

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“EFECTOS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL EN LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN UN GRUPO
DE NIÑOS QUE PRESENTAN LA CONDICIÓN DE TDA/H”**

POR: GINNA RODRÍGUEZ

8-908-1343

Trabajo de graduación en cumplimiento
de los requisitos para optar por el
grado de maestría en psicología clínica

PANAMÁ, ABRIL 2022

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de maestría en: Psicología clínica

Facultad de: Psicología

Número de código: CE-PT-327-14-06-22-196

Nombre de la estudiante: Ginna Del Carmen Rodríguez Lezcano

Cédula: 8-908-1343

Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Tema de tesis: “Efectos de un programa de psicoterapia Cognitiva Conductual en las conductas agresivas en un grupo de niños que presentan la condición de TDA/H”

Resumen ejecutivo: Se trata de una investigación para validar una intervención cognitiva conductual con un grupo de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas. Se utilizará un diseño de investigación cuasiexperimental con un solo grupo con mediciones antes y después de la intervención psicoterapéutica.

Nombre del asesor: Magíster Ricardo López

Firma del asesor: _____

Firma de la estudiante: _____

Aprobado por: _____
Coordinador del programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: _____

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
DEDICATORIA	xi
AGRADECIMIENTOS	xii
RESUMEN / ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	5
1.1 Antecedentes	6
1.1.1 Antecedentes nacionales	7
1.1.2 Antecedentes internacionales	10
1.2 Agresividad	13
1.2.1 Definición de agresividad	13
1.2.2 Tipos de agresividad	17
1.2.3 Modelos explicativos de la agresividad	20
1.2.4 Características de la agresividad en la infancia	26
1.2.5 Relación entre ira, agresividad y violencia	28

1.3	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	31
1.3.1	Definición y criterios del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	31
1.3.2	Etiología del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	33
1.3.3	Características del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	35
1.3.4	Presentaciones del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	37
1.3.5	Consecuencias Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	38
1.3.6	Alteración en las funciones ejecutivas en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	40
1.3.7	Prevalencia y comorbilidades del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	43
1.3.8	Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	46
1.4	Psicoterapia cognitiva conductual	48
1.4.1	Definición de la psicoterapia cognitiva conductual	48
1.4.2	Características de la psicoterapia Cognitiva Conductual	51
1.4.3	Psicoterapia cognitiva conductual en niños y adolescentes	53

1.4.4	Abordaje de la psicoterapia cognitiva conductual en conductas agresivas	56
1.4.5	Abordaje de la psicoterapia cognitiva conductual en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	58
CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO		60
2.1	Naturaleza del problema	61
2.2	Planteamiento del problema	63
2.3	Justificación e impacto	64
2.4	Objetivos de la investigación	66
2.4.1	Objetivo general	66
2.4.2	Objetivos específicos	66
2.5	Hipótesis	67
2.5.1	Hipótesis de investigación	67
2.5.2	Hipótesis estadísticas	68
2.6	Preguntas de investigación	71
2.7	Tipo de estudio	71
2.8	Diseño de investigación	71
2.9	Variables de investigación	72
2.9.1	Variable independiente: Programa de Intervención de psicoterapia cognitivo conductual	72

2.9.2	Variable dependiente: Conductas agresivas presentadas por niños con TDA/H	73
2.10	Población y muestra	74
2.10.1	Delimitación de la unidad de análisis	74
2.10.2	Población	74
2.10.3	Muestra	74
2.10.3.1	Criterios de inclusión	75
2.10.3.2	Criterios de exclusión	75
2.10.4	Tipo de muestra	76
2.11	Instrumento de medición	77
2.12	Análisis estadístico	79
2.13	Procedimiento	81
2.14	Limitaciones de la investigación	87
	CAPÍTULO III RESULTADOS Y ANÁLISIS	89
3.1	Resultados descriptivos de la muestra	91
3.1.1	Distribución de la muestra atendiendo a datos sociodemográficos	91
3.1.1.1	Distribución de la muestra atendiendo al sexo	91
3.1.1.2	Distribución de la muestra atendiendo a la edad	93
3.1.2	Distribución de los puntajes obtenidos por la muestra en el pretest y post test en la escala Ira-Estado del STAXI NA.	94

