este

Para la psicoterapia en el proceso de formación de la personalidad del niño los contextos educativos y familiares son altamente determinantes de su conducta el medio social influye con mayor intensidad, más directamente sobre su desarrollo y puede sustraerse menos voluntariamente a esta influencia, por lo que es particularmente necesario visualizar en el proceso psicoterapéutico, no solo al niño sino al medio en el que este se desenvuelve

"La psicoterapia infantil no puede explicarse como la psicoterapia de un niño psicológicamente alterado sino que con mucha frecuencia es la expresión de un contexto familiar escolar y comunitario también alterado" M Roca 1998

El especialista debe tratar de relacionarse con el niño desde su lógica, desde sus expectativas para lo que se impone la búsqueda, perfeccionamiento y sistematización de vías alternativas que nos permitan penetrar en el mundo interno del niño que potencien la eficacia de la comunicación con este que nos permitan comprender claramente su problemática y que logren su motivación con las actividades psicoterapéuticas

Las técnicas o recursos que se han utilizado son muy variadas y cada una de ellas posee sus características propias y ventajas de utilización entre ellos se encuentran el dibujo el juego el títere etc

El títere es un valioso instrumento en psicoterapia infantil se adapta perfectamente a las necesidades infantiles siendo del agrado de la mayoría de los niños por lo que contribuye a la motivación de estos con el proceso terapéutico este además facilita la expresión de vivencias emociones y pensamientos del niño al igual que la concientización de ansiedades culpas tensiones, conflictos y la búsqueda por parte de él de vías alternativas de solución a los problemas de manera espontánea y natural, ya que la representación es vivenciada por los niños como una situación de juego Posibilita el establecimiento de una relación empática y la comunicación dentro de la misma, ya que permite interactuar desde la lógica infantil y respetar su personalidad

Por todo ello contribuye considerablemente a los objetivos de cualquier psicoterapia, más allá de la orientación teórica de esta y de sus objetivos los que de una manera u otra siempre son contribuir a la salud mental y al equilibrio psicológico del niño

El títere como instrumento en psicoterapia puede utilizarse en un contexto grupal lo que supone una potenciación de sus efectos terapéuticos ya que contaría además con todas las ventajas de la psicoterapia de grupo tales como la universalización la comprobación de la realidad los efectos facilitadores del grupo y la seguridad de pertenencia a un grupo que enfrenta problemas similares a los de él

El trabajo en grupo resulta de gran utilidad cuando trabajamos con niños con trastornos del comportamiento y las emociones si coincidimos en aceptar que la afectación fundamental que presentan estos se manifiesta en el área de las relaciones interpersonales así en el grupo y mediante las interacciones e intercambio que se propician, el niño encuentra el espacio necesario para el ensayo y perfeccionamiento de nuevos estilos de conducta, y para la adquisición de habilidades sociales permite también el análisis y corrección de esquemas de comportamiento inadecuados y una mejor adaptación a las normas sociales el grupo obliga a cada uno de sus integrantes al reconocimiento y al respeto del otro y de sus acciones, los conduce hacia la reflexión consciente o inconsciente sobre sus conductas a través de la comparación

En el grupo infantil el niño puede crear y vivir relaciones de afectividad confianza y seguridad, conocer a otros niños sentirse a gusto y no ser violentado en sus expresiones lo que le facilita el desarrollo de su autoestima

Estos son los elementos que conforman nuestro programa psicoterapeutico de orientacion cognitivo-conductual la cual parte de los presupuestos teoricos de que este tipo de enfoque terapeutico en niños al igual que otras terapias cognitivas conductuales consiste en dotar al niño y sus allegados de habilidades para el afrontamiento de diversas situaciones problematicas

Debemos tratar de desarrollar en ellos la confianza-vs -desconfianza, y obtener estabilidad emocional Se trata de lograr autonomia-vs -vergüenza con las tareas de que demanda la socialización desarrollar el sentido de la independencia y la adaptación a las demandas de la cotidianidad las habilidades de aprendizaje desarrollo de conceptos corporales, la adecuada diferenciación sexual valores culturales y sentido del bien y del mal conceptos de realidad física y social y desarrollo de habilidades relacionales con familia y compañeros el sentido de capacidad-vs -inferioridad, el dominio de las tareas escolares solución de problemas relacionarse con adultos maestros y compañeros desconocidos desarrollar el sentido de la independencia dentro del grupo familiar y desarrollar el autocontrol y tolerancia a la frustración

Las habilidades ensayadas en la consulta se siguen practicando en el domicilio del paciente o en la sala del hospital y se sugiere su aplicación a determinadas situaciones de modo que a la vuelta a la siguiente consulta se pueden valorar sus efectos La finalidad de la asignación de tareas es practicar lo aprendido en la consulta en las situaciones reales de modo que se facilite el aumento de la confianza del sujeto en sus propios recursos de afrontamiento, sus expectativas de auto eficacia (Bandura, 1984) y/o se exploren

## **2 6 Técnicas utilizadas para la elaboración de los Programas de Intervención**

### **2 6 1 Las Auto-instrucciones**

Frases o pensamientos que las personas utilizan como guías previas para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción. Ellas influyen en nuestros comportamientos como un monólogo interno, como afirmaciones para uno mismo que nos indican como pensar, comportarnos y ejecutar algunas tareas, particularmente como afrontar problemas. En los niños dicha auto-instrucción consiste en repeticiones de ideas para que poco a poco pueda ir internalizándolas y puesta en prácticas.

El entrenamiento auto-instruccional se utiliza con mucha frecuencia para modificar o contrarrestar los efectos de ‘pensamientos automáticos’ que interfieren con la ejecución correcta de una tarea o el afrontamiento de una situación.

### **2 6 2 El Contrato Conductual**

Es la forma de establecer por escrito una negociación entre el niño y el adulto que puede ser un miembro de la familia como un personal docente. El mismo consiste en especificar las conductas que se desea modificar, las consecuencias de no cumplirlas y los beneficios de cumplirla. Al finalizar el documento debe estar firmado por los negociadores (niño y adulto) y con fecha del momento en que se confecciona.

Algunos puntos de importancia sería observar por un tiempo las conductas que presenta el menor con el fin de concretizar cuáles son las que demandan un cambio de urgencia. A la hora de ser plasmadas en el documento escrito deberá ser lo más específico y concreto posible, (p.e. ‘quiero que te portes bien en la escuela’) esta estructurada de forma muy genérica. El hecho que el niño tenga ganas de salir del aula a tomar agua no es portarse mal simplemente tengo sed y salgo a saciar mi necesidad. En ningún momento se le ocurrió en la cadena de eventos ir primero donde la maestra a notificarle que saldría a tomar el líquido. Es por ello que se recomienda que las instrucciones se den de forma clara como (p.e. si vas a salir a tomar agua debes pedir autorización o permiso a la maestra, si te lo otorga entonces acudes a la fuente, si no regresa y te ubica en tu lugar en el aula )

De todas las conductas observadas y escritas en orden de prioridad se seleccionara de 3 a 5 de ellas tomando en cuenta la edad del niño o niña para estructurar el documento escrito. También es importante estar claro de cuales sera las consecuencias negativas y los reforzadores positivos en el niño es decir tienen que ser del agrado del niño o niña para que pueda surtir efecto esta tecnica (Ver anexo)

### **2 6 3 Las Tecnicas de Relajacion**

Entre las mas conocidas tenemos la relajacion muscular progresiva, la meditacion la hipnosis y el entrenamiento autogeno. Esta tecnica es utilizada para trastornos como ansiedad, fobias dolores cronicos entre otros. La misma consiste en el entrenamiento de ejercicios de distencion muscular y control de la respiracion. Para poder realizar esta tecnica y ver sus beneficios hay que tomar en cuenta aspectos como el lugar donde se va a desarrollar, (con una iluminacion apropiada, con una buena temperatura, poco ruido), la ropa debe ser comoda y la camilla, colchoneta o sofa donde se trabajara con el niño o niña o adulto en optimas condiciones.

### **2 6 4 El Costo de Respuesta**

Es la perdida de un reforzador positivo. Requiere una penalizacion de alguna clase por lo general en forma de multa. Los ejemplos del costo de respuesta en un adulto comprenden multas por violaciones de transito cargo por mora” cargo por cheques que “rebotan” entre otras. En la vida diaria infantil significa quedarse sin ver la television sin jugar sin usar la computadora debido al no cumplimiento de normas establecidas. Asi mismo en el ambito escolar incluye la perdida del receso paseos y otras actividades extracurriculares.

### **2 6 5 Las Habilidades Sociales**

Son las capacidades que tenemos para relacionarnos de forma adecuada con los demas. Estan compuestas por habilidades sociales simples como por ejemplo el escuchar, compartir apoyar animar respetar y aceptar diferencias entre otras. Pero tambien encontramos habilidades mas dificiles o complejas como son tener el decir "NO" a un amigo(a) cuando no se comparte la decision y no se quiere que se enfade o resolver conflictos. Las habilidades sociales por medio del aprendizaje a traves de la observacion, la

imitación el ensayo y la información y por tanto pueden adquirirse y mejorarse a través de un entrenamiento adecuado. Así, los niños pueden aprender como relacionarse con los padres, profesores y amigos y aprender aspectos tan importantes como saber "decir no" y resolver conflictos sentando bases sólidas para el desarrollo de su autoestima.

### **2.6.6 El Control de Contingencias**

El proceso consiste en reforzar positivamente las conductas establecidas en un tiempo determinado. El primer paso es mediante la observación se estructura una lista de conductas a modificar y una lista de actividades reforzadoras o refuerzos. Por ejemplo quedaría de la siguiente forma:

- Si Juan Diego copia la tarea entonces jugará rompecabezas
- Si Vicente hace silencio cuando la maestra habla, entonces obtendrá una figura

Cuando es elaborada y explicada la tabla de control de contingencia puede ser puesta en un lugar visible para el niño o niña con el fin de poderle recordar su compromiso. En el caso de niños y niñas más pequeños que no hayan adquirido la habilidad de lectura, entonces se colocará dibujos o figuras que representen tanto la conducta para el cambio como su recompensa.

### **2.6.7 Resolución de problemas**

Primeramente esta técnica nos aclara que el tener un conflicto o problema no es negativo según la forma o manera que tengamos para afrontar el mismo. El conflicto ocurre cuando se presenta una situación que percibimos amenazante de acuerdo con nuestro sistema de creencias y por lo tanto nos produce un sentimiento de confusión o irritación. Todo conflicto produce como resultado un cambio que mejora o empeora la situación. La calidad del cambio depende de que tan adecuadas hayan sido las estrategias y de nuestras habilidades para manejar los conflictos. Algunas de las pautas para una resolución de conflictos de una manera justa serían:

- Identificar el Problema
- Atacar el problema y no a la persona

- Escuchar sin interrumpir
- Preocuparse por los sentimientos de los demás
- Ser responsables de que decimos y hacemos

## 2 6 8 La Identificación de Emociones

El identificar emociones es muy importante en la técnica cognitivo-conductual debido a que muchos niños y adolescentes les cuesta hablar de sus emociones y mucho más el poder identificarla. Tal es el caso cuando se les pregunta “¿cómo estás?” y su respuesta es un bien. ¿dónde podemos ubicar el bien como una emoción? Es entonces donde utilizamos en niños o niñas e inclusive adolescentes láminas con las diferentes emociones y con ellas enfrente le decimos que nos indique con su dedo con cuál de esas caras se identifican ellos en estos momentos.

## 2 7 Programa de Intervención

Para que se diera la creación de ambos programas se considero

- Las posibles causas de los trastornos
- Identificación de las áreas a trabajar para mejorar condición
- Investigación de las técnicas cognitivo-conductuales que contribuirán a mejorar las conductas disruptivas identificadas en ambos trastornos
- Organizar un plan de trabajo que incluya áreas a trabajar, las técnicas cognitivo-conductuales pertinentes al igual que las sesiones y temas por cada día (ver anexo)

### 2 7 1 Para Niños con Trastorno Negativista Desafiante

El programa de intervención creado para menores con Trastorno Negativista Desafiante se enfoca en tres áreas: cognitiva, conductual y en mejorar su nivel de impulsividad.

En el área cognitiva tomaremos en consideración como línea base que ciertos niños presentan conductas inflexibles y/o explosivas ante determinado estímulo, un deterioro en el desarrollo de habilidades sociales concretas y en las habilidades para controlar emociones. La dificultad se centra en el pensamiento que estructura el niño del hecho,

mas que en la conducta que desarrolle de modo que los niños pueden realizar las cosas en forma correcta solo si disponen de las habilidades necesarias

En el area conductual toma como punto de partida el comportamiento inadecuado del niño que puede obedecer a formas de crianzas inapropiadas establecidas por los padres o tutores de crianza y cuyo objetivo es la manipulacion de los adultos La forma de trabajo propuesto es mejorar la conducta del niño, sus relaciones sociales y la adaptacion general en la casa escuela y demas areas de interaccion a traves de refuerzos positivos y negativos

Se plantea definir una lista de conductas y un menu de premios y castigos utilizando un sistema de fichas (economia de fichas)

Los adultos a cargo deben tener claro que las consecuencias a las conductas deben ser inmediatas especificas y constantes es decir

- Las Inmediatas no esperar que repita una mala conducta para dar una respuesta y atender a las conductas positivas para dar un refuerzo inmediato Cuanto mas inmediata sea la consecuencia de una conducta, mas eficacia tendra como intervencion
- Las Especificas Las gratificaciones beneficios o la eliminacion de estos deben estar dirigidos a una conducta especifica, nunca a aspectos generales Considerar que 'el castigo debe ser proporcionado a la transgresion y no al grado de impaciencia o frustracion que haya generado en los padres
- Los Constantes independientemente del entorno la consecuencia debe ser la misma, si una conducta se ha considerado intolerable un dia tambien debe recibir la misma consideracion otro dia y tanto el padre como la madre deben dar la misma respuesta

Es importante establecer un programa de incentivos antes de utilizar "los castigos" Al igual que planificar previamente la actuacion ante posibles conductas inadecuadas Reconocer y aceptar que las interacciones dentro de la familia son reciprocas La conducta de los padres esta muy influenciada por la conducta del niño y viceversa

**Tabla No.1 Áreas de Intervención en un Programa Remedial basados en Técnicas Cognitivo – Conductual para un Niño con Trastorno Negativista Desafiante**

**AREAS A TRABAJAR**

<b>Auto - Concepto</b>	<b>Conducta</b>	<b>Estudios</b>	<b>Impulsividad/ Atención</b>
<b>Motivación</b>	Economía de Fichas	Trabajar con agenda escolar	Técnicas de Jacobson. Programa Enfócate.
<b>Trabajar con las fortalezas</b>	Registro Diario de Actividades.	Estructurar horario de estudio	Técnica de Relajación Autógena.
<b>Trabajar en la aceptación de las limitantes o debilidades</b>	Comunicación efectiva. (Ser asertivo).  Contrato conductual entre la escuela, madre y menor.  Costo de Respuesta  Técnicas de Tiempo fuera y extinción.	Establecer estrategia de estudio  Asesoramiento a docentes	Auto-instrucciones

## **2 7 2 Para Niños con Trastornos de Adaptacion**

El programa incluire terapia individual con enfoques cognitivo – conductistas, para mejorar comunicacion con su grupo de pares y familiares manejo de emociones y control de ansiedad

La terapia familiar es de vital importancia ya que introdujera cambios en los miembros de la familia, para facilitar la capacidad de comunicacion y fomentar la interaccion entre sus miembros asi como aumentar el apoyo y la comprension del niño o niña que padezca el trastorno

La terapia de grupo con los compañeros se enfoca en el desarrollo y utilizacion de las capacidades sociales e interpersonales

**Tabla No.2. Áreas de Intervención en un Programa Remedial con Técnicas Cognitivo-Conductuales para un estudiante con Trastorno de Adaptación**

**AREAS A TRABAJAR**

**PENSAMIENTO      AUTO      CONDUCTA      ESTUDIOS      ANSIEDAD**

**CONCEPTO**

Identificación de sentimientos, emociones y pensamiento	Auto-concepto	Habilidades sociales	Asignación de Tareas	
<b>Que le provocan situaciones de ansiedad.</b>	Motivación	Básicas	Trabajar con agenda escolar.	Entrenamiento en técnicas de relajación.
<b>Que provocan las situaciones que producen ansiedad.</b>	Trabajar con las fortalezas.		Estructurar horario de estudio	Autógena
<b>Identificar el significado que se le da a estos pensamientos, emociones y sentimientos.</b>	Trabajar en la aceptación de las limitantes o debilidades	Comunicación efectiva. (Ser asertivo)	Establecer estrategia de estudio	Muscular
<b>Reconstrucción de Pensamientos.</b>		Manejo de Emociones	Asesoramiento a docentes	

**Capitulo III**  
**METODOLOGIA**

### **3 Marco Metodológico**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

Esta investigación es descriptiva debido a que evaluaremos el caso de estos dos estudiantes y describiremos los cambios que manifestaran los mismos a través de la aplicación de los programas de intervención basados en Técnicas Cognitivo-Conductuales

#### **3.2 Diseño de Investigación**

El diseño de la investigación es de pre-experimentos debido a que el grado de control es mínimo utilizado en el estudio de casos de pre prueba y-post prueba con un solo niño a la vez

#### **3.3 Población y Muestra**

La población de esta investigación la constituyen 50 estudiantes de los grado quintos matriculados en una Escuela Primaria Particular de Panama En el año académico 2012 con dificultades de conducta que fueron identificados por sus maestros