3.1.3 Distribución de los puntajes presentados por la muestra en el pretest y post test en la escala Ira-Rasgo, obtenidos en el STAXI NA.	101
3.2 Estadística inferencial de los resultados de la muestra	108
3.2.1 Resultados de la prueba de hipótesis en la escala Ira-Estado del STAXI-NA	109
3.2.2 Resultados de la prueba de hipótesis en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA	110
3.3 Observaciones clínicas conductuales manifestadas por la muestra durante el programa de intervención	112
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	115
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
5.1 Conclusiones	128
5.2 Recomendaciones	132
BIBLIOGRAFÍA	134
ANEXOS	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia atendiendo al sexo de la muestra	91
Tabla 2. Distribución de frecuencia atendiendo a la edad de la muestra	93
Tabla 3 Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Estado, obtenidos en el STAXI-NA por la muestra	95
Tabla 4. Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el pretest en la escala Ira-Estado del STAXI-NA	97
Tabla 5. Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el post test en la escala Ira-Estado del STAXI-NA	99
Tabla 6. Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Rasgo, obtenidos en el STAXI-NA por la muestra	102
Tabla 7. Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el pretest en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA	104
Tabla 8. Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA	106
Tabla 9. Resultados del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon	109
Tabla 10. Resultados del estadístico de prueba de t de Student para muestras relacionadas	110

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual atendiendo al sexo de la muestra	92
Gráfica 2. Distribución porcentual atendiendo a la edad de la muestra	94
Gráfica 3. Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Estado obtenidos por la muestra en el STAXI-NA	96
Gráfica 4. Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el pretest en la escala Ira-Estado del STAXI-NA	98
Gráfica 5. Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el post test en la escala Ira-Estado del STAXI-NA	100
Gráfica 6. Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Rasgo obtenidos por la muestra en el STAXI-NA	103
Gráfica 7. Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el pretest en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA	105
Gráfica 8. Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA	107

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	140
Anexo 2. Asentimiento informado	141
Anexo 3. Documento informativo para padres	142
Anexo 4. Pautas para la práctica de la telepsicología	143
Anexo 5. Normas por seguir durante las sesiones de psicoterapia virtual	145
Anexo 6. Baremo del STAXI-NA para varones de 8 a 12 años	146
Anexo 7. Baremo del STAXI-NA para mujeres de 8 a 12 años	147
Anexo 8. Perfil del STAXI-NA	148
Anexo 9. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk en la escalas del STAXI-NA	149

DEDICATORIA

A Dios, por la fortaleza y guía ante los retos que se presentan.

A mis padres, José Martín y Mayra, por el apoyo y ejemplo de vida que me han dado.

A mi hermano, Martín, por su orientación y aliento.

A Erick, por sus palabras, motivación y apoyo incondicional.

A las familias que participaron de este proyecto, por su confianza y contribución a la investigación en Psicología.

AGRADECIMIENTOS

Durante esta investigación, diversas personas de una u otra forma, contribuyeron a su realización, quiero agradecerles por todo su apoyo, guía, motivación, y oportunidades que me permitieron en este proyecto:

Agradezco al profesor Ricardo López, quien me asesoró y orientó durante este proceso, y en cada una de sus clases.

Al profesor Régulo Sandoya, por brindar su orientación, experiencia y conocimientos en el ámbito de la investigación.

A los profesores de la maestría en psicología clínica de la Universidad de Panamá, por sus conocimientos, guía y amplia experiencia compartida en clases.

A la Fundación Valórate, por la oportunidad de realizar esta investigación en su organización. Agradezco especialmente a la directora clínica Yiniva Sánchez, por su confianza y apoyo.

A las familias y participantes de esta investigación, sin ellos, nada de esto hubiera sido posible.

A mis amistades, en especial a María Gabriela Lagrotta, por su motivación, retroalimentación y compañía durante esta maestría.