La muestra fue conformada por 2 estudiantes de quinto grado de una Escuela Primaria Particular de Panama con dificultades en su conducta cuyos padres accedieron a participar en la investigación

#### **3.4 Identificación de Variables**

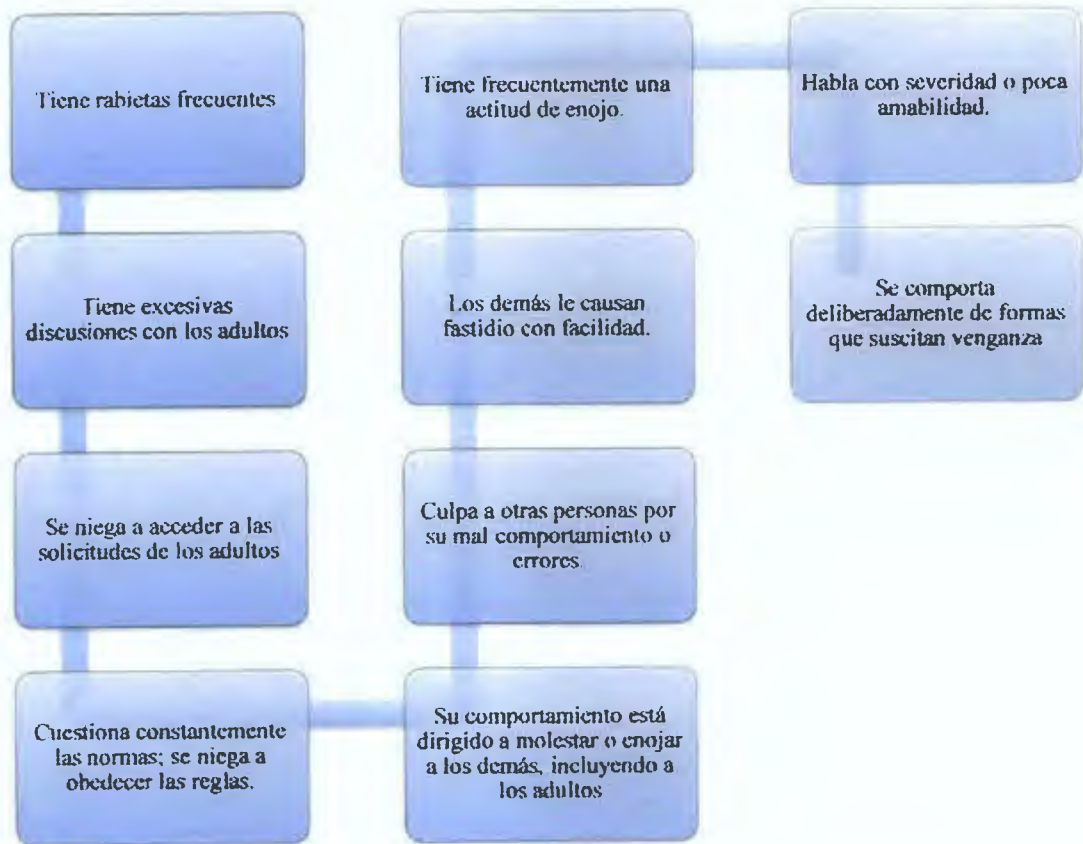
Para esta investigación se identificaron dos tipos de variables, la variable independiente observada fue la aplicación del Programa de Intervención mediante las Técnicas Cognitivo-Conductual y por ende las variables dependientes consideradas fueron el Trastorno Negativista Desafiante el Trastorno de Adaptación

### 3.5 Definición Conceptual de las Variables

A continuación se brinda una detallada definición conceptual de cada variable

- **Trastorno Negativistas Desafiantes** El trastorno negativista desafiante es un trastorno del comportamiento normalmente diagnosticado en la niñez que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas en posición de autoridad. La causa precisa no se conoce por el momento, pero se aventuran dos teorías primarias para explicar el desarrollo de las conductas negativistas desafiantes. Una teoría del desarrollo sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad. Los niños y adolescentes que lo desarrollan pueden haber tenido dificultades para aprender a separarse de su figura de apego primaria y desarrollar habilidades autónomas. Las características negativas son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad. Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opuestos en el niño que de este modo logra la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción deseadas con los padres o personas en posición de autoridad. Los síntomas del trastorno negativista desafiante pueden incluir los ilustrados en la figura 4. El trastorno en general hace referencia a la manifestación de conductas excesivamente groseras, de rebeldía ante la autoridad y provocativas. Son más frecuentes con niños/as y adultos que el sujeto conoce bien, por lo que la aparición de estas es más frecuente en el hogar y pueden no darse en el ámbito escolar. Esta posible variedad de la conducta puede dificultar el diagnóstico y hay que tener prudencia porque aun dentro de la normalidad las conductas insolentes y desafiantes son frecuentes en niños/as y adolescentes. El trastorno es más habitual en niños/as que han mostrado en la edad preescolar problemas de temperamento y alta actividad motora. También suele aparecer asociado al Déficit de Atención con Hiperactividad y a los Trastornos del Lenguaje y de la Comunicación. Al mismo tiempo, los niños/as con este trastorno suelen presentar a lo largo de los años escolares baja autoestima, humor variable, baja tolerancia a la frustración. En lo que respecta al curso del trastorno, este suele

aparecer, de forma gradual, antes de los 8 ó 9 años y preferentemente en el ámbito familiar para luego extenderse a otros.



**Figura No.4. Los síntomas del Trastorno Negativista Desafiante.**

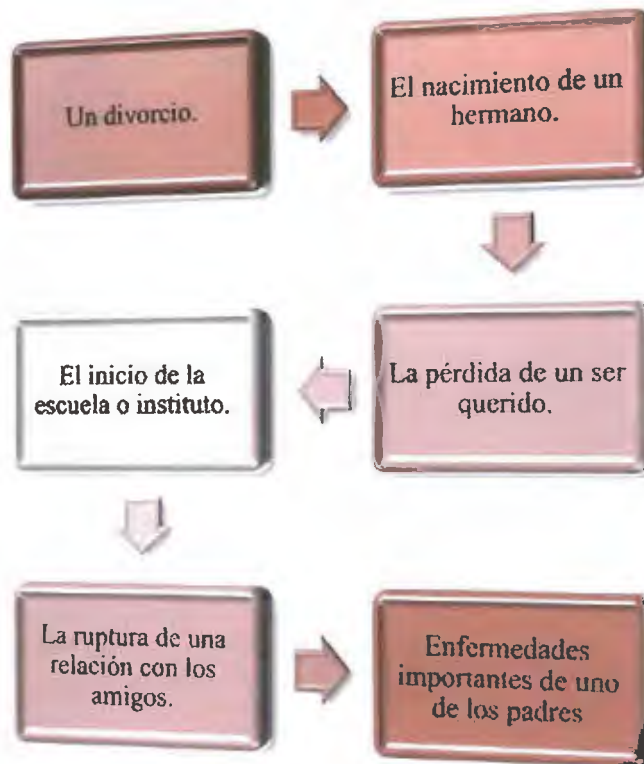
Un inicio temprano suele ser indicio de futuros trastornos de conducta. La presencia del trastorno es más común en familias en las que existe un problema en la relación de pareja, o en las que alguno de los progenitores posee una historia de Trastorno de Conducta, Trastornos del Humor, de la Hiperactividad o de la Personalidad Antisocial.

Hoy en día parece demostrar que en los niños/as con estos trastornos existen factores herederos de tipo neurofisiológicos, psicofisiológicos y bioquímico, que predispondrían al sujeto a manifestar conductas infantiles aversivas y dificultades en el aprendizaje.

El ambiente juega un papel determinante en la genesis y desarrollo del trastorno. Responsable de que el individuo desarrolle adecuados intercambios con el ambiente, va a ser en gran parte la familia, que se constituye no solo como el entorno en el que mas frecuentemente esta el individuo sino tambien como lugar en el que acontecen los principales aprendizajes del sujeto. Los frecuentes conflictos matrimoniales pueden generar en el niño conductas agresivas incluso ya desde muy temprano. Y las pautas educativas e interacciones familiares parecen jugar tambien un importante papel.

Elementos como el rechazo paterno, la permisividad frente a la agresión, una agresiva tendencia a castigar, una deficiente comunicación padres e hijos y las relaciones agresivas con los hermanos contribuyen a la aparición del trastorno tanto de forma indirecta como directa.

- **Programa de Intervención** Un programa o proyecto de intervención es el que cuestiona y posteriormente resuelve una situación identificando en ella un conflicto. Intervenir implica resolver esa contradicción, tensión o conflicto produciendo una nueva lógica que no sea ninguna de las anteriores, pero surgida de ellas mismas. En la intervención se construyen patrones conceptuales y de acciones que permiten establecer que la intervención produjo cambios cercanos a los esperados.
- **Trastorno de Adaptación con estado de ansiedad y depresión** Los trastornos de adaptación se dan cuando hay ciertos cambios en la vida de una persona que producen estrés y el individuo no se sabe adaptar correctamente a ellos. Este tipo de trastorno se da a cualquier edad y en los dos sexos por igual. Esta incapacidad para adaptarse a las situaciones nuevas se traduce en sentimientos y conductas y se suele dar durante los tres meses siguientes a la identificación del cambio que nos produce estrés. Las situaciones que provocan este tipo de trastornos son muy variadas (ver figura 5).



**Figura No.5.** Algunas de las situaciones que provocan el Trastorno de Adaptación con estado de ansiedad y depresión.

En la figura 6 aparecen los tipos de trastornos de adaptación existentes y los síntomas que suelen aparecer en ellos, estos síntomas varían en función de la personalidad, experiencias previas y características biológicas de cada joven. Estos tres tipos no son excluyentes, sino que muchas veces se combinan.

Los trastornos de adaptación son bastante frecuentes en los niños y adolescentes y afectan por igual a los niños como a las niñas. Los trastornos de adaptación pueden producirse en cualquier edad; sin embargo, se cree que sus características difieren en los niños y adolescentes respecto de los adultos. Las diferencias se manifiestan en la naturaleza de los síntomas, en su gravedad y duración y en los resultados.

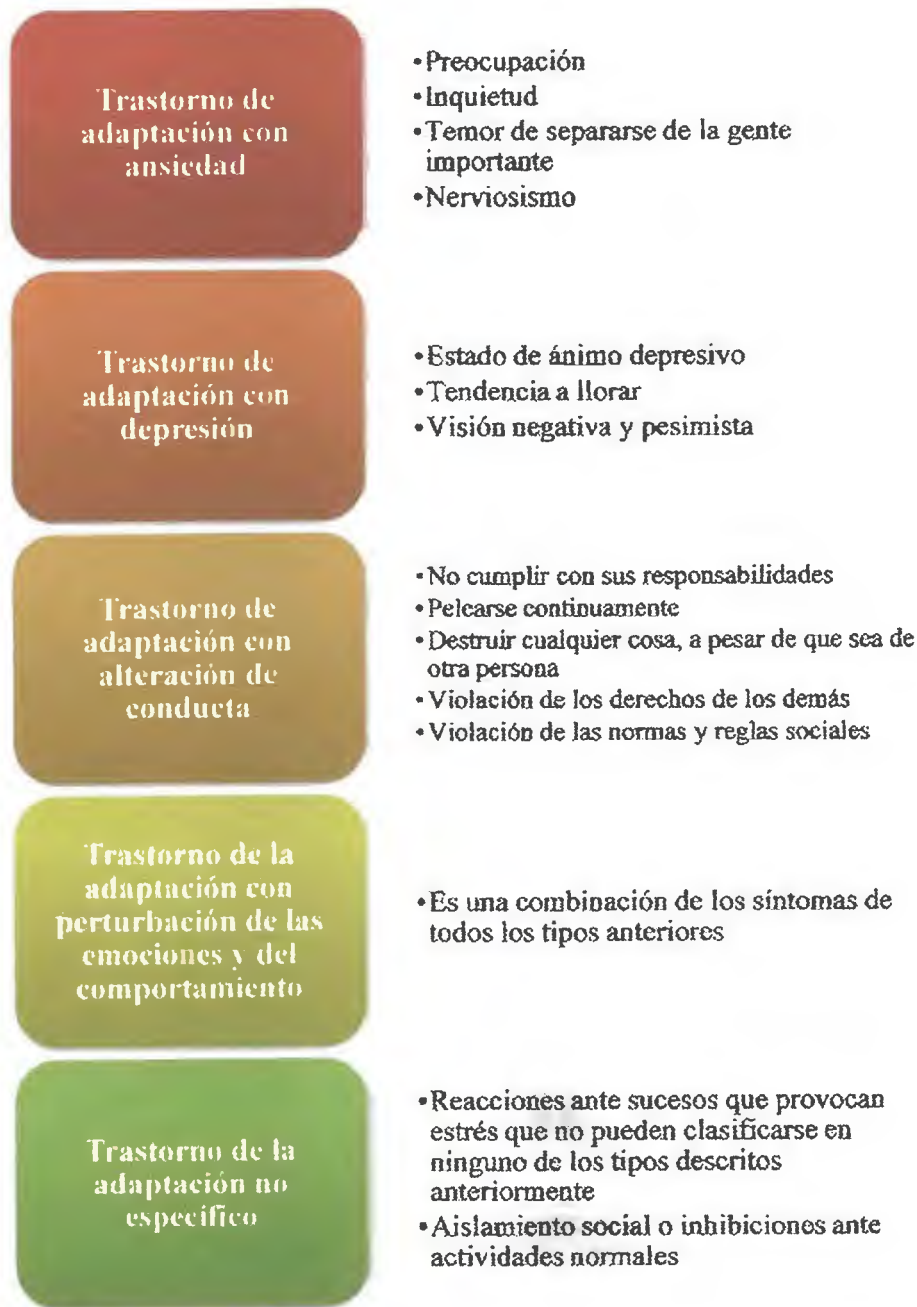


Figura No.6. Tipos de Trastorno Adaptativo y sus respectivos síntomas.

- **Trastorno de Ansiedad:** Es normal que los niños y adolescentes desarrollen ciertos miedos y experimenten cierta anticipación temerosa ante los problemas, durante el curso de su desarrollo. Con el tiempo, los miedos normales desaparecen cuando los niños aprenden más acerca de qué esperar del entorno y de las relaciones con los demás. Cuando sus miedos no se disipan y comienzan a interferir con la vida y las

actividades diarias del niño o del adolescente puede ser evidencia de un trastorno de ansiedad

La ansiedad es una sensación desagradable caracterizada por temor y malestar físico. Esta sensación comienza desde la infancia y es una reacción que ayuda a la persona a resolver las tareas del diario vivir y actuar en su beneficio cuando se trata de condiciones alarmantes. Es una emoción que en general contribuye al desarrollo. Pero se puede exagerar al punto que se convierte en una enfermedad. Es patológica cuando es desproporcionada ante el estímulo, cuando permanece después de retirar el mismo, cuando sucede sin que el estresor externo la desencadene o en el evento que produzca mucha interferencia de la vida corriente del niño o del adolescente. La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas. Por ejemplo, miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatiga (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño, dificultad para conciliar, mantener el sueño o sensación al despertarse de no haber descansado bien (sueño no reparador)
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

- **Trastorno Depresivo** La depresión es un trastorno del ánimo que afecta a toda la persona mente y cuerpo su salud física, los sentimientos y la relación con los demás. El ánimo está constituido por el afecto, el impulso o las ganas para hacer algo determinado o la falta o pérdida del ánimo, que es la depresión.

Pero todos los enfoques coinciden en los signos y síntomas que aparecen en la depresión, focalizados en cuatro áreas: afectiva, cognitiva, conductual y neurovegetativa. Entre alguno de ellos están:

- Alteraciones en el estado de ánimo: hay tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto.
- Cambios en el pensamiento: pesimismo, ideas de culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y motivación, disminución de la eficacia y de la concentración.
- Cambios en la conducta y en el aspecto: negligencia en el aspecto personal, retardo psicomotor, agitación.
- Síntomas somáticos: pérdida de apetito, de peso, estreñimiento, sueño poco profundo, dolores, alteraciones de la menstruación, pérdida de la libido.
- Rasgos de ansiedad: aunque sea la tristeza la perturbación central del estado de ánimo, muchos pacientes depresivos ofrecen también rasgos de ansiedad. Pueden quejarse además de indecisión y de temores vagos e inespecíficos y presentar el temblor y los accesos de sudoración inherentes a los estados de ansiedad.
- Conducta suicida: el suicidio se ha convertido en una causa de muerte que ha ido creciendo en importancia en todo el mundo. Aunque muchos son los factores que contribuyen al desarrollo de pensamientos o intentos suicidas, es evidente que la depresión desempeña una función central en este problema. Las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en el depresivo pueden conducirlo a creer que merece la muerte como castigo o a ver un futuro tan negro que sea mejor morir que vivir en el estado actual.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro) el animo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta como uno se valora a si mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condicion de la cual uno puede liberarse a voluntad. El depresivo esta enfermo de su voluntad, y desgraciadamente los familiares y amigos para estimularlos le piden „Pon de tu parte”, lo que tortura al paciente depresivo pues la enfermedad se caracteriza por ausencia de la misma (no pueden no es que no quieran). Se les recomienda que salgan de vacaciones, sin saber que el depresivo llevara su depresion en la maleta.

- **Programa de Intervencion** Un programa o proyecto de intervencion es el que cuestiona y, posteriormente resuelve una situacion identificando en ella un conflicto. Intervenir implica resolver esa contradiccion, tension o conflicto produciendo una nueva logica que no sea ninguna de las anteriores pero surgida de ellas mismas. En la intervencion se construyen patrones conceptuales y de acciones que permiten establecer que la intervencion produjo cambios cercanos a los esperados.

### 3.6. Definición Operacional de las Variables

En la siguiente tabla se muestra la definición operacional de cada variable.










**Tabla No.3. Definición Operacional de las Variables.**

Variable	Definición Operacional
<b>Trastorno Negativista Desafiante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Entrevista Clínica a madre y abuela del menor.</li> <li>↓ Test de Inteligencia No Verbal TONY 2.</li> <li>↓ Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, para 4 docentes del colegio del menor.</li> <li>↓ Cuestionario de Alteraciones del Comportamiento en la Escuela, para cuatro docentes del colegio del menor.</li> <li>↓ Test de Personalidad CPQ A.</li> <li>↓ Test de Adaptación CAI 1.</li> <li>↓ Test Proyectivos Machover y La Familia.</li> </ul>
<b>Programa de Intervención se trabajará</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Habilidades Sociales para mejorar relaciones con compañeros, educadores y familiares.</li> <li>↓ Control de Ira: Con auto-instrucciones y técnicas de relajación.</li> <li>↓ Control de Conducta: Contrato Conductual entre la escuela, la madre y el menor, modificación de conductas basado en economía de fichas y registro diario de conductas.</li> <li>↓ Estrategias Escolares: Trabajo con monitor escolar, construcción de agenda escolar, estructuración de horario de estudio y métodos de estudios.</li> <li>↓ Impulsividad/Atención: Se trabajó áreas del programa enfócate, vigilancia cognitiva y técnicas de relajación.</li> </ul>
<b>Trastorno de Adaptación y Ansiedad/Depresión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Test Breve de Inteligencia Kaufman</li> <li>↓ Test de Personalidad CPQ A.</li> <li>↓ Test de Adaptación CAI 1.</li> <li>↓ Test Proyectivos Machover y La Familia.</li> <li>↓ Pruebas informales.</li> </ul>
<b>Programa de Intervención se trabajará</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Manejo de Emociones: Trabajo de Identificación de Emociones, Reconstrucción de pensamientos y Técnicas de Relajación.</li> <li>↓ Autoestima: Trabajo en el Auto-concepto del menor.</li> <li>↓ Habilidades Sociales: para mejorar relaciones con compañeros, educadores y familiares.</li> <li>↓ Estrategias Escolares: Trabajo con monitor escolar, construcción de agenda escolar, estructuración de horario de estudio y métodos de estudios.</li> <li>↓ Atención: Se trabajó áreas del programa enfócate, como vigilancia cognitiva.</li> <li>↓ Ansiedad: Técnicas de relajación.</li> </ul>





### **3 7 Instrumentos**

#### **3 7 1 Bateria de Pruebas para determinar Trastorno Negativista Desafiante**

##### **□ Pruebas Pre-test**








-  Entrevista Clinica a madre y abuela del menor
-  Escala Conners para madre
-  Test de Inteligencia No Verbal TONY 2
-  Escala para la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad, para 4 docentes del colegio del menor
-  Cuestionario de Alteraciones del Comportamiento en la Escuela, para cuatro docentes del colegio del menor
-  Escala Conners para Profesores
-  Test de Personalidad CPQ A
-  Test de Adaptacion CAI 1
-  Test Proyectivos Machover y La Familia

##### **□ Pruebas Post-test**





-  Entrevista Clinica realizadas a la madre y abuela del menor
-  Escala Conners para madre
-  Cuestionario de Alteraciones del Comportamiento en la escuela para los cuatros maestro evaluados en un primero momento
-  Escala para la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad, para 4 docentes del colegio del menor

### 372 Bateria de Pruebas para determinar Trastorno de Adaptacion

#### □ Pruebas Pre-test

-  Entrevista Clinica a la madre y padrastro del menor
-  Escala Conners para madre
-  Test Breve de Inteligencia Kaufman
-  Test de Personalidad CPQ A
-  Test de Adaptacion CAI 1
-  Test Proyectivos Machover y La Familia
-  Cuestionario de Depresion para Niños CDS

#### □ Pruebas Post-test

-  Entrevista Clinica realizadas a la madre y padrastro del menor
-  Escala Conners para madre
-  Escala Conners para Profesores
-  Test de Adaptacion CAI 1

### **3 8 Procedimiento**

- ⇒ Se realizo investigacion a traves del internet y libros sobre las tecnicas cognitivo-conductuales que se podrian emplear en niños que presentaran dificultades en su conducta y aprendizaje
- ⇒ Se realiza el contacto y entrevista con dos madres que tienen problemas con sus hijos en la escuela debido a la conducta que presentan los mismos y que afecta su rendimiento escolar. Uno de los niños muy callado algo retraido y con bajo rendimiento academico. El otro de los chicos con problemas de impulsividad groserias mentiras y bajo rendimiento academico (Marzo 2011)
- ⇒ Se realiza la evaluacion a ambos niños y se llega a la impresion diagnostica de los menores (pre-test) En los meses de marzo y abril 2011
- ⇒ Con la informacion en tecnicas cognitivos-conductuales obtenidas se inicia la elaboracion y aplicacion de dos programas de intervencion para estos menores (mayo-diciembre 2011)
- ⇒ En enero se realiza el analisis de los resultados en un primer momento
- ⇒ En abril 2012, despues de dos meses de iniciado el periodo escolar se realiza nuevamente encuesta a los profesores y familiares (post-test) para determinar la eficacia del programa con ambos casos
- ⇒ De mayo a la primera semana de diciembre 2012 se da seguimiento de los casos mediante visitas a los salones entrevista con profesores y familiares
- ⇒ En enero 2013 se recopila la informacion y se inicia la confeccion del trabajo de tesis y la revision de la misma

### **3 9 Diseño Estadístico**

Pre- post test Se inicio con la evaluacion de ambos casos para determinar las areas que debian ser reforzadas con las tecnicas cognitivo-conductual. Se puso en practica el programa remedial y se evaluo al final si el mismo habia surtido efecto con ambos trastornos

**Capítulo IV**  
**PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

## **4 Presentacion y Analisis de los Resultados**

### **4 1 Estudiante con Trastorno Negativista Desafiante**

#### **4 1 1 Antecedentes**

**Familiares** Segun la entrevista realizada a la madre el niño nace dentro de un matrimonio programado deseado y controlado desde el inicio del mismo. No presento ninguna complicacion a nivel pre perinatal ni post natal. Su desarrollo estuvo dentro de los parametros establecidos. El niño no presento ninguna enfermedad relevante. Actualmente no presenta dificultades visuales, auditivas ni respiratorias. Cuando el niño tenia de 7 años de edad, sus padres se divorcian, y en la actualidad las relaciones de ambos no son satisfactorias. La disciplina del menor es inconstante, la figura de la madre es quien restringe y castiga, mientras que el padre es permisivo en casi todos los actos del menor. Existe constante desautorizacion entre ellos y el menor, la mayoría de las veces consigue hacer lo que quiere. Las visitas del padre son esporadicas, solo lo ve en vacaciones donde el menor pide verlo. Cuando llama suele escuchar las discusiones entre ambos padres. En estos momentos vive en compañía de su madre y abuela materna, donde el niño no reconoce autoridad. Es rebelde y grosero. Refiere la madre que a ella le hace un poco más caso, pero es la abuela quien lo cuida. Comportamiento que se observa a menudo entre los demás miembros de la familia. Esta situación hace que la madre no quiera interactuar con los demás personas cuando existen reuniones, fiestas o simples visitas, porque teme que el menor tenga este tipo de comportamiento. Su conducta es igual en la escuela, en la casa, con los amigos y vecinos que han crecido juntos e inclusive en la iglesia donde se prepara para recibir la primera comunión. Le cuesta hacer amistades, cuando algo no funciona, suele echarle la culpa a los demás, a veces presenta celos por las primas, le encanta salir a jugar en la calle, miente con frecuencia.

**Escolares** Desde que el menor inicia su escolaridad, ha tenido reportes de su conducta inquieta y poco obediente dentro del aula de clases y la escuela. En primera

instancia la madre desea darle solución al problema cambiándolo de colegio pero la situación persiste y tiende a agravarse con otras actitudes como gestos de grosería ante el personal educativo, agresión hacia sus compañeros, abuso de sus compañeros sobre todo compañeros menores. Debido a esto ha recorrido tres escuelas y es retirado de las mismas por sus problemas de conducta. En la escuela actualmente su rendimiento es bueno pero debe ser supervisado por la madre. Sus maestros se quejan de que siempre está en las nubes, no termina de copiar sus planes, ejercicios y deberes. El niño es muy intranquilo, todo lo pregunta, interrumpe constantemente con preguntas fuera de tema, no es aceptado por su grupo de compañeros a la hora de realizar trabajos, ya que dicen que es muy irresponsable. A la hora del juego se disgusta mucho cuando los niños no hacen lo que él quiere. Por estas actitudes, su permanencia en la escuela es forma condicional dependiendo como termine su año escolar y por ende, la escuela se reserva el derecho de admitirlo el próximo año. Se dan con las constantes quejas de los demás padres de familia por actitudes de abusos y agresión que tiene con sus compañeros de clases en especial de los niños menores que él. El niño no muestra ningún respeto hacia los maestros, no les obedece, les habla de forma grosera, con gestos y palabras ofensivas cuando no está de acuerdo con lo que se le indica.

#### **4.1.2 Motivo de la Evaluación**

La madre manifiesta que su mayor preocupación es la conducta del menor. Es desobediente, miente con frecuencia, pobre control de sus impulsos, desafío a la autoridad, falta de interés en sus actividades, en ocasiones agresivo y manipulador. Además posee un bajo rendimiento escolar. Se muestra muchas veces distraído y ausente.

### 4 1 3 Resultados de la Evaluacion

Despues de realizarse las entrevistas clinicas a la madre abuela y menor se concreta las fechas para las siguientes sesiones de evaluacion individual grupal y entrega de los cuestionarios para familiares y educadores

Los resultados de las pruebas aplicadas fueron las siguientes

#### 4 1 3 1 Test de No Verbal de Inteligencia (TONY 2)

Su puntuacion fue de P D = 29 con un C I de 116 PC de 84 Ubicandolo con una inteligencia normal alta

#### 4 1 3 2 Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad

La escala para la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad fue aplicada a 4 maestros del colegio y segun las areas estoñ fueron sus resultados

**Cuadro No 1 RESULTADOS DEL AREA DE HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD, POR MAESTRO, SEGUN ITEM AÑO 2012**

Items	Maestro			
	1	2	3	4
<b>Total</b>	<b><u>12</u></b>	<b><u>9</u></b>	<b><u>13</u></b>	<b><u>10</u></b>
1	2	2	2	2
3	3	2	3	2
5	3	3	3	2
13	2	1	3	1
17	2	1	2	3
<b>P H</b>	<b>99</b>	<b>92</b>	<b>95</b>	<b>94</b>

**Fuente** Instrumento aplicado

Los resultados de los maestros del grupo primario de V grado en cuanto al area de deficit de hiperactividad/impulsividad indican que el niño presenta un riesgo entre moderado (12 y 13) y elevado (9 y 10)

**Cuadro No 2 RESULTADOS DEL AREA DE DEFICIT DE ATENCIÓN, POR MAESTRO, SEGUN ITEM AÑO 2012**

Items	Maestro			
	1	2	3	4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>15</b>
2	1	1	1	3
4	3	3	3	3
7	3	3	1	3
8	3	3	3	3
19	3	3	1	3
<b>P DA</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente** Instrumento aplicado

Los resultados de los maestros del grupo primario de V grado en cuanto al area de deficit de atencion indican que el niño presenta un riesgo entre moderado (9) y elevado (13 y 15)

**Cuadro No 3 RESULTADOS DEL AREA DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD, POR MAESTRO, SEGUN ITEM AÑO 2012**

Items	Maestro			
	1	2	3	4
<b>DA + H</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>25</b>

**Fuente** Instrumento aplicado

Los resultados de los maestros del grupo primario de V grado en cuanto al area de deficit de atencion e hiperactividad indican que el niño presenta riesgo elevado

**Cuadro No 4 RESULTADOS DEL AREA DE DEFICIT DE ATENCION, POR MAESTRO, SEGUN ITEM AÑO 2012**

Items	Maestro			
	1	2	3	4
<b>Total</b>	<b><u>24</u></b>	<b><u>23</u></b>	<b><u>19</u></b>	<b><u>23</u></b>
6	2	3	2	3
9	3	3	2	3
10	3	3	3	3
11	2	1	1	1
12	3	2	2	2
14	3	2	2	2
15	1	1	1	2
16	1	2	2	2
18	3	3	2	2
20	3	3	2	3
<b>P DA</b>	<b>99</b>	<b>98</b>	<b>96</b>	<b>98</b>

**Fuente** Instrumento aplicado

Los resultados de los maestros del grupo primario de V grado en cuanto al area de deficit de atencion indican que el niño presenta Riesgo Elevado

A pesar de que los resultados de las encuestas apuntan a que el menor presenta un Deficit de Atencion del tipo Hiperactivo y Trastorno de Conducta al momento de la entrevista con la madre y el menor al igual que cuando se le realiza la evaluacion no se impresionan con este diagnostico debido a que permanece atento durante toda la entrevista y en la observacion grupal coopera sigue instrucciones durante largos periodos

#### 4 1 3 3 Cuestionario de Alteraciones del Comportamiento en la Escuela

Este cuestionario se le aplico a los 4 maestros y sus puntuaciones oscilaron de 51 a 59, ubicandolo en la categoria de Severa Alteracion del Comportamiento dentro del plantel educativo (ver tabla 4)

**Tabla No.4. Escala de Alteraciones del Comportamiento.**

<b>Categoría</b>	<b>Intervalos de puntuaciones</b>
Desviación conductual no constatada	Igual o inferior a 25
Ligera	Entre 26 y 33
Moderada	Entre 34 y 45
Severa	Igual o superior a 46

**4.1.3.2. Escala Conners para Profesores**

Se aplicó la Escala Conners para profesores a los 4 maestros y los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro No.5. RESULTADOS DE LA ESCALA CONNER PARA PADRES. AÑO: 2012**

<b>Factor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Puntuación Bruta</b>	<b>Puntuación Total</b>
Problemas de Conducta	2,8,14,19,20,27,35,39	20	102
Problema de Aprendizaje	10,25,31,37	6	67
Problema Somático	32,41,43,44	0	43
Índice de Hiperactividad	4,7,11,13,14,25,31,33,37,38	12	158
Impulsividad-Hiperactivo	4,5,11,13	2	43
Índice de Ansiedad	12,16,24,47	0	41

**Fuente:** Instrumento aplicado.

**Cuadro No 6 RESULTADOS LA ESCALA CONNERS  
PARA PROFESORES, SEGUN MAESTRO  
AÑO 2012**

<b>Maestro</b>	<b>Puntaje Directo</b>
1	67
2	74
3	84
4	83

**Fuente** Instrumento aplicado

Los resultados de los maestros indican que el menor muestra un alto grado de dificultad en problemas de conductas y altos niveles de hiperactividad. Lo anterior corrobora lo expuesto por los familiares de que los altos niveles de dificultad en la conducta del menor también se presentan en el ámbito escolar.

#### **4.1.3.3 Test de Personalidad CPQ A**

Los resultados de esta prueba indican que es un niño que tiene un alto potencial intelectual, estructura y analiza sus ideas, grado de visión de un niño de mayor a su edad. A veces muestra poca creatividad, es pasivo ante diferentes situaciones de su entorno tanto escolar como familiar. El menor aparenta ser un niño que no se conmueve ante los sentimientos de los demás, pero esto no es del todo cierto. Nada lo incomoda, es muy relajado, no se estresa en lo más mínimo, es muy confiado y seguro de sí.

#### **4.1.3.4 Test de Adaptación CAI 1**

Los resultados de esta prueba indican que el niño presenta dificultad en sus relaciones con su grupo de pares, él busca aprobación por los mismos, desea integrarse, pero cuando las cosas no funcionan como él lo tiene planeado se disgusta y rechaza manifestando la responsabilidad del hecho hacia la otra persona, provocando entonces que los niños rehuyan jugar o interactuar con él. Muestra temor a ser rechazado o herido.

#### 4 1 3 5 Test Proyectivos

Los resultados de esta prueba indican los siguientes aspectos

- **Proyectivo Machover** El menor tiene buena identificación psicosexual. Con actitudes y conductas de un niño de menor edad. Ha estado presente o ha escuchado conversaciones en las cuales ha quedado impresionado y/o fijado. El niño puede presentar situaciones de impulsividad y agresión pero no es usual, reacciona ante un medio considerado por el hostil. En ocasiones retraído, inseguro y tímido. Muestra dificultad para relacionarse con los demás y tiene sentimientos de inadecuación. El niño se aísla, rehuye sus problemas, tiende a escapar de su mundo real. También muestra dependencia, sentimientos de culpa y a veces tristeza. El niño es fantasioso.
- **Proyectivo Familia** La madre es la persona significativa para el niño, quien establece el vínculo entre su abuela y él. El niño se siente importante dentro de su círculo familiar, es el lugar que le proporciona estabilidad emocional y seguridad. Muchas veces manifiesta un estado emocional de enojo antes situaciones dadas en el hogar, pero no son duraderas, sabe que su mamá y abuela experimentan mucha tristeza cuando no sigue sus indicaciones, sobre todo cuando la situación está relacionada con su escuela. El niño señala que su mamá es muy cariñosa y que su abuela es muy brava.