RESUMEN

La presente investigación tenía como objetivo evaluar la efectividad de una intervención de psicoterapia cognitiva conductual con un grupo de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas. El tipo de estudio fue explicativo, con un diseño cuasiexperimental, con grupo único y mediciones previa y posterior a la aplicación del programa de intervención. El programa constaba de 8 sesiones de intervención grupal basadas en las fichas de trabajo del programa "Fonzo está furioso", y dos sesiones con los cuidadores de los participantes, sobre orientación y refuerzo de estrategias a fortalecer con los niños, dando un total de 10 sesiones de intervención. Las conductas agresivas fueron evaluadas mediante el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA). La muestra fue seleccionada por conveniencia, comprendía niños de 8 a 10 años que presentaban conductas agresivas, el diagnóstico de TDA/H, y que formaban parte de la Fundación Valórate. Los resultados obtenidos indicaron una disminución estadísticamente significativa de las conductas agresivas dentro de la dimensión Ira-Rasgo del STAXI-NA. Esto indica la validación de la efectividad del programa de intervención en la variable dependiente con un nivel de significancia α 0.05.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the effectiveness of a Cognitive Behavioral psychotherapy intervention with a group of children with AD/HD and aggressive behaviour. The type of study was explanatory, with a quasi-experimental design, with a single group and measurements before and after the application of the intervention program. The program consisted of 8 group intervention sessions based on the worksheets of the "*Fonzo está furioso*" program, and two sessions with the caregivers of the participants, for guidance and reinforcement regarding strategies to strengthen with the children, giving a total of 10 intervention sessions. Aggressive behaviors were evaluated using the State-Trait Anger Expression Inventory in children and teenagers (STAXI-NA). The sample was selected for convenience, it included children from 8 to 10 years old who presented aggressive behaviors, the diagnosis of AD/HD, and were part of the Valórate Foundation. The results indicated a statistically significant decrease in aggressive behaviors within the Anger-Trait dimension of the STAXI-NA. That indicates the validation of the effectiveness of the intervention program in the dependent variable with a level of significance α 0.05.

INTRODUCCIÓN

La agresividad es una capacidad innata del ser humano, usualmente se relaciona con emociones tales como el enojo o la frustración, estas predisponen al individuo a reacciones de lucha o ataque ante una situación específica, lo que puede conducir a posibles respuestas agresivas dependiendo del contexto, y características del individuo. Martínez y Duque (2008) indican que es una capacidad que se puede controlar y manejar de manera funcional, lo que permite el desarrollo social del individuo en su entorno.

Cabe mencionar que, la agresividad en sí misma no es considerada un trastorno, sin embargo, si su intensidad y frecuencia en la que se manifiesta superan lo esperado para la etapa del desarrollo de la persona, puede generar problemas significativos en su funcionamiento. En estos casos se pueden presentar consecuencias a corto y largo plazo, a nivel social, emocional, y en el caso de niños y adolescentes a nivel escolar.

Es relevante mencionar que, este patrón de conductas desadaptativas suele desarrollarse y reforzarse durante la infancia y adolescencia, no es común que aparezca repentinamente en la etapa adulta, como menciona Sabeh et al. (2017), las conductas agresivas han constituido un motivo de consulta frecuente en salud mental en los últimos años. Por ello, es en la etapa de la infancia y adolescencia, en la que resulta clave su intervención y prevención.

Esta problemática puede presentarse con mayor probabilidad en condiciones clínicas tales como, el Trastorno de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante, e

incluso en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H), siendo este último el diagnóstico que se incluye en esta investigación.

De acuerdo con el DSM-V (2013), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) es un trastorno del desarrollo neurológico, que presenta un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento del individuo. Entre sus características principales se encuentran la inatención, hiperactividad e impulsividad. Siendo la última, la dificultad en el control de impulsos, que conlleva a actuar sin reflexionar en las consecuencias, puede implicar mayor irritabilidad y dificultades en la resolución de problemas.

Se presentan alteraciones en las funciones ejecutivas, que dirigen la conducta en el diario vivir, por ejemplo, en el autocontrol, autorregulación emocional, inhibición, flexibilidad cognitiva, planificación, entre otras capacidades.