Después de realizado todo el proceso de evaluación se determina que el menor presenta una inteligencia dentro de los niveles normales sin deficiencia intelectual, ubicándolo con Inteligencia Normal Alta. Presenta riesgo elevado en áreas de atención, impulsividad e hiperactividad. Su comportamiento es medido como problemas de conductas severo.

#### Impresión Diagnóstica (Según el DSM-IV)

- EJE I Trastorno de Conducta Negativista Desafiante
- EJE II
- EJE III
- EJE IV Se presentan los siguientes aspectos en cuanto a los problemas relativos a su grupo primario de apoyo
  - Poca relación con la figura paterna

- Sobreprotección de la madre
  - Patrones de crianzas inadecuados
  - Inconsistencia en la disciplina del menor
  - Problemas relativos al ambiente social
  - Conflictos relacionados a la interacción con su grupo de pares
- EJE V En una escala del 41 a 50 ya que presenta actividad grave en su conducta al punto que interfiere a su desempeño académico (retirado de tres escuelas) y hace que tenga serias dificultades entre su grupo familiar, de pares con docentes y personal administrativo del colegio

## **4 2 Estudiante con Trastorno de Adaptación**

### **4 2 1 Antecedentes**

**Familiares** La madre tenía 28 años cuando se embarazó el mismo fue deseado pero no planeado y a raíz del mismo termina su relación con el padre del menor quien no conoce ni sabe de la existencia de su hijo. El embarazo fue controlado desde los dos meses de gestación. Al cuarto y sexto mes presentó sangrado, fue atendida y controlada con medicamentos y reposo. El embarazo fue a término y el nacimiento con cesárea programada por posición del bebé. Al momento del nacimiento el niño presentó buen estado físico y no necesitó cuidados especiales. Su desarrollo psicomotor se realizó dentro de los rangos establecidos para cada etapa. A los 3 años fue hospitalizado por quemaduras y operado por torcedura del epidídimo a la edad de 5 años. En la actualidad no presenta problemas de dicción. La madre admite que el padre biológico no conoce la existencia del niño, ella no lo permitió. El pequeño solo está reconocido por ella. A los dos meses de nacido la madre tiene una relación sentimental y es a esta persona que llama “papa”. Por razones de trabajo, el señor abandona el país y solo mantiene contacto a través de teléfono y es quien se encarga de los gastos

del niño actualmente En Panama, la madre mantiene una nueva relacion amorosa hace dos años aproximadamente y es la figura que el menor reconoce como modelo de padre En el primer año el menor y el señor conservaron una relacion bastante buena, inclusive lo llevo a llamar "papa" Al final del 2009 en una discusion entre la pareja, y como tema central la disciplina del menor se utilizaron frases hirientes y ofensivas que lastimaron los sentimientos del niño De alli en adelante la relacion se deterioro entre todos afectando la conducta del niño Siendo mas reservado casi no habla cuando el señor esta presente llora mucho manifiesta tristeza y su rendimiento escolar comenzo a bajar El niño vive con su madre es hijo unico no tiene muchos amigos ni en la escuela ni en la casa Cuando llega del colegio permanece solo calienta su comida en el microondas come y se pone a ver television o a jugar con sus videojuegos de los cuales es fanático Estudia cuando llega la madre (6 30 p m) No tiene ninguna responsabilidad en casa porque la madre no lo permite situacion que provoca conflictos entre la madre y su pareja Muchas veces en presencia del menor la pareja de la madre señala que ella trata al niño como niña , y estos comentarios son escuchados por el niño La madre no acepta las sugerencias hechas por su pareja y manifiesta que la crianza y disciplina es solo responsabilidad de ella Dentro de los factores estresantes en el ambito familiar podemos detectar

- La inestabilidad emocional en donde se ha desarrollado Padre biologico que no conoce y no se hace cargo de el, padre adoptivo quien comparte con el solo unos meses de nacido no lo conoce habla con el solo por telefono pero le llama papa Y por ultimo la nueva pareja de la madre que es quien comparte con el casi a diario
- El papel sobre protector que ha desempeñado la madre en estos tiempos formandole una personalidad introversa, con rasgo de dependencia, indecision e inseguridad La madre es permisiva en todos los aspectos Por el contrario la pareja de la madre que ocupa la figura de padrastro al observar un caracter debil en el niño quiere imponerle

firmeza y rigidez, por ende la conducta de los adultos responsables cae en los extremos acrecentando la inseguridad en el menor

- Los maestros del menor refieren que les preocupa la actitud del niño ya que en los recreos suele estar solo no se integra a jugar en los grupos ni para realizar los trabajos escolares no quiere participar de ninguna actividad extracurricular y no participa en clases Los maestros coinciden en que observan al niño triste callado y como ausente Este comportamiento se ve reflejado en las calificaciones del menor, porque no se integra en los grupos de trabajo entonces no entrega los mismos y además su participación es pobre

**Escolares** El menor comenta en la entrevista que su gran preocupación es quedar como el 'bobo' en la escuela sobre todo en las disciplinas deportivas ya que nunca ha tenido la oportunidad de aprender a jugar ningún deporte Señala que hasta su forma de correr es torpe Niega que algunos de sus compañeros le hayan hecho algún desaire y que simplemente él prefiera estar con los maestros para que sus compañeros no puedan observar ni percatarse de sus pocas habilidades

#### **4.2.2 Motivo de Evaluación**

En la entrevista realizada a la madre y a su actual pareja, explican la razón de la atención su preocupación y se observa que el motivo de consulta difiere en ambos La razón de la madre es por el bajo rendimiento escolar y la razón de la pareja es la poca socialización que presenta el menor además de observarlo con conductas no apropiadas para su género (amanerado)

#### **4.2.3 Resultados de la Evaluación**

Las pruebas aplicadas con este menor fueron

##### **4.2.3.1 Test Breve de Inteligencia Kaufman**

Los resultados de este test indican que el niño tiene un nivel de expresión verbal es rico dotado de palabras y frases bien estructuradas

**Cuadro No 7 RESULTADOS DEL TEST BREVE DE INTELIGENCIA KAUFMAN  
AÑO 2012**

Aspecto	Puntuacion obtenida	Puntuacion tipica	Centil	Categoria descriptiva
Vocabulario	55	111 ± 8	77	Medio alto
Matrices	24	86 ± 7	18	Medio bajo

**Fuente:** Instrumento aplicado

#### 4 2 3 2 Test Proyectivos

Los resultados de este test indican lo siguiente

- **Proyectivo Machover** El menor tiene buena identificación psicosexual. Con actitudes y conductas de un niño de menor edad. Ha estado presente en situaciones que lo han impresionado. El niño puede presentar situaciones que lo angustian con respecto a su aspecto físico como se ve o como lo ven los demás. En ocasiones retraído, inseguro, tímido, con dificultad para relacionarse con los demás, sentimientos de inadecuación. Aislado, rehuye sus problemas, tendencia a escapar de su mundo real. Dependencia. Sentimientos de culpa, a veces tristeza.
- **Proyectivo Familia** Persona significativa para el niño, el rol del padre quien establece el vínculo entre su madre y él. Se siente importante dentro de su círculo familiar, es el lugar que le proporciona estabilidad emocional y seguridad.

#### 4 2 3 3 Test de Personalidad CPQ A

Los resultados de este test indican que es un niño que se mantiene distanciado en sus relaciones sociales con su grupo de pares, ya que tiene mucho temor de ser rechazado por los mismos, así que a manera de prevención prefiere no involucrarse con ellos, situación que provoca o lo sitúa con pobre relación social para un niño de su edad. Es muy emotivo, lo afectan fácilmente las críticas de los demás. El niño es inseguro, impresionable, con sentimientos de culpa antes situaciones referente a su entorno familiar y/o escolar. El menor a veces se muestra como ausente, se mete en su mundo para que el mundo real no le afecte.

El niño presenta una personalidad pasiva, sumisa tímida y es introvertido situación que interfiere a la hora del estudio ya que el puede contar con el conocimiento pero no se atreve a enunciarlo y para los maestro es como que no lo supiera

El menor es muy dependiente en sus estudios necesita supervisión para realizarlos esta distraído por ende le cuesta seguir las indicaciones Mantiene dificultad para el análisis y la comprensión trabaja de forma mecánica y memorística Muestra que poca motivación hacia esta área y piensa que no puede lograr sus objetivos

#### **4 2 3 4 Test de Adaptacion CAI 1**

El niño presenta dificultad en sus relaciones familiares sociales y/o escolares, se siente indefenso y débil con pocas herramientas cuando se enfrenta a su entorno se siente desprotegido y prefiere no hablar no relacionarse pasar desapercibido para no causar problemas ni que se los causen a él Se siente con temor a ser rechazado o herido

#### **4 2 3 5 Cuestionario de Depresion para Niños CDS**

El menor marco índices elevados en los resultados de la prueba, su estado de ánimo indica ausencia de alegría, pobre diversión, dificultad para expresar emociones El niño mostro mucha preocupación por su salud y temor de muerte, de no ser un niño que le agrada a sus padres y/o compañeros (as) de salón El niño manifestó sentimientos de culpabilidad por no ser como quieren sus padres

### 4 2 3 6 Escala Connors para Padres

#### Cuadro No 8 RESULTADOS ESCALA CONNERS PARA PADRES

AÑO 2012

Factor	Reactivos	Puntuacion Bruta	Puntuacion Total
Problemas de Conducta	2 8 14 19,20,27,35 39	6	56
Problema de Aprendizaje	10 25 31 37	9	81
Problema Somatico	32 41 43,44	10	139
Indice de Hiperactividad	4 7 11 13 14 25 31 33,37 38	10	56
Impulsividad-Hiperactivo	4 5 11 13	0	35
Indice de Ansiedad	12 16 24 47	12	105

**Fuente** Instrumento aplicado

Los resultados de este test indican que el menor define areas de dificultad en el aprendizaje tiene problemas fisicos y altos niveles de ansiedad

Su nivel de expresion verbal es rico dotado de palabras y frases bien estructuradas Mientras que el area de ejecucion se situa dentro de lo normal bajo Presenta un cociente intelectual dentro de lo establecido como normal

Es un niño que manifiesta situaciones que lo angustian con respecto a su aspecto fisico le preocupa como se ve o como lo ven los demas En ocasiones es retraido inseguro timido con dificultad para relacionarse con los demas, muestra sentimientos de inadecuacion se isla rehuye sus problemas y presenta tendencia a escapar de su mundo real

El menor muestra dependencia, sentimientos de culpa y a veces tristeza Se mantiene distanciado en sus relaciones sociales con su grupo de pares ya que tiene mucho temor de ser rechazado por los mismos asi que a manera de prevencion prefiere no involucrarse con ellos y en consecuencia, es un niño con pobre relacion social para de su edad Es muy emotivo y lo afectan facilmente las criticas de los demas

#### **4 2 3 7 Impresion Diagnostica (Segun el DSM-IV)**

- EJE I Trastorno de Ansiedad Söcial y/o Trastorno Adaptativo
- EJE II
- EJE III
- EJE IV Se presentan los siguientes aspectos en cuanto a los problemas relativos a su grupo primario de apoyo
  - Padre muy estricto en su disciplina
  - Sobreproteccion de la madre especificamente
  - Patrones de crianzas inadecuados (padre dominante madre pasiva)
  - Problemas relativos al ambiente social
  - Conflictos relacionados a la comunicacion con su grupo de pares
- EJE V En una escala del 51 al 60 es decir moderado ya que su conducta hace que tenga serias dificultades entre su grupo de pares con docentes y personal administrativo del colegio

### **4 3 Resultados despues de puesto en practica el Programa de Intervencion**

#### **4 3 1 Estudiante con Trastorno Negativista Desafiante**

##### ***Hipotesis 1***

La hipotesis general planteada en el primer capitulo sugiere que el puntaje del cuestionario de Alteraciones del Comportamiento asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante posterior a la ejecucion del Programa de Intervencion es menor al puntaje asignado por los maestros del niño antes del programa Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipotesis de t de Student para muestras pareadas

Se realiza la comparacion entre las observaciones de los maestro acerca de la conducta disruptiva del menor proporcionada por el Cuestionario de Alteraciones del Comportamiento en la Escuela antes y despues de ejecutar el Programa de Intervencion

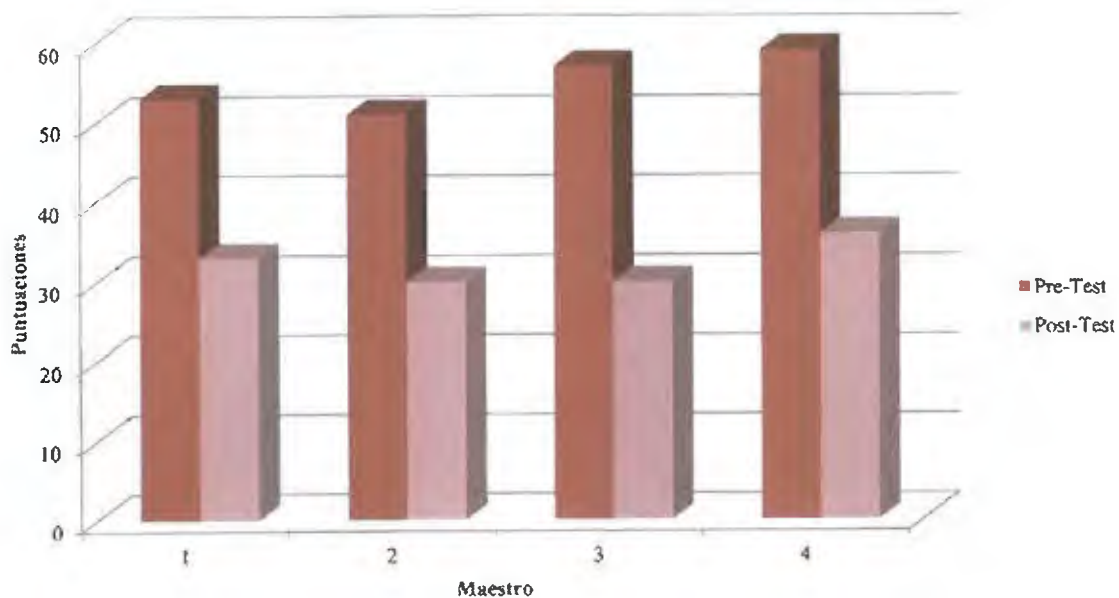
**Cuadro No.9. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**

Maestro	Pre-Test	Post-Test
1	53	33
2	51	30
3	57	30
4	59	36

**Fuente:** Instrumento aplicado.

Después de puesto en práctica el programa de intervención los puntajes disminuyeron, oscilando entre 30 a 36. Es evidente que hubo mejoría en la conducta del niño de severa a ligera-moderada a sin riesgo. En la gráfica 1 se observan con más claridad la disminución de las puntuaciones.

**Gráfica No.1 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

### ***Enunciado de Hipotesis Estadística***

**H<sub>0</sub>** El puntaje promedio del cuestionario de Alteraciones del Comportamiento asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

$$H_0 \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>** El puntaje promedio del cuestionario de Alteraciones del Comportamiento asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

$$H_a \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### ***Supuestos***

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### ***Estadístico de la prueba***

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}} \quad \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n} \quad S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde

$D_i$  Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

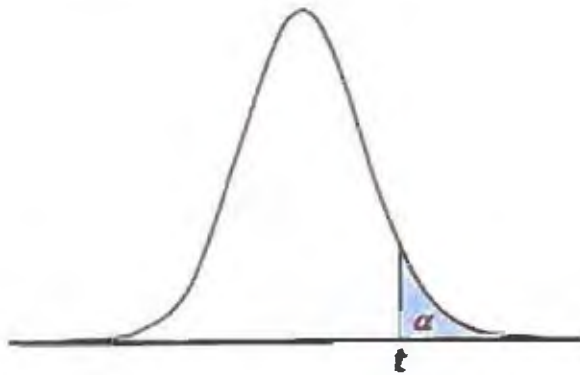
$\bar{D}$  Promedio de las diferencias

$S_D$  Desviación estándar de las diferencias

$n$  Cantidad de maestros

### **Región de Rechazo**

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	55	32,25
Varianza	13,3333	8,25
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0,5721	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	14,6978	
P(T<=t) una cola	0,00034158	
Valor crítico de t (una cola)	2,35336343	
P(T<=t) dos colas	0,00068316	
Valor crítico de t (dos colas)	3,1824	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $14,60 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias **significativas** para afirmar que el puntaje promedio del cuestionario de Alteraciones del Comportamiento asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones del comportamiento en un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

### **Hipotesis 2**

La hipótesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el área de Impulsividad/Hiperactividad asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los maestros acerca de la conducta del menor proporcionada por la escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Impulsividad/Hiperactividad antes y después de ejecutar el Programa de Intervención.

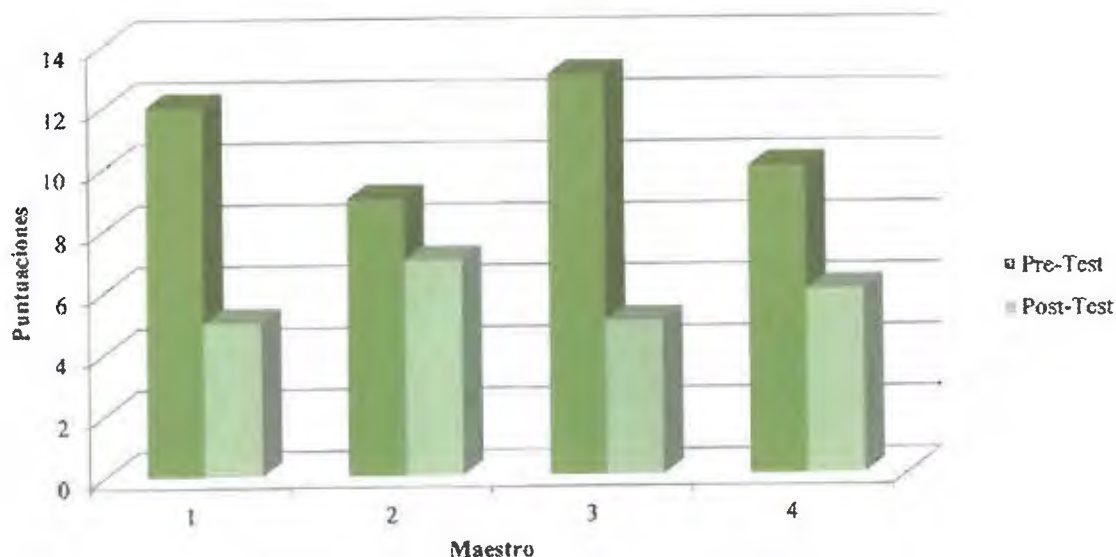
**Cuadro No 10 RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACION DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD EN EL AREA DE IMPULSIVIDAD/HIPERACTIVIDAD, POR TEST, SEGUN MAESTRO AÑO 2013**

<b>Maestro</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
1	12	5
2	9	7
3	13	5
4	10	6

**Fuente:** Instrumento aplicado

Las puntuaciones de 13 y 12 indican Riesgo Elevado en un primer momento. Luego de aplicar el Programa de Intervención las puntuaciones descendieron a 5. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro.

**Gráfica No.2. RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE IMPULSIVIDAD/HIPERACTIVIDAD, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

### ***Enunciado de Hipótesis Estadística***

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Impulsividad/Hiperactividad asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Impulsividad/Hiperactividad asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

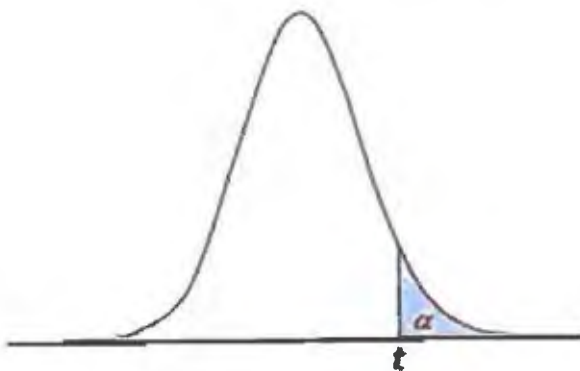
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	11	5,75
Varianza	3,33333	0,91667
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	-0,95346	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	3,81293	
P(T<=t) una cola	0,01586	
Valor crítico de t (una cola)	2,35336	
P(T<=t) dos colas	0,03172	
Valor crítico de t (dos colas)	3,18245	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $3,81 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Impulsividad/Hiperactividad asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones por Impulsividad/Hiperactividad de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

### ***Hipotesis 3***

La hipotesis general planteada en el primer capitulo sugiere que el puntaje de la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad en el area de Deficit de Atencion asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecucion del Programa de Intervencion es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipotesis de t de Student para muestras pareadas

Se realiza la comparacion entre las observaciones de los maestro acerca de la conducta del menor proporcionada por la escala de Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad en el area de Deficit de Atencion antes y despues de ejecutar el Programa de Intervencion

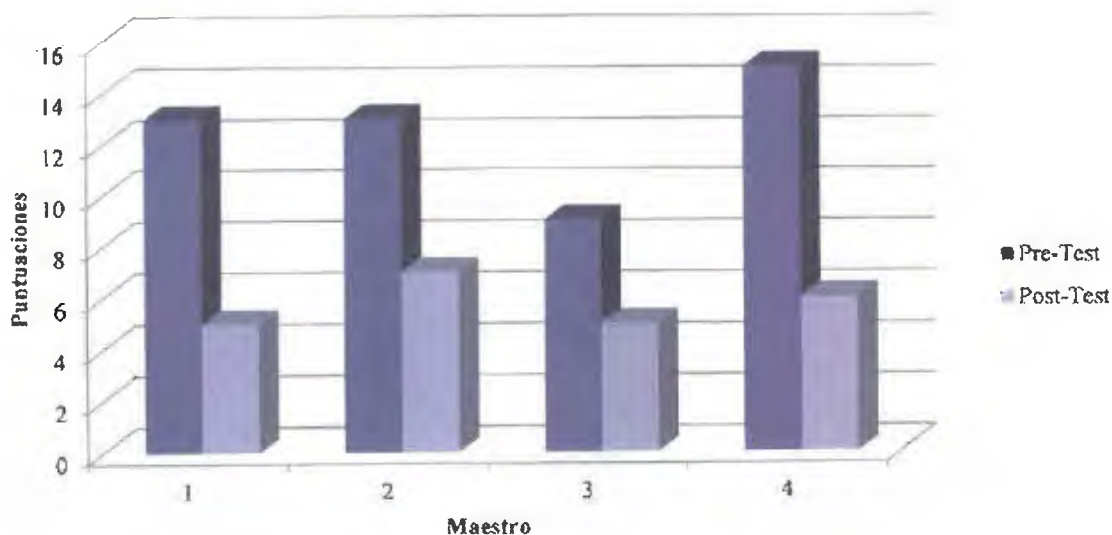
**Cuadro No 11 RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACION DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD EN EL AREA DE DEFICIT DE ATENCIÓN, POR TEST, SEGUN MAESTRO AÑO 2013**

<b>Maestro</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
1	13	5
2	13	7
3	9	5
4	15	6

**Fuente** Instrumento aplicado

Las puntuaciones de 13 y 15 indican Riesgo Elevado en un primer momento Luego de aplicar el Programa de Intervencion las puntuaciones de descenden a 5 y a 6 respectivamente En la siguiente grafica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Gráfica No.3 RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

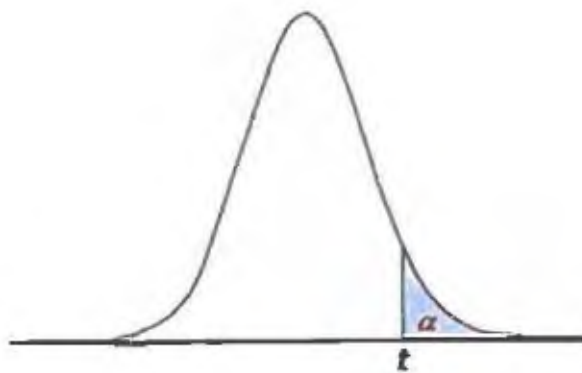
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	12,5	5,75
Varianza	6,3333	0,9167
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0,4842	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	6,0883	
P(T<=t) una cola	0,0044	
Valor crítico de t (una cola)	2,3534	
P(T<=t) dos colas	0,0089	
Valor crítico de t (dos colas)	3,1824	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $6,09 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones por Déficit de Atención de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

#### **Hipotesis 4**

La hipotesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Evaluación del Trastorno por Deficit de Atención con Hiperactividad en el área de Hiperactividad y Deficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los maestros acerca de la conducta del menor proporcionada por la escala de Evaluación del Trastorno por Deficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Hiperactividad y Deficit de Atención antes y después de ejecutar el Programa de Intervención

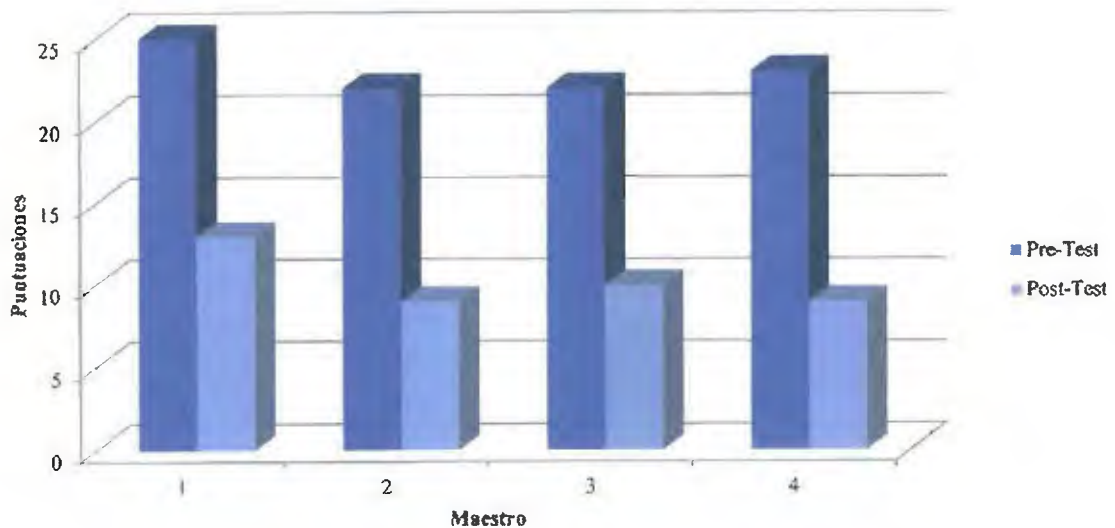
**Cuadro No 12 RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACION DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD EN EL AREA DE HIPERACTIVIDAD Y DEFICIT DE ATENCIÓN, POR TEST, SEGUN MAESTRO AÑO 2013**

<b>Maestro</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
1	25	13
2	22	9
3	22	10
4	23	9

**Fuente** Instrumento aplicado

Las puntuaciones indican Riesgo Elevado en un primer momento. Luego de aplicar el Programa de Intervención las puntuaciones indican Sin Riesgo. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Cuadro No.12. RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



Fuente: Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Hiperactividad y Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Hiperactividad y Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

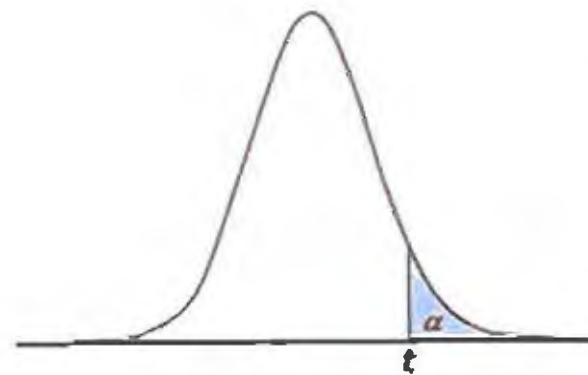
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	23	10,25
Varianza	2,0000	3,5833
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0,8716	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	26,6339	
P(T<=t) una cola	0,0001	
Valor crítico de t (una cola)	2,3534	
P(T<=t) dos colas	0,0001	
Valor crítico de t (dos colas)	3,1824	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $26,63 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Hiperactividad y Déficit de Atención asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones por Hiperactividad y Déficit de Atención de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

### **Hipotesis 5**

La hipótesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el área de Área Trastorno de Conducta asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los maestros acerca de la conducta del menor proporcionada por la escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área Trastorno de Conducta antes y después de ejecutar el Programa de Intervención

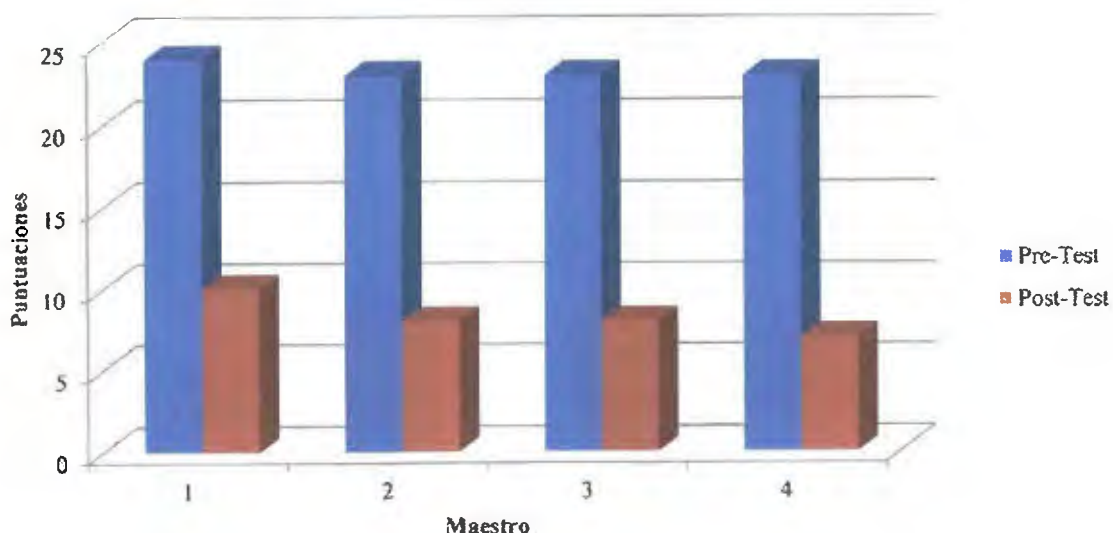
**Cuadro No 13 RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL AREA DE TRASTORNO DE CONDUCTA, POR TEST, SEGUN MAESTRO AÑO 2013**

<b>Maestro</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
1	24	10
2	23	8
3	23	8
4	23	7

**Fuente** Instrumento aplicado

Las puntuaciones indican Riesgo Elevado en un primer momento. Luego de aplicar el Programa de Intervención las puntuaciones indican Sin Riesgo. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Gráfica No.5 RESULTADOS DE LA ESCALA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL ÁREA DE TRASTORNO DE CONDUCTA, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Trastorno de Conducta asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Trastorno de Conducta asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

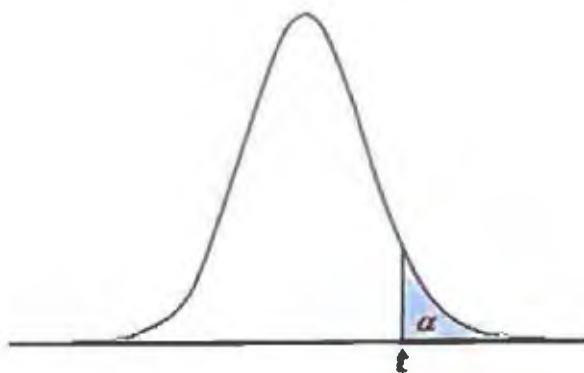
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	23,25	8,25
Varianza	0,2500	1,5833
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0,9272	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	36,7423	
P(T<=t) una cola	0,000022	
Valor crítico de t (una cola)	2,3534	
P(T<=t) dos colas	0,0000	
Valor crítico de t (dos colas)	3,1824	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $36,74 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Área de Trastorno de Conducta asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones por Trastorno de Conducta de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

### ***Hipótesis 6***

La hipótesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares y docentes del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los familiares y maestros acerca de la conducta del menor proporcionada por la Escala Connors para Padres antes y después de ejecutar el Programa de Intervención

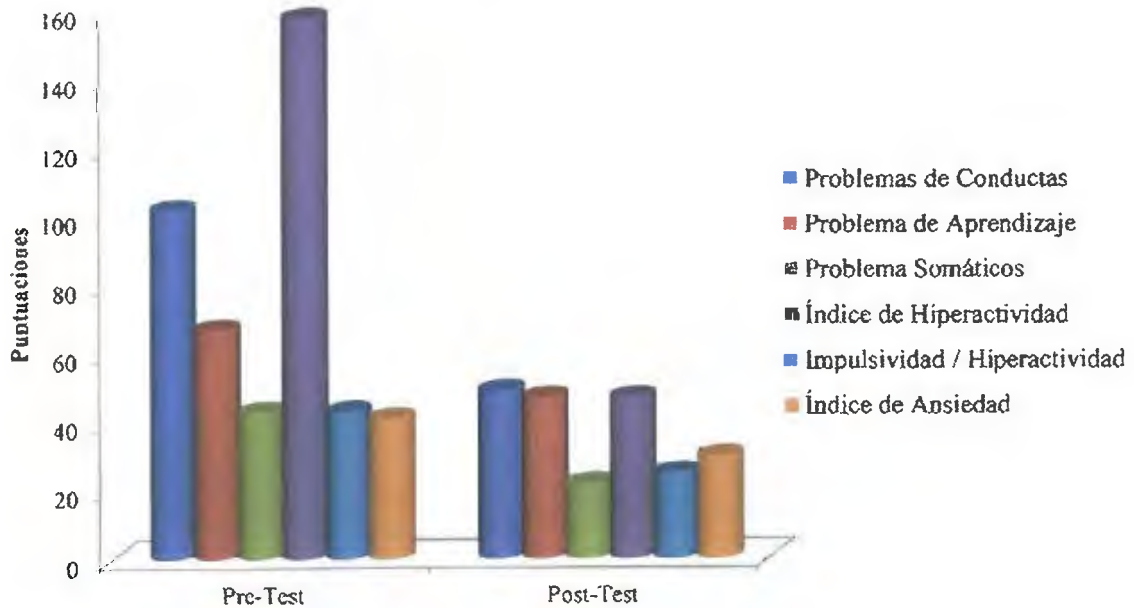
**Cuadro No 13 RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS  
PARA PADRES, POR TEST, SEGUN MAESTRO  
AÑO 2013**