Esto puede derivar en dificultades en el retraso y manejo de respuestas emocionales, baja tolerancia a la frustración, dando lugar a mayor riesgo de presentar conductas agresivas, no por intención del niño, sino por la dificultad que presenta en su manejo. No todos los niños con TDA/H presentarán estas dificultades, pero sí se puede dar un mayor riesgo dependiendo de sus características individuales y factores ambientales.

En base a la revisión teórica presentada en esta investigación, se reconoce la psicoterapia cognitiva conductual como un tipo de intervención eficaz tanto en problemas de conducta externalizadores en los niños, como es la agresividad, y en el TDA/H.

Este tipo de intervención tienen como objetivo modificar los pensamientos disfuncionales del individuo, de manera que esto pueda contribuir a reducir su malestar emocional y conductas disfuncionales. Según lo planteado por Kendall y Hollon (1979; citado en Stallard, 2007) se puede trabajar con niños, adolescentes y adultos con diversas condiciones, a través de técnicas y estrategias provenientes tanto de teorías cognitivas como conductuales.

Se utilizan técnicas y estrategias correspondientes a la reestructuración cognitiva, resolución de problemas con estrategias conductuales y modelado, para modificar las respuestas cognitivas, emocionales, y conductuales desadaptativas que se presentan en el niño en relación con su entorno. Dentro del proceso de intervención, se resalta la importancia de la psicoeducación y orientación a los cuidadores, para aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento. (Bunge et al., 2009).

La presente investigación tenía como objetivo evaluar la efectividad de una intervención de psicoterapia cognitiva conductual con un grupo de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas. El programa fue aplicado en una muestra de niños entre 8 a 10 años que formaban parte de Fundación Valórate, organización sin fines de lucro, ubicada en Ciudad del Saber, Panamá; que brinda atención psicológica a niños y adolescentes que presentan la condición de TDA/H. El tipo de estudio fue explicativo, con un diseño cuasiexperimental, con grupo único y mediciones pretest y post test mediante el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA).

Cabe destacar que, debido a la pandemia por la COVID-19, el programa de intervención fue realizado en modalidad virtual, para procurar mantener la salud y seguridad de los participantes. Para ejecutarlo en esta modalidad se revisaron las pautas éticas establecidas por la APA (2013) para el ejercicio de la telepsicología.

El primer capítulo de esta investigación comprende el marco teórico de la investigación, lo que incluye la revisión bibliográfica, teorías, conceptos y modelos explicativos de aspectos esenciales de este estudio, los cuales son la agresividad, el TDA/H y la psicoterapia cognitiva conductual.

El segundo capítulo comprende el marco metodológico, se presentan los procesos y pasos detallados, que fueron realizados para alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos y el análisis de estos, de manera descriptiva e inferencial, para poder responder a las preguntas de investigación y comprobar las hipótesis establecidas. Se incluye también las observaciones conductuales de la muestra durante las sesiones de intervención.

El cuarto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones elaboradas ante el análisis de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

La agresividad es considerada una capacidad innata en el ser humano, cuya función principal era la supervivencia de la persona ante situaciones amenazantes o peligrosas. A lo largo del tiempo se han investigado dichas conductas para contribuir a la comprensión de la manera en que las personas han logrado manejarlas y controlarlas de manera funcional en la sociedad.

Mediante esto se ha podido establecer las diferentes maneras en que se puede presentar, y los aspectos claves a considerar cuando se establece como un problema en un individuo, interfiriendo con su bienestar y el de otras personas. Esta problemática se puede desarrollar desde etapas tempranas en un individuo, razón por la cual Duque y Martínez (2008) comentan la importancia de prevenir e intervenir conductas agresivas en etapas escolares. Actualmente se presentan mayores oportunidades de investigar al respecto, debido a la importancia que ha brindado actualmente el adulto hacia el desarrollo de la niñez, sus derechos, disciplina, y estrategias para promover un desarrollo integral, y así prevenir futuras problemáticas en el adulto, que de una u otra forma impactarían a la sociedad.

Cabe destacar que las conductas agresivas pueden presentarse con mayor probabilidad ante ciertas condiciones clínicas, cuando se da un aumento en los factores de riesgo. En estos casos resulta esencial poder prevenir e intervenir de manera temprana, por ejemplo, como puede ocurrir en Trastornos de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante o el Trastorno por Déficit de Atención con o sin

Hiperactividad (TDA/H). Siendo esta última condición investigada en el presente estudio.

A través de los años se han realizado investigaciones sobre la efectividad de la psicoterapia Cognitiva Conductual en el manejo de la agresividad en niños, tanto a nivel nacional como internacional. Se considera relevante mencionar los siguientes estudios debido a la relación que presentan con las variables de investigación de este trabajo, tales como las conductas agresivas en niños, la condición de TDA/H y el abordaje de psicoterapia Cognitiva Conductual. Posterior a este apartado, se ampliará cada uno de estos tres conceptos de manera que se pueda aclarar sus características, enfoques, procesos, y diversos aspectos relevantes. Se facilita de esta manera la comprensión de los antecedentes planteados y resultados establecidos en el presente estudio.

1.1.1 Antecedentes nacionales

En Panamá, se han presentado estudios referentes a este tema y se ha continuado su investigación a lo largo de los años en muestras de niños con edades entre 9 y 10 años en su mayoría.

Se presenta el estudio realizado por Ramos (2017), en la provincia de Veraguas, cuyo objetivo era comprobar la efectividad de un programa Cognitivo Conductual en el autocontrol de un grupo de ocho estudiantes de cuarto grado. El tipo de estudio fue preexperimental con un diseño preprueba y post prueba, en el que se utilizó el

instrumento STAXI-NA. La intervención comprendía 12 sesiones distribuidas a lo largo de 3 meses. Sus conclusiones indicaron resultados significativos a favor de la disminución en las conductas agresivas presentadas por la muestra.

Previo a esto, se presenta el estudio de Cárdenas (2008) donde aborda un programa de educación emocional basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual en niños de 9 a 10 años, de un centro educativo panameño, que presentan deficiencias en el control y expresión de la ira. El objetivo de este estudio era conocer si una intervención basada en la Terapia Racional Emotiva Conductual podía ayudar a manejar la expresión y control de la ira en niños.

Se estableció un diseño cuasiexperimental a través de estudio de casos, se evaluó un grupo control y un grupo experimental antes y después del tratamiento. De esta manera se compararon los resultados obtenidos en la intervención.

Las conclusiones indican que los sujetos que recibieron el programa aumentaron el control de su ira y disminuyeron su expresión, a diferencia del grupo que no recibió el programa. Esto plantea resultados significativos a favor del programa de Terapia Racional Emotiva Conductual, que, a pesar de ser diferente a la Terapia Cognitiva Conductual, forman parte de la misma corriente.

Como parte de los antecedentes a nivel nacional, se encuentran los estudios de caso, que permiten establecer evidencias sobre la efectividad de las intervenciones, aunque presentan la limitación de no poder generalizar los resultados. En este ámbito Guerrero (2002), realizó un estudio experimental en el cual aplicó un programa de tratamiento en conductas agresivas en niños, utilizando la corriente de

psicoterapia Cognitivo Conductual, este programa presentó una duración de 8 semanas, compuesto por 24 sesiones. Se evaluaron las conductas antes y después de la intervención, y su objetivo era disminuir las conductas agresivas en los participantes. Sus resultados indicaron cambios significativos en la conducta problema, como en los esquemas cognitivos que le acompañaban.

Cabe destacar que, en base a la revisión realizada, solo se encontró un estudio que contemplaba niños con el diagnóstico de TDA/H. Pieffer (2001) presentó una investigación cuyo objetivo era reducir las conductas agresivas en niños diagnosticados con TDA/H a través de un abordaje Cognitivo Conductual. Se realizó a través de un diseño cuasiexperimental por medio de estudio de casos, la muestra fue de dos niños de la provincia de Colón y los resultados indicaron que se redujeron las conductas agresivas a niveles adaptables para su entorno escolar, familiar y social, aunque estas no se extinguieron en su totalidad.