<b>Factor</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
Problemas de Conductas	102	49
Problema de Aprendizaje	67	47
Problema Somáticos	43	22
Índice de Hiperactividad	158	47
Impulsividad / Hiperactividad	43	25
Índice de Ansiedad	41	30

**Fuente** Instrumento aplicado

Se observó una mejora en el control de la conducta y en el control de la hiperactividad del niño. En los ítems que evaluaban conducta disruptiva el menor en su segunda aplicación presentó mejor manejo en el control de sus impulsos y conducta. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Gráfica No.6. RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS PARA PADRES, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares y maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares y maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares y maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

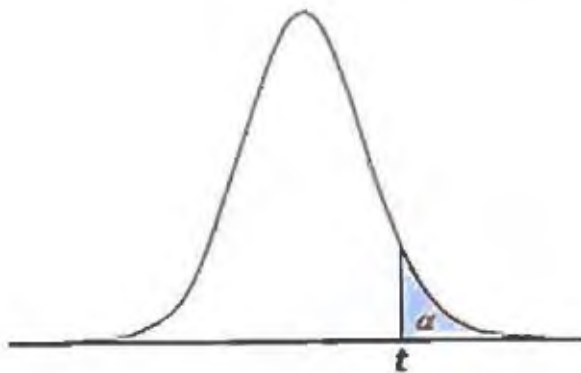
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	75,6667	36,6667
Varianza	2176,6667	152,2667
Observaciones	6	6
Coefficiente de correlación de Pearson	0,7564	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	2,5019	
P(T<=t) una cola	0,0272	
Valor crítico de t (una cola)	2,0150	
P(T<=t) dos colas	0,0544	
Valor crítico de t (dos colas)	2,5706	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $2,50 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares y maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares y maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

### **Hipotesis 7**

La hipótesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Escala Connors para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los familiares y maestros acerca de la conducta del menor proporcionada por la Escala Connors para Docentes antes y después de ejecutar el Programa de Intervención

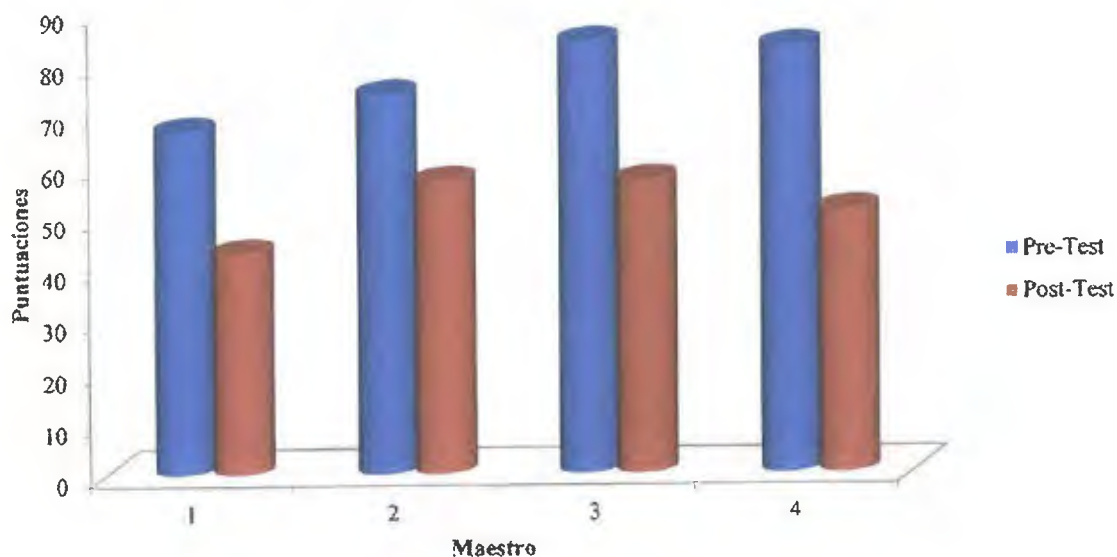
**Cuadro No 13 RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS PARA DOCENTES, POR TEST, SEGUN MAESTRO AÑO 2013**

<b>Maestros</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
1	67	43
2	74	57
3	84	57
4	83	51

**Fuente** Instrumento aplicado

Después de la aplicación del Programa de Intervención se observó disminución en todas las áreas calificadas por los profesores del menor, sobre todo aquellas que estaban enmarcadas en conductas inadecuadas en el aula. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Gráfica No.7. RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS PARA DOCENTES, POR TEST, SEGÚN MAESTRO. AÑO: 2013**



Fuente: Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares y maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares y maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares y maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

n: Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es **unilateral** derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	77	52
Varianza	64,6667	44,0000
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0,6499	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	7,9724	
P(T<=t) una cola	0,0021	
Valor crítico de t (una cola)	2,3534	
P(T<=t) dos colas	0,0041	
Valor crítico de t (dos colas)	3,1824	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $7,97 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Escala Connors para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno Negativista Desafiante anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

### 4 3 2 Estudiante con Trastorno de Adaptacion

En la siguiente tabla se recopilan los aspectos observados en dos instrumentos utilizados para evaluar la ansiedad y la depresion del niño con Trastorno de Adaptacion antes y despues de la aplicacion del Programa de Intervencion

**Cuadro No 14 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE UN NIÑO CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCION AÑO 2013**

Instrumento aplicado	Antes de aplicar el programa	Despues de aplicar el programa
<p><b>Test de Adaptacion CAI 1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presento dificultad en sus relaciones familiares sociales y/o escolares</li> <li><input type="checkbox"/> Se siente indefenso y debil con pocas herramientas cuando se enfrenta a su entorno</li> <li><input type="checkbox"/> Se siente desprotegido</li> <li><input type="checkbox"/> Prefiere no hablar no relacionarse pasar desapercibido para no causar problemas ni que se los causen a el</li> <li><input type="checkbox"/> Se siente con temor a ser rechazado o herido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Refleja buena identificacion con su entorno</li> <li><input type="checkbox"/> Presenta cierto grado de timidez pero esta no impide el relacionarse satisfactoriamente con su nuevo grupo de pares</li> <li><input type="checkbox"/> Ha aprendido a vivir con sus debilidades y a resaltar sus fortalezas logrando mejorar su forma de relacionarse con sus amigos, familiares y demas personas</li> </ul>
<p><b>Cuestionario de Depresion para Niños' CDS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Marco indices elevados en su estado de animo ausencia de alegria pobre diversion, dificultad expresar emociones</li> <li><input type="checkbox"/> Presento mucha preocupacion por su salud y temor de muerte de no ser un niño que le agrada a sus padres y/o compañeros'(as) de salon</li> <li><input type="checkbox"/> Manifiesto sentimientos de culpabilidad por no ser como quieren sus padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mostro mejora sus sentimientos de inadecuacion con su entorno escolar y familiar</li> <li><input type="checkbox"/> Logro una estabilidad emocional, con mayor optimismo y vision hacia el futuro</li> </ul>

**Fuente** Instrumento aplicado

### ***Hipotesis 8***

La hipótesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Escala Conners para Padres asignado por los familiares del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares del niño posterior al programa

Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los familiares acerca de la conducta del menor proporcionada por la Escala Conners para Padres antes y después de ejecutar el Programa de Intervención

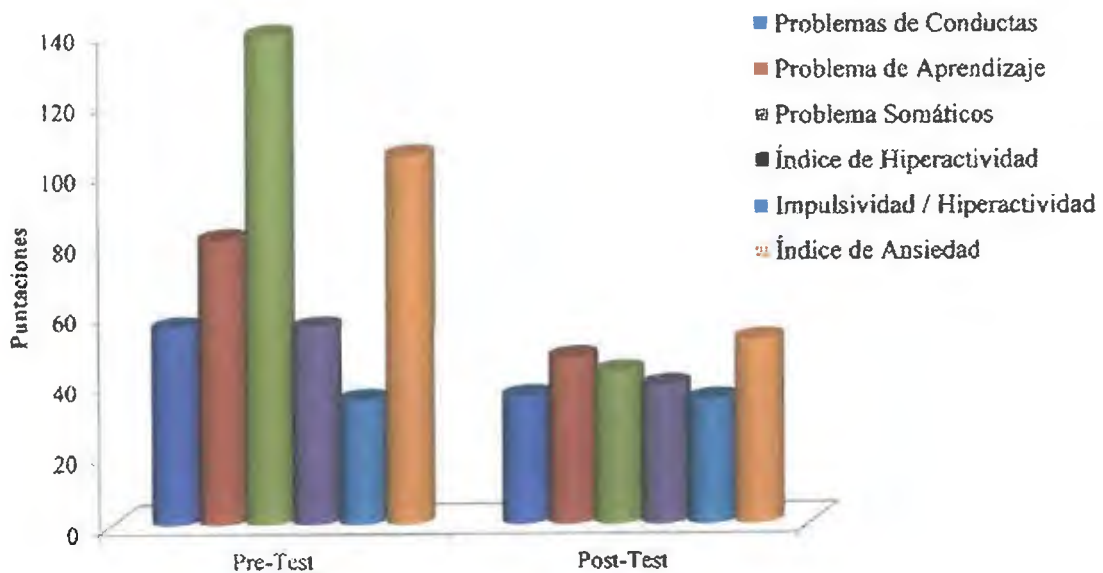
**Cuadro No 15 RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS  
PARA PADRES, SEGUN TEST  
AÑO 2013**

<b>Factor</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
Problemas de Conductas	56	36
Problema de Aprendizaje	81	47
Problema Somáticos	139	43
Índice de Hiperactividad	56	39
Impulsividad / Hiperactividad	35	35
Índice de Ansiedad	105	52

**Fuente** Instrumento aplicado

El alto grado de ansiedad que presentaba el menor provocaba que manifestara problemas físicos que impedían un buen funcionamiento en su aprendizaje y en su interacción social. Después de puesto en práctica el Programa de Intervención se realizó la misma encuesta a la madre y los resultados mostraron mejoría en sus problemas de aprendizaje, prácticamente sus problemas de tipo somático desaparecieron y su índice de ansiedad disminuyó considerablemente. Este avance permitió que el menor tuviera mejor rendimiento académico y mejor interacción social con su grupo de pares. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Gráfica No.8. RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS PARA PADRES, SEGÚN TEST. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los familiares del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

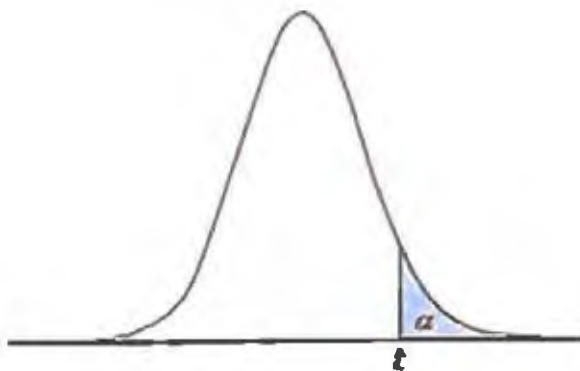
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

2,35.

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	78,67	42,00
Varianza	1454,6667	44,0000
Observaciones	6	6
Coefficiente de correlación de Pearson	0,6680	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	2,6363	
P(T<=t) una cola	0,0231	
Valor crítico de t (una cola)	2,0150	
P(T<=t) dos colas	0,0462	
Valor crítico de t (dos colas)	2,5706	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $2,63 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Escala Connors para Padres asignado por los familiares del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los familiares del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones de un niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión.

### ***Hipótesis 9***

La hipótesis general planteada en el primer capítulo sugiere que el puntaje de la Escala Conners para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa

Para validar la veracidad de la misma es necesario aplicar la prueba de hipótesis de t de Student para muestras pareadas. Se realiza la comparación entre las observaciones de los familiares acerca de la conducta del menor proporcionada por la Escala Conners para Docentes antes y después de ejecutar el Programa de Intervención

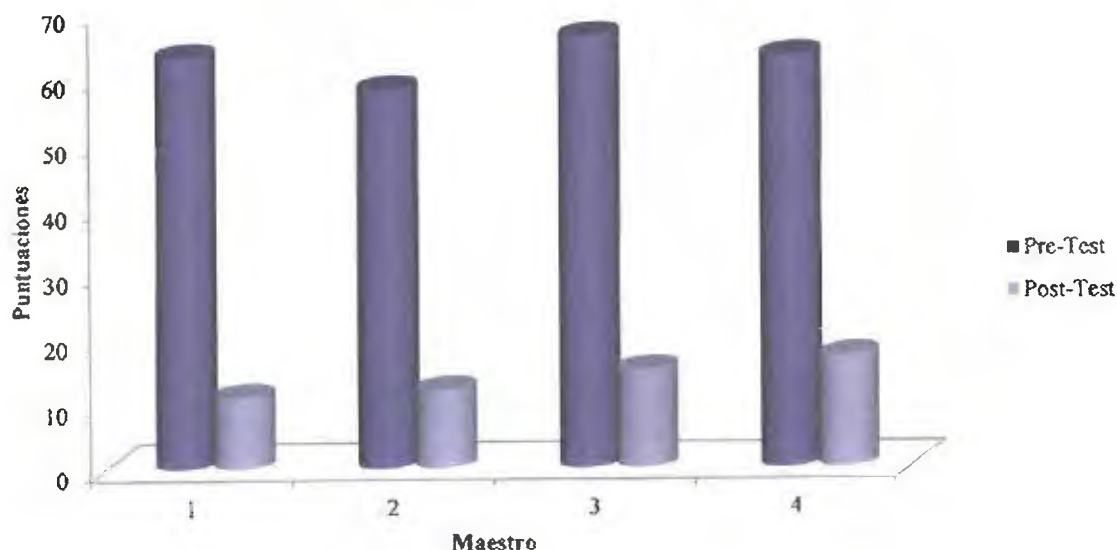
**Cuadro No 16 RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS  
PARA DOCENTES, SEGUN TEST  
AÑO 2013**

<b>Maestro</b>	<b>Pre-Test</b>	<b>Post-Test</b>
1	63	11
2	58	12
3	66	15
4	63	17

**Fuente** Instrumento aplicado

Después del programa de intervención se observó disminución en todas las áreas calificadas por los profesores del menor, sobre todo aquellas que estaban enmarcadas en conductas inadecuadas en el aula y que interfirieron notablemente en el buen desempeño escolar del menor tanto en el aprendizaje significativo como sus relaciones sociales. En la siguiente gráfica se aprecian mejor los valores de este cuadro

**Gráfica No.9. RESULTADOS DE LA ESCALA CONNERS PARA DOCENTES, SEGÚN TEST. AÑO: 2013**



**Fuente:** Instrumento aplicado.

**H<sub>0</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es menor o igual al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_0: \bar{x}_1 \leq \bar{x}_2$$

**H<sub>a</sub>:** El puntaje promedio de la Escala Connors para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa.

$$H_a: \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

### Supuestos

- Homogeneidad de varianzas
- Los resultados de las diferencias siguen una distribución t de Student con  $n - 1$  grados de libertad
- El nivel de significancia es 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )

### Estadístico de la prueba

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}; \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}; S_D = \sqrt{\frac{\sum (D_i - \bar{D})^2}{n - 1}}$$

Donde:

$D_i$ : Diferencia entre el resultado del pre-test y el post-test

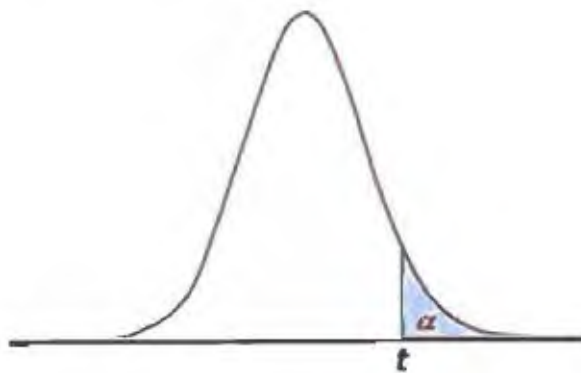
$\bar{D}$ : Promedio de las diferencias

$S_D$ : Desviación estándar de las diferencias

$n$ : Cantidad de maestros

### Región de Rechazo

Según la hipótesis alterna, la dirección de la prueba es unilateral derecha. Entonces el criterio para el rechazo de la hipótesis nula es:



Si el valor del estadístico de la prueba ( $t_c$ ) es mayor que el valor crítico ( $t^*$ ), entonces la hipótesis nula se rechaza. En caso contrario se acepta la hipótesis alterna como probable.

$$t_c > t^* \Rightarrow H_0 \text{ se rechaza}$$

2,35.

El valor de  $t^*$  para  $\alpha = 0,05$  y g.l. = 3 es

### ***Cálculo y comparación del Estadístico***

Con la ayuda de la herramienta de Análisis de Datos del EXCEL se realiza la prueba y se obtienen los siguientes resultados:

<b><i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas</i></b>	<b><i>Pre-Test</i></b>	<b><i>Post-Test</i></b>
Media	62,50	13,75
Varianza	11,0000	7,5833
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0,4562	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	30,453884	
P(T<=t) una cola	0,000039	
Valor crítico de t (una cola)	2,353363	
P(T<=t) dos colas	0,000078	
Valor crítico de t (dos colas)	3,182446	

Al comparar el estadístico  $t_c$  con el valor crítico  $t^*$  de un cola, se observa que  $30,45 > 2,35$ .