A través de estos antecedentes se puede considerar la efectividad de la psicoterapia Cognitiva Conductual ante las conductas agresivas en niños, pero resulta esencial identificar estudios a nivel internacional que apoyen estos estudios, efectividad y metodología presentada.

1.1.2 Antecedentes internacionales

A continuación, se presentan investigaciones realizadas a nivel internacional, que corroboran la efectividad de la psicoterapia cognitiva conductual en las conductas agresivas, e incluso cuando se presentan en la condición de TDA/H.

Se encuentra la investigación de Torres y Romero (2018; citado en Padilla y Quezada, 2018), tenía como objetivo evaluar un programa de intervención psicoterapéutica, basada en un enfoque Cognitivo-Conductual para el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante en niños entre 6 y 7 años. Su programa de intervención fue realizado por medio de revisiones teóricas de diversas investigaciones y fue evaluado a través del inventario de crianza de Aguirre. El diseño de este estudio fue preexperimental con una muestra de tres niños, los cuáles fueron evaluados antes y después de la intervención. Las conclusiones indicaron que la intervención resultó efectiva para el reconocimiento y manejo de las conductas agresivas, negativistas y desafiantes.

Este tema ha sido de gran interés en diversos países y se ha mantenido en constante actualización, por ejemplo, Castillo (2018) presentó un estudio cuyo objetivo era determinar los efectos de un programa Cognitivo conductual en las conductas agresivas en niños que han sufrido pérdidas por el “Fenómeno del Niño”.

El diseño utilizado fue cuasi experimental, con un grupo control y experimental. La muestra fue de 30 estudiantes que presentaban edades entre 10 y 12 años. Se realizó la evaluación previa y posterior a la intervención, mediante el cuestionario de agresión de Buss y Perry.

Los resultados indicaron diferencias significativas a favor del grupo experimental. A pesar de que, la muestra presentaba la característica de haber sufrido pérdidas por un fenómeno natural, es un estudio que evidencia la efectividad de la terapia Cognitiva Conductual en niños que presentan conductas agresivas, demostrando la amplitud de contextos en la que resulta efectivo esta corriente.

Miranda (2000), presentó una investigación en España titulada “Efectos de un tratamiento Cognitivo Conductual en niños con TDA/H, agresivos y no agresivos”. Se profundizará en detalles de este estudio por su relación a las variables investigadas en este trabajo. Se planteaba que muchos niños con TDA/H pueden presentar problemas de conductas además de dificultades en atención, hiperactividad e impulsividad; y, se destaca que la agresividad en estos casos puede ser tan intensa, que se puede diferenciar con facilidad entre un grupo de niños con TDA/H que presentan conductas agresivas, y uno que no las presente. Esto puede conducir a mayores problemáticas en el primer grupo mencionado tanto a nivel familiar, como a nivel académico y social. A pesar de esto, la información sobre los efectos de tratamientos cognitivos conductuales en esta problemática es escasa, ya que los estudios se basan con mayor frecuencia en la efectividad del tratamiento farmacológico.

El objetivo era evaluar la efectividad de un programa de autocontrol y técnicas de control de agresividad en niños con TDA/H; determinar las diferencias de esta intervención entre un grupo con conductas agresivas y otro que no las presentaba; y, analizar los cambios significativos en ambos grupos.

La muestra fue de 64 niños entre edades de 9 a 10 años, divididos en dos grupos uno que manifestaba agresividad y otro que no lo presentaba. Cada grupo fue dividido a su vez en un grupo experimental y otro control. El diseño fue experimental y los resultados indicaron mejoras significativas en las conductas de los niños con TDAH de forma general, aunque los cambios fueron superiores en el subgrupo que no presentaba agresividad. El porcentaje de mejoría de niños con TDA/H y conductas agresivas fue menor en comparación con los que no presentaban este comportamiento. Plantean como conclusión que solo la intervención a través de programas intensivos y multimodales puede establecer cambios perdurables a través del tiempo.

Es relevante mencionar que, en la revisión realizada, se encuentran estudios relacionados a las conductas agresivas en niños, y la intervención basada en la Terapia Cognitiva Conductual ante diversos contextos y diagnósticos, pero son pocos los estudios realizados en este ámbito en niños que presenten TDA/H. Aun cuando en esta condición se pueden presentar estas conductas con mayor frecuencia, por la dificultad en la autorregulación emocional, autocontrol e impulsividad que le acompañan.

1.2 Agresividad

1.2.1 Definición de agresividad

Previo a plantear diversos enfoques relacionados a la agresividad y su definición, resulta esencial mantener presente el concepto de las emociones, ya que está estrechamente relacionado a este ámbito. De acuerdo con Lorenz (1971; citado en Bouquet et al., 2019), las emociones son respuestas biológicamente determinadas que preparan al individuo para la acción.

El enojo predispone al individuo a posibles reacciones tales como la lucha o ataque, conduciendo a posibles respuestas agresivas en caso de que no se pueda manejar de la mejor manera. Cabe destacar que, las reacciones emocionales son inherentes al ser humano, aunque los factores desencadenantes son resultado de las experiencias y aprendizajes de cada persona, sus esquemas de pensamiento; y a su vez son influenciados por el ámbito individual, familiar, social y cultural de cada persona.

Este conjunto de factores contribuye a la determinación de la conducta en diversas situaciones. En algunos casos puede representar conductas funcionales acordes a la situación y emoción que se presente; y en otros casos se pueden presentar conductas disfuncionales que generen malestar al individuo, como por ejemplo cuando se dan conductas agresivas y dificultades en el manejo emocional.

En base al último ejemplo mencionado, se plantea a continuación la definición de agresividad, según Corsi (1944; citado en Boggon, 2006), es la capacidad humana

para oponer resistencia a las influencias del medio, comprende a su vez diferentes vertientes, tales como la fisiológica, conductual y vivencial (experiencia subjetiva).

La vertiente fisiológica hace referencia al estado afectivo del individuo y los cambios a nivel fisiológico. La vertiente conductual se refiere a la manifestación observable de la agresividad, es decir la agresión tal como la conocemos, ya sea de forma física, verbal o social. La vertiente vivencial, se refiere a la experiencia subjetiva del individuo en cuanto a la situación detonante, es decir, la manera en que interpreta, refuerza y mantiene patrones específicos de pensamientos involucrados en este ámbito.

Boggon (2006) expresa que las conductas agresivas se caracterizan por estar dirigidas de un agresor a un agredido, y presentan la intención de dañar o evitar un daño para uno mismo. Resultando este último aspecto muy importante al tratar de comprender los desencadenantes de dichas conductas.

A pesar de que la agresividad sea considerada una capacidad innata del ser humano, Martínez y Duque (2008) plantean que se puede controlar y manejar de forma adecuada, para poder mantener las relaciones sociales con diversos miembros del ámbito en el que el individuo se desenvuelve. Es primordial que el ser humano pueda aprender a manejar y controlar la ira, y sus posibles manifestaciones agresivas, para así poder establecer relaciones sanas con otros.

Este proceso de manejo y control contribuye al bienestar, debido a que el ser humano es un ser gregario por naturaleza, que de una u otra manera necesita la interacción con otros en su diario vivir.

Cabe destacar que la agresividad puede representar diversas consecuencias a nivel emocional, social, incluso escolar para niños y adolescentes, por ejemplo, rechazo por sus pares, baja autoestima, tendencia a manifestar violencia, mayor riesgo de presentar conductas antisociales o vulnerabilidad ante estos grupos, riesgo de conductas delictivas a futuro, y alteraciones emocionales a largo plazo.

A pesar de que se puedan dar estas dificultades, la agresividad en sí misma no es considerada un trastorno, a menos que su intensidad y frecuencia superen la función adaptativa que presenta una persona (Gordillo, 2010; citado en Bouquet, et al., 2019), e incluso en ese caso sería considerada síntoma o característica de alguna condición clínica en específico, por ejemplo, el trastorno de conducta. Por ello, puede ocurrir que una persona manifieste conductas agresivas ante una situación concreta, que pudo rebasar sus capacidades de afrontamiento de manera funcional, y no por ello representaría un problema para este sujeto.