### ***Decisión y conclusión***

Al ser el estadístico  $t_c$  mayor que el valor crítico  $t^*$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta como probable la hipótesis alterna.

Se puede concluir que existen evidencias significativas para afirmar que el puntaje promedio de la Escala Connors para Docentes asignado por los maestros del niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión anterior a la ejecución del Programa de Intervención es mayor al puntaje asignado por los maestros del niño posterior al programa. En otras palabras, el Programa de Intervención afecta de manera positiva las alteraciones de un niño con Trastorno de Adaptación con Estado de Ansiedad y Depresión.

**Capítulo V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **5 Conclusiones y Recomendaciones**

### **5.1 Conclusiones en el caso de Trastorno Negativista Desafiante**

Esta investigación puntualiza las siguientes conclusiones con respecto al niño con el trastorno en mención

- ⇒ Los problemas de conducta y bajo rendimiento académico del menor obedecen a comportamientos negativistas desafiante que han sido fortalecidos por patrones disciplinarios inadecuados tanto en el hogar como en la escuela, generando que el menor no reconozca los niveles jerárquicos de autoridad produciendo un deterioro en las relaciones con su grupo familiar, personal educativo y relaciones con sus pares
- ⇒ Por medio del programa de intervención se logra la mejoría en su conducta inadecuada sobre todo en el contexto escolar, donde las relaciones con su grupo de pares y docentes se desarrollan en el margen de la buena comunicación y el respeto utilizando los canales apropiados para mejores resultados. Su rendimiento académico mejora notablemente así es indicado por las calificaciones obtenidas ya al final de puesto en práctica el programa
- ⇒ En el hogar se rige por el seguimiento de normas bien estructuradas y consistente por parte de los adultos responsables atendiendo que el no cumplimiento de las mismas tendrá el costo de respuesta.

### **5.2 Conclusiones en el caso de Trastorno de Adaptación**

Esta investigación puntualiza las siguientes conclusiones con respecto al niño con el trastorno en mención

- ⇒ Se concluye que el niño no presenta deficiencia intelectual que pueda interferir en su rendimiento académico
- ⇒ En las pruebas informales de lecto-escritura se encuentra en un nivel acorde a su edad y su grado, se descarta con ello que esto afecte su rendimiento académico
- ⇒ El bajo rendimiento académico obedece, primero a un pobre auto concepto dependencia hacia el rol materno para poder desarrollarse tanto en el ámbito escolar como social su alto grado de timidez impide que pueda tener una adecuada

socialización con sus grupo de pares y docentes por ello, a la hora de participación en clases le resulta difícil y prefiere no hablar si no entiende algo no pregunta por temor a equivocarse y que los demás niños se burlen de él

- ⇒ Sus niveles de ansiedad están elevados esto corrobora lo expuesto por él en la entrevista individual que se le olvida lo estudiado a la hora de realizar sus ejercicios, charlas y demás
- ⇒ La constante desautorización entre madre y padrastro crean en el menor sentimientos de inestabilidad emocional culpa e inseguridad que deterioran aun más sus relaciones en sus diferentes campos de acción
- ⇒ Mediante el programa de intervención se trabajó la identificación de emoción y pensamiento y en su reestructuración Logrando eliminar sus ideas irracionales
- ⇒ Con ello se mejora el concepto que tiene de sí mismo subiendo su autoestima y proporcionándole mayor seguridad en sus actos
- ⇒ A través de normas consistentes entre los adultos responsables se restablece el equilibrio emocional del niño
- ⇒ El entrenamiento en Habilidades Sociales permite que el niño poco a poco vaya acercándose a su grupo de compañeros y observar que es bien recibido minimizando su ansiedad al creer que va ser rechazado Al final le permite el participar en un equipo de Ping – Pong en el colegio
- ⇒ Docentes manifiesta que se integra más a su grupo no se le observa solo en los recreos y participa más en clases al igual que ya no rehusa el participar en trabajos de grupo

### **5.3 Recomendaciones para el caso del niño de Trastorno Negativista Desafiante**

Esta investigación aporta las siguientes recomendaciones con respecto al niño con el trastorno en mención

- ⇒ Brindar orientación a los adultos responsables información sobre el manejo del menor con Trastorno de Conducta Negativista Desafiante

- ↩ Implementar en el hogar normas disciplinarias límites y consecuencias claras que se lleven a cabo de forma consistente (Madre-abuela y demás familiares)
- ↩ Dar seguimiento en el entrenamiento al menor en las técnicas de modificación de conductas basada en economía de fichas contrato conductual costo de respuesta entre otras
- ↩ Dar seguimiento en el entrenamiento en habilidades sociales para el manejo de sus relaciones con su grupo de pares, docentes y adultos en general
- ↩ Seguimiento con el menor para que pueda establecer la relación entre pensamiento-emoción-conducta, para discriminar sus distorsiones de pensamiento y como los mismos interfieren en su conducta
- ↩ Seguimiento en la puesta en práctica de las técnicas de relajación y auto-instrucciones para el control de la ira y conducta impulsiva
- ↩ Continuidad en mantener los hábitos y estrategias de estudios
- ↩ Seguimiento en focalización de atención
- ↩ Creación de un programa para reforzar auto-concepto en el menor

#### **5.4 Recomendaciones para el caso de Trastorno de Adaptación**

Esta investigación aporta las siguientes recomendaciones con respecto al niño con el trastorno en mención

- ↩ Brindar orientación a los adultos responsables sobre resultados de las evaluaciones del menor
- ↩ Se le sugiere a los adultos responsables identificar con el menor la situación o situaciones que le generen ansiedad
- ↩ A través de identificación de emociones enfocarlo en los pensamientos que le surgen de la situación el significado que le da a los mismos y reducir el grado de ansiedad que estos le produzcan
- ↩ Se procurará el cambio de pensamientos negativos a positivos

- ↳ Dar seguimiento al entrenamiento en habilidades sociales para sus relaciones interpersonales y su grado de efectividad en la escuela y demás ámbitos donde se desenvuelva el menor
- ↳ Poner en práctica el entrenamiento en Técnicas de Relajación para contrarrestar la ansiedad que le produzcan algunas situaciones
- ↳ Dar continuidad al trabajo con agenda, horarios y estrategias a la hora del estudio
- ↳ Dar continuidad al entrenamiento para mantener la atención y escucha eficaz

## **ANEXOS**

## INFORMES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

**Nombre:** Eloísa M. Morales

**Escenario:** Iglesia Santa María de Guadalupe,  
Barriada Altos de Las Acacias.

**Días:** martes y jueves

**Hora:** 6:00 p.m. a 8:00 p.m.

**Período I:** Marzo - Diciembre 2011.

**Periodo II:** Abril – Diciembre 2012.

**Periodo III:** Enero – Abril 2013

**Diagnóstico:** Trastorno Negativista Desafiante

### Marzo 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
1/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer motivo de consulta.</li> <li>Realizar entrevista a la madre y al menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dialoga con el menor se le preguntan datos personales y por qué cree que esta en consulta.</li> <li>Se realizó entrevista a la madre del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja blanca</li> <li>Bolígrafo</li> <li>Cuestionarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivo de consulta.</li> <li>Historia del menor.</li> <li>Armar mi batería de pruebas, según motivo de consulta.</li> </ul>
3/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar entrevista al menor.</li> <li>Establecer una relación terapeuta paciente.</li> <li>Estructurar batería de pruebas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al menor.</li> <li>Preguntarle sobre su vida con sus amigos, familiares y gustos.</li> <li>Atendiendo el motivo de consulta se estructura batería de pruebas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja blanca y bolígrafo</li> <li>Cuestionario.</li> <li>Instructivos y hojas de respuestas de las pruebas psicológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La creación de un ambiente terapéutico propicio para brindar la atención.</li> </ul>
8/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la aplicación de pruebas proyectivas (Machover y Familia).</li> <li>Entregar cuestionario para los docentes. (ACE, EDAH y CONNERS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de test proyectivos.</li> <li>Se entrega cuestionario para los docentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas blancas</li> <li>Lápiz</li> <li>Borrador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El trabajo cooperativo del menor.</li> <li>Terminar aplicación de lo programado.</li> </ul>
10/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar Test de Inteligencia Tony 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de la Escala de Inteligencia Tony 2. Descartar o Confirmar posible deficiencia intelectual que esté afectando el rendimiento académico y conducta del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual y Cuadernillo de aplicación de la Escala de Inteligencia Tony 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terminar aplicación de la escala de inteligencia.</li> <li>Descartar deficiencia Intelectual.</li> </ul>

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
15/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar aspectos de la personalidad del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de Test de Personalidad para Niños. Primera parte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual y Cuadernillo de aplicación del Test de Personalidad para niños.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de áreas de la personalidad del menor que deben ser reforzadas.</li> </ul>
17/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar aspectos de la personalidad del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de Test de Personalidad para Niños. Segunda parte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual y Cuadernillo de aplicación del Test de Personalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de áreas de la personalidad del menor que deben ser reforzadas.</li> </ul>
22/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indagar percepción del menor con su grupo primario, de pares y medio educativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de Test de Adaptación CAI I.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual y Cuadernillo de aplicación del Test de Adaptación CAI I.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de las relaciones del menor con su grupo primario, grupo de pares y medio educativo.</li> </ul>
25/3/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corregir batería de pruebas aplicadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corrección e Interpretación de pruebas aplicadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuales de las pruebas utilizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posible impresión diagnóstica.</li> </ul>

#### Abril 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
5/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar a la madre del menor con base a los resultados obtenidos en la evaluación para el manejo del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de los resultados.</li> <li>Informar estrategias a utilizar con familiares y el menor, para mejorar conducta y rendimiento académico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar áreas para intervención terapéutica.</li> </ul>
7/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar entrenamiento a la madre y abuela sobre modificación de conducta, basada en economía de fichas.</li> <li>Crear un contrato conductual entre la escuela, madre y estudiante.</li> <li>Implementar estrategias de estudios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se explicó en qué consiste la modificación de conductas basada en economía de fichas. Al igual que el contrato conductual.</li> <li>Estudio se trabajará con agenda escolar, horario y métodos de estudio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas y lápiz.</li> <li>Agenda escolar, alarma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pudo corregir métodos inadecuados de corregir conducta.</li> <li>Bajar los niveles de estrés de la madre y abuela.</li> </ul>
12/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento con el menor en auto-instrucciones.</li> <li>Reforzar autoestima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se le explico y modeló al menor como poder contrarrestar situaciones de ira.</li> <li>Se introdujo programa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicóloga, estudiante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de manejo de sus emociones en situaciones de ira.</li> <li>Por medio del</li> </ul>

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
		en auto-concepto.		dialogo socrático, el menor descubre cuáles son sus fortalezas y como poder trabajar en las otras áreas.
19/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en Focalización de Atención.</li> <li>Entrenamiento en Relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio de las sesiones con la sesión visomotor.</li> <li>Inicio del entrenamiento en relajación autógena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>copias impresas del programa enfocate.</li> <li>lápiz, lápices de colores.</li> <li>sillón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reduce la distracción del menor en periodos de tiempo cada vez más largos.</li> </ul>
26/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en Focalización de Atención.</li> <li>Entrenamiento en Relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesión viso motor.</li> <li>Seguimiento con entrenamiento autógeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>copias impresas del programa enfocate.</li> <li>lápiz, lápices de colores.</li> <li>sillón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reduce la distracción del menor en periodos de tiempo cada vez más largos.</li> </ul>
28/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en Focalización de Atención.</li> <li>Entrenamiento en Relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesión viso motor.</li> <li>Seguimiento con entrenamiento autógeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>copias impresas del programa enfocate.</li> <li>lápiz, lápices de colores.</li> <li>sillón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reduce la distracción del menor en periodos de tiempo cada vez más largos.</li> </ul>
27/4/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en Focalización de Atención.</li> <li>Entrenamiento en Relajación y auto-instrucciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesión viso motor.</li> <li>Seguimiento con entrenamiento autógeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>copias impresas del programa enfocate.</li> <li>lápiz, lápices de colores.</li> <li>sillón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reduce la distracción del menor en periodos de tiempo cada vez más largos.</li> </ul>

### Mayo 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
3/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en Focalización de Atención.</li> <li>Entrenamiento en Relajación y auto-instrucciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalizar sesión viso motora.</li> <li>Seguimiento con entrenamiento autógeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copias impresas del programa enfocate.</li> <li>Lápiz, lápices de colores.</li> <li>sillón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se reduce la distracción del menor en periodos de tiempo cada vez más largos.</li> </ul>
5/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar cuaderno de conducta.</li> <li>Seguimiento de Contrato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dará seguimiento de conducta en los diferentes escenarios donde se desenvuelve el niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuaderno de conducta.</li> <li>Contrato Conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leve mejoría en su conducta.</li> </ul>

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
	<ul style="list-style-type: none"> <li>conductual.</li> <li>• Seguimiento de normas establecidas en casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hizo énfasis en normas disciplinarias consistentes a los adultos.</li> </ul>		
10/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento de Contrato conductual.</li> <li>• Cuaderno de conducta.</li> <li>• Seguimiento de normas establecidas en casa.</li> <li>• Habilidades Sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la madre se revisa conductas que deben ser reconsideradas.</li> <li>• Se deja asignación para ser utilizada con familiares, docentes y compañeros de clases.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno de conducta.</li> <li>• Contrato Conductual.</li> <li>• Cuaderno para asignaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
12/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento de Contrato conductual.</li> <li>• Cuaderno de conducta.</li> <li>• Seguimiento de normas establecidas en casa.</li> <li>• Revisar asignación en habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cada sesión se revisa los cambios de conducta y se confronta aquellas conductas que representen dificultad para el menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno de conducta.</li> <li>• Cuaderno de asignaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
17/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar seguimiento a habilidades sociales, conducta, auto instrucciones y relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir en el tablero situaciones donde el menor puso en práctica habilidades sociales aprendidas y el control de ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotos de colores.</li> <li>• Tablero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
19/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar pensamientos negativos.</li> <li>• Reconstrucción de pensamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el menor se trabajará pensamiento, emoción y conducta. De un lado colocar pensamiento distorsionado del menor. Del otro lado Nuevo pensamiento, positivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tablero, pilotos de colores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
24/5/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar seguimiento con la madre de la conducta del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó presentación con power point acerca del trastorno, formas de manejarlo y la importancia del grupo familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora.</li> <li>• Proyector.</li> <li>• Power point.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

## Junio 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
7 y 9/6/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar respuesta a interrogantes de la madre con respecto al trastorno, técnicas y manejo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se responde las diferentes interrogantes con ayuda de documentación impresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentación impresa del trastorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
14, 16 y 21/6/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención al menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confrontar conductas disruptivas, realizadas en consulta anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lápiz y papel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
23, 28 y 30/6/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades sociales, conducta, relajación y auto-instrucciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento de caso con el menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja y papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>

## Julio de 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
19/7/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistar al adulto responsable y al menor. Seguimiento del caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista con el adulto responsable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de entrevista.</li> <li>Hoja y bolígrafo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejor control de sus impulsos.</li> <li>Mejor relación con su grupo de pares, familiares docentes.</li> </ul>
26/7/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistar al adulto responsable. Seguimiento de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al menor y familiares.</li> <li>Seguimiento conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de entrevista.</li> <li>Hoja y bolígrafo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejor control de sus impulsos.</li> <li>Mejor relación con su grupo de pares, familiares docentes.</li> </ul>
28/7/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistar al adulto responsable. Darle recomendaciones para atención del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizó entrevista al adulto y se le entrega recomendaciones para familiares y docentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de entrevista.</li> <li>Hoja y bolígrafo.</li> <li>Hoja impresa con las recomendaciones para familiares y docentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>

## Agosto – Diciembre 2011

- Seguimiento con familiar del menor en atenciones individuales mensuales.
- Seguimiento con el menor en atenciones individuales mensuales.
- Seguimiento 2 veces por semana e el aula de clases del menor.
- Entrenamiento en habilidades sociales con su grupo de compañeros.
- Orientación a los docentes del menor.

### **Enero 2012**

- Analisis de los resultados observados durante la aplicacion del programa de intervencion

### **Abril 2012**

- Se aplica bateria de pruebas utilizadas antes de puesto en practica el programa de intervencion, para determinar si hubo mejoria en las areas trabajadas
- Analisis de los resultados

### **Mayo – Diciembre 2012**

- Seguimiento del caso con docentes en el aula escolar
- Seguimiento del caso con familiares y menor

### **Enero 2013**

- Elaboracion del trabajo final

### **Mayo 2013**

- Presentacion del trabajo final

**Nombre:** Eloísa M. Morales

**Escenario:** Iglesia Santa María de Guadalupe,  
Barriada Altos de Las Acacias.

**Días:** miércoles y viernes

**Hora:** 6:00 p.m. a 8:00 p.m.

**Período:** Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre de 2011 y Abril de 2012

**Diagnóstico:** Trastorno de Adaptación con Ansiedad/Depresión

### Septiembre de 2011

<b>Día de Atención</b>	<b>Área de Intervención</b>	<b>Actividades Realizadas</b>	<b>Materiales Utilizados</b>
7/9/2011	• Individual a padres	• Se realizó entrevista a la madre y actual pareja del menor.	• Hoja blanca, bolígrafo
9/9/2011	• Individual al menor	• Entrevista al menor. • Se estructura batería de pruebas a aplicar.	• Hoja blanca y bolígrafo
14/9/2011	• Individual al menor	• Aplicación de test proyectivos. • Aplicación de batería de pruebas informales. • Se entrega cuestionario para los docentes.	• Hojas blancas, lápiz, formularios para las pruebas informales.
16/9/2011	• Individual al menor	• Aplicación de la Escala de Inteligencia Tony 2	• Manual y Cuadernillo de aplicación de la Escala de Inteligencia Tony 2
21/9/2011	• Individual al menor	• Aplicación de Test de Personalidad para Niños. Primera parte.	• Manual y Cuadernillo de aplicación del Test de Personalidad para niños.
23/9/2011	• Individual al menor	• Aplicación de Test de Personalidad para Niños. Segunda parte	• Manual y Cuadernillo de aplicación del Test de Personalidad.
28/9/2011	• Individual al menor	• Corrección e Interpretación de las pruebas.	• Pruebas aplicadas.

### Octubre 2011

Día de Atención	Área de Intervención	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados
5/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual a la madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de los resultados.</li> <li>Estrategias a utilizar con familiares y el menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe del menor</li> </ul>
7/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual al menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se inicia entrenamiento en auto-concepto.</li> <li>Estrategia de estudios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas, lápiz, agenda escolar, horario de estudio.</li> </ul>
12/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual al menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en auto-concepto y motivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas y lápiz.</li> </ul>
14/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual al menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auto-concepto y motivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón Parroquial, estudiante, silla</li> </ul>
19/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual al menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento de relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sillón.</li> </ul>
21/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual al menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento de relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sillón.</li> </ul>
26/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual con madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento de caso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón Parroquial, estudiante, silla</li> </ul>

### Noviembre de 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
2/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista con la madre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza presentación en power point referente al trastorno y formas de manejo.</li> <li>A través del dialogo explica situación emocional actual del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyector.</li> <li>Power point.</li> <li>Computadora.</li> <li>Hoja y papel.</li> </ul>	
9/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar emociones, sentimientos y pensamientos.</li> <li>Habilidades Sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se utilizó técnicas cognitivo conductual.</li> <li>Se anota las emociones, sentimientos y pensamientos ante los actuales acontecimientos.</li> <li>Se le pide al menor hable sobre experiencias donde pone en prácticas sus habilidades sociales aprendidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja y papel.</li> </ul>	

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
11/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento de la sesión anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cada sesión se revisa los cambios de conducta y se confronta aquellas conductas que represente dificultad para el menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja blanca y papel.</li> </ul>	
16/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar seguimiento a habilidades sociales, conducta, auto-instrucciones y relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con el menor se trabajara pensamiento, emoción y conducta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pilotos de colores.</li> <li>Tablero.</li> </ul>	
18/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	
23/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar seguimiento con la madre de las emociones del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dialogo.</li> <li>Se dio sugerencias ante ciertas situaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja y papel</li> </ul>	

### Diciembre de 2011

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
2/12/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar respuesta a interrogantes de la madre con respecto al trastorno, técnicas y manejo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se responde las diferentes interrogantes con ayuda de documentación impresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentación impresa del trastorno.</li> </ul>	
7/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención al menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confrontar conductas, que aun queden presentes en el menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lápiz y papel.</li> </ul>	
9/11/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención al menor.</li> <li>Atención a la madre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confrontar conductas, que aun queden presentes en el menor.</li> <li>Se le dan sugerencias a la madre y se da cita para el mes de abril (seguimiento de caso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lápiz y papel.</li> </ul>	

## Abril 2012

Día de Atención	Objetivos	Actividades Realizadas	Materiales Utilizados	Logros
5/04/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistar al adulto responsable.</li> <li>Seguimiento del caso, nuevo periodo escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista con el adulto responsable.</li> <li>Se entrega encuestas para los docentes y familiares, después de puesto el programa de intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de entrevista.</li> <li>Hoja y bolígrafo</li> <li>Escalas ACE, CONNERS PARA PROFESORES Y PADRES, Y EDAH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación en actividades extracurriculares.</li> <li>Control de sus periodos de ansiedad.</li> <li>Mejor relación con su grupo de pares, familiares y docentes.</li> </ul>
27/04/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistar al adulto responsable.</li> <li>Seguimiento de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recoger las escalas entregadas y escuchar impresiones del adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de entrevista.</li> <li>Hoja y bolígrafo.</li> <li>Escalas ACE, CONNERS PARA PROFESORES Y PADRES, Y EDAH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A través de las escalas se corrobora lo antes expuesto por los adultos responsable en la primera consulta de seguimiento.</li> </ul>
28/04/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistar al adulto responsable. Darle recomendaciones y alta al estudiante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizó entrevista al adulto y se le entrega recomendaciones para familiares y docentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón de entrevista.</li> <li>Hoja y bolígrafo.</li> <li>Hoja impresa con las recomendaciones para familiares y docentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>

## Mayo – Diciembre 2012

- Seguimiento del caso con docentes en el aula escolar.
- Seguimiento del caso con familiares y menor.

## Enero 2013

- Elaboración del trabajo final.

## Mayo 2013

- Presentación del trabajo final

## Escala de Conners para Maestros

Revised (L) C. Keith Conners, Ph.D.  
Traducida por Orlando L. Villegas, PH D.

**Nombre del Niño(a)** \_\_\_\_\_ **Sexo:** **Masculino:** \_\_\_\_\_

**Femenino:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Edad:** \_\_\_ **Grado Escolar:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Maestro:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

### PRUEBA

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen en la escuela. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con lo ocurrido durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) ¿con que frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes? e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

1. Desafiante	0	1	2	3
2. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
3. Olvida cosas que ya ha aprendido	0	1	2	3
4. Parece no ser aceptado(a) por el grupo	0	1	2	3
5. Sus sentimientos se hieren con facilidad	0	1	2	3
6. Es un(a) perfeccionista	0	1	2	3
7. "Berrinches", "pataletas", explosivo(a), de conducta impredecible	0	1	2	3
8. Excitable, impulsivo(a)	0	1	2	3
9. No presta atención a detalles o comete errores en sus asignaturas escolares, trabajo en general y en otras actividades	0	1	2	3
10. Insolente	0	1	2	3
11. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
12. Rehúsa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa)	0	1	2	3

13. Es uno(a) de los últimos en ser escogido(a) para jugar o formar equipos	0	1	2	3
14. Es un niño(a) emotivo	0	1	2	3
15. Todo tiene que ser como él/ella dice	0	1	2	3
16. Incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
17. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
18. Parece no escuchar lo que se le está diciendo	0	1	2	3
19. Abiertamente desafiante y rehúsa obedecer a los adultos	0	1	2	3
20. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3
21. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
22. No tiene amigos(as)	0	1	2	3
23. Tímido(a), se asusta con facilidad	0	1	2	3
24. Revisa una y otra vez las cosas que hace	0	1	2	3
25. Lloro con frecuencia y con facilidad	0	1	2	3
26. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
27. Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades	0	1	2	3
28. Tiene dificultades para mantenerse atento(a) al realizar tareas o actividades recreativas	0	1	2	3
29. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
30. Pobre capacidad para la lectura	0	1	2	3
31. No sabe cómo hacer amigos	0	1	2	3
32. Sensible a la crítica	0	1	2	3
33. Parece prestar demasiada atención a detalles	0	1	2	3
34. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
35. Perturba a otros niños(as)	0	1	2	3
36. Habla demasiado	0	1	2	3
37. Discute con los adultos	0	1	2	3
38. No se puede estar quieto(a)	0	1	2	3
39. Corre, se sube a las cosas en situaciones en donde es inapropiado	0	1	2	3
40. No tiene interés en el trabajo escolar	0	1	2	3
41. Pobre capacidad para socializar	0	1	2	3

42. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
43. Le gusta que todo esté pulcro y limpio				
44. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
45. Sus demandas tienen que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
46. Da respuestas a preguntas que aún no se han terminado de hacer	0	1	2	3
47. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
48. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
49. Pierde las cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaciones escolares, lápices, libros, herramientas, juguetes)	0	1	2	3
50. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
51. Tímido(a), introvertida(a)	0	1	2	3
52. Distraído(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
53. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma forma	0	1	2	3
54. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
55. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
56. Pobre capacidad para la aritmética	0	1	2	3
57. No sigue instrucciones y no termina tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
58. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
59. Incansable, siempre está haciendo algo	0	1	2	3

Un ejemplo de contrato conductual sería:

Hoy 15 de marzo de 2011, se establece que Guillermo Solís de 8 años realizara las siguientes actividades:

1. Mantendrá su espacio de trabajo ordenado.
2. Pedirá autorización a la maestra para salir del aula.
3. Terminará de copiar sus planes en el tiempo establecido.

De realizar las conductas enunciadas tendrá derecho a:

1. Media hora más de juego con videos.
2. Media hora más de manejo con bicicleta.
3. Ir de paseo con sus primos al parque.

De no cumplir con las conductas establecidas en el contrato:

1. Se retirará juegos de videos hasta no observar algún cambio en su conducta.
2. Se suspende el uso de la bicicleta, por un tiempo establecido.
3. Los paseos con los primos, sólo cuando sean eventos especiales.

---

**Firma del Niño**

---

**Firma de los Padres**

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alea Alina (2005) Psicoterapia Cōgnitiva orientada hacia el mejoramiento de las relaciones interpersonales en niños Universidad del Pinar del Rio Cuba
- Alvarez Hernandez J (1996) "Habilidades Sociales en la Educacion Infantil" Cuaderno de Trabajo Editorial Escuela Española Madrid España
- Alzate R (1998) Violencia en la Escuela Organizacion y Gestion Educativa Editorial Escuela Española, Madrid
- Asencio JM (1994) Hijos con Fracaso Escolar Grupo Editorial CEAC Barcelona, España
- Asociacion Americana de Psiquiatria (1995) Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales Editorial Masson España
- Azerrad Jacob (1997) Todos podemos tener hijos felices Como cultivar la Inteligencia Emocional en los Niños Editorial Norma, S A Colombia
- Bandura, A y Ribes I (1975) Modificacion de Conducta Analisis de la Agresion y de la Delincuencia Editorial Trillas Mexico
- Beck A Rush, J y Shaw, B (1983) Terapia Cognitiva de la Depresion 3 ed Editorial Desclee de Brouwer Bilbao España
- Biedma Carlos y D Alfonso (1960) El lenguaje del Dibujo 1 ed Editorial Kapelusz S A Buenos Aires, Argentina
- Borda E y Pinzon, B (1995) Rendimiento Academico Tecnicas para estudiar mejor Cooperativa Editorial Magisterio Colombia
- Brown L, Sherbenou R J y Johnsen, S K (1995) Tom-2 Manual para el Test de Inteligencia No Verbal Apreciacion de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje Tea Ediciones Madrid
- Buendia, J (1996) Psicopatologia en los Niños y Adolescentes Editorial Piramides Madrid
- Caballo V (1999) Manual de Evaluacion y Entrenamiento de las Habilidades Sociales Editorial Siglo XXI Madrid España
- Caballo V y Carroble J (1988) Comparacion de la Efectividad de Diferentes Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales Madrid España
- Clarizio H y McCoy, G (1981) Trastorno de la Conducta en el Niño 2ed Editorial el Manual Moderno S A Mexico

- Coles Roberto (1997) *La Inteligencia Moral Como Criar Niños con Valores Morales* Editorial Norma. S A Bogota. Colombia
- Cornejo, Loretta (1998) *Manual de Terapia Infantil Gestáltica* Editorial Desclee de Brouwer Bilbao España
- Delgado, Manuel y Mejias, Blanca (1998) *Cuestionario de Adaptacion (CAI)* Editores Publicaciones I C C E Madrid España
- Diaz, A y Hernandez G (1998) *Estrategia Docentes para un aprendizaje significativo Una Interpretacion Constructivista* Editorial McGraw-Hill Interamericana Mexico
- Eisner, Eliot (1987) *Procesos Cognitivos y Curriculum* Editorial Martinez Roca S A Barcelona
- Farre A, Narbona J (1991) *Escalas de Connors en el trastorno de atencion e hiperquinesia nuevo estudio factorial en niños españoles* Rev Neurol España
- Fernandez, R (1994) *Aprender a Estudiar ¿Como resolver las dificultades en el estudio?* Ediciones Piramide Madrid
- Friedberg, Robert y McClure Jessica (2005) *Practica Clinica de Terapia Cognitivo-Conductual* Editorial Paidos Iberoamerica S A Madrid España,
- Gil Francisco y Leon Rubio JM (1998) *Habilidades Sociales Teoria, Investigacion e Intervencion* Editorial Sintesis S A Madrid España
- Gonzalez, JA y Nuñez, JC (1998) *Dificultades del Aprendizaje Escolar* Ediciones Piramide Madrid
- Goldstein AP y Saenz A (1989) *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia Un programa de enseñanza* Editorial Martinez Roca Barcelona, España
- Grupo Albor-Cohs (1998) *Programa de Entrenamiento en Focalizacion de la Atencion* Editorial Consultores de Ciencias Humanas Madrid España
- Hidalgo CG y Abarca, N (1999) *Comunicacion Interpersonal Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales 3ed* Ediciones Universidad Catolica de Chile Colombia
- Kelly, Jeffrey A (1987) *Entrenamiento de las habilidades sociales Guia practica para intervenciones* Editorial Desclee de Brouwer Bilbao España
- Kemmler, Reiner (2000) *Relajacion para Niños y Adolescentes Entrenamiento Autogeno* Editorial TEA Madrid

- Klingler Cynthia y Vadillo, Guadalupe (200) *Psicología Cognitiva Estrategia en la Practica del Docente* Editorial McGraw-Hill Mexico
- Lang M y Tisher M (2000) *Cuestionario de Depresion para Niños* Ediciones TEA S A Madrid
- Leary O S G (1996) *Modificacion de Conducta en la Escuela* Editorial Morata Madrid
- Ley 11 Estatuto de la Universidad de Panama (1981) Imprenta Universitaria, Panama
- Manual para la Evaluacion del Trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad Ediciones TEA Madrid España (1997)
- Manual de Tecnicas de Terapia y Modificacion de Conducta Editorial Siglo XXI Madrid España (1995)
- Michelson, L , Sugar D y Wood R. (1983) *Las Habilidades Sociales en la Infancia Tratamiento* Editorial Martinez Roca Barcelona, España
- Moraleda, M (1978) *Socializacion en el Aula* Editorial Piramide Psicologica Madrid
- Morales Gomez, Angel (2001) *Problemas en el Aula* Editorial San Pablo España
- Novak, Joseph y Gowin, D (2001) *Aprendiendo a aprender* Editorial Martinez Roca Mexico
- Olivares J y Mendez FX (1998) *Tecnicas de Modificacion de Conducta* Editorial Biblioteca Nueva Madrid
- O M S (1992) *Clasificacion Internacional de los Trastornos Mentales CIE 10*
- Riquelme, Nelson (2000) *Programa para la Promocion de Formas de Disciplina Efectiva y Positiva 2ed Educacion con Ternura Edicion DNI v SERPAJ Panama*
- Rodriguez Estrada, M (1989) *Capacitacion Integral Manejo de Conflictos* Editorial el Manual Moderno S A Mexico, D F
- Ruiz Sanchez, J J Imbernon Gonzalez, J J y Cano Sanchez, J J (1999) *Psicoterapia Cognitiva de Urgencia ESMD-UBEDA España*
- Sampieri, R , Fernandez, C y Baptista, L (2000) *Metodologia de la Investigacion 4ed McGraw-Hill/Interamericana Editores, S A Mexico*
- Sattler, Jerome M (1996) *Evaluacion Infantil 3ed* Editorial El Manual Moderno, S A Mexico

Shapiro, L.E. (1997). La Inteligencia Emocional de los Niños. Editor Javier Vergara S.A. Buenos Aires, Argentina.

Spielberger, CH (1980). Tensión y Ansiedad. Editorial Harla, México

Stallard, Paul. (2007). Pensar Bien, Sentirse Bien: Manual Práctico de Terapia Cognitivo-Conductual para Niños y Adolescentes. Editorial Descleé de Brouwer. Descleé de Brouwer.

Sureda, Rosa. (2005). La Disciplina en el Aula. Editorial Industrias Gráficas Mármol, S.L.

Sulzer, Azaroff, B. y Mayer R. 1990. Procedimiento del Análisis Conductual Aplicado con Niños y Jóvenes. 2ed. Editorial Trillas. México.

Walker J.E. y Thomas M.S. (1987). Manejo Conductual. Un Enfoque Práctico para Educadores. Editorial El Manual Moderno. México, D.F.

### **Infografías**

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales3c.htm>. Autor desconocido. Recuperado el 21 de abril 2011.

<http://www.psicologia-online.com/infantil/castigo.shtml>. Autor Dr. Eduardo R. Hernández González. Recuperado el 9 de abril 2011.

<http://www.psicomaster.com/talleres-psicologia/Taller-habilidades-sociales-ninos.php>. Autor desconocido. Recuperado 9 de abril 2011.