Por otra parte, puede ocurrir que una persona manifieste estas conductas de manera repetitiva ante diferentes situaciones adversas, y a partir de dichas reacciones el sujeto pueda recibir algún beneficio, ya sea alcanzar su objetivo, resolver el problema, o ser reforzado por otra persona. En este caso, estos factores podrían contribuir a que se desarrollen patrones y esquemas de pensamiento disfuncionales que refuercen estas conductas, y aumenten la frecuencia en la que se presentan estas reacciones ante diferentes situaciones, generando un problema significativo en el individuo.

Como menciona Bandura (1974, citado en Contini, 2015), estos aspectos podrían predisponer al individuo a comportamientos disfuncionales, debido a que poco a poco estas conductas serían cada vez más estables en el patrón de funcionamiento diario de la persona.

Bouquet et al. (2019) expresan que, dentro de la agresividad, se encuentra un elemento clave que corresponde a la apreciación subjetiva que realiza la persona con respecto a una situación, y las conductas que puede presentar ante estas. Esto puede conducir a que la agresividad sea de manera automática o controlada.

Con respecto a la primera categoría, se refieren a una reacción agresiva instantánea con poco esfuerzo cognoscitivo, relacionada con las manifestaciones en las cuales la persona no mide las consecuencias de sus acciones sobre otro. Por otra parte, la apreciación controlada se refiere al momento en que la persona analiza la situación en general, y valora las expectativas y consecuencias de su conducta, es decir, se comporta de manera agresiva para alcanzar un objetivo, lo cual puede conducir posteriormente a la violencia.

Mediante la revisión teórica planteada, se puede comprender el concepto de agresividad, como una capacidad que se presenta en el ser humano desde el momento en que nace, es natural, puede ser manejada y controlada adecuadamente, y una vez que supera la intensidad y frecuencia esperada para determinada edad o etapa, puede representar un problema.

En los niños y adolescentes, Sabeh et al. (2017) indican que las conductas agresivas han constituido en los últimos años un motivo de consulta frecuente en la

atención en salud mental, considerándose una de las problemáticas más significativas en estas etapas en la actualidad, debido a que puede impactar de manera negativa el desarrollo integral, desembocando así en mayores dificultades en la etapa adulta.

Esta problemática puede iniciar por comportamientos agresivos específicos ante situaciones concretas, puede que estos sean reforzados y posteriormente, se presenten como estrategias frecuentes que utiliza el niño para afrontar situaciones que le afecten. De esta manera se puede establecer un patrón de conductas agresivas a través del tiempo, impactando diferentes ámbitos en su desarrollo.

Cabe mencionar que, la agresividad se puede presentar de diferentes maneras, no solo de forma física, sino que abarca diversas modalidades que de una u otra manera conducen a consecuencias negativas, tanto para el que lo realiza como para quien es agredido.

1.2.2 Tipos de agresividad

La agresividad se puede presentar en diversas modalidades ya sea en la niñez, adolescencia o adultez. De acuerdo con Sabeh et al. (2017), se puede clasificar en base a la dimensión conductual, es decir la manera y naturaleza en la que se expresa, y relacional, es decir según el objetivo que implica. Cabe destacar que, Carrasco (2006), considera la dimensión relacional como clínica, y establece también la dimensión interpersonal, la cual involucra la manera en que se confronta

a la otra persona durante la agresión. En base a estas dimensiones se presentan las modalidades y distinciones entre cada una:

- Dimensión conductual: Involucra los comportamientos agresivos físicos, que pueden incluir armas o solo la fuerza física del individuo; verbales, tales como insultos, burlas, amenazas; y sociales, es decir toda acción dirigida a afectar la autoestima de otra persona.
- Dimensión interpersonal: incluye la distinción entre agresión directa o indirecta, donde la primera corresponde al daño observable, ya sea de manera física o verbal sobre otra persona, mientras que la segunda implica daños a objetos, posesiones o relaciones sociales de la otra persona. En este último caso puede ser a través de la exclusión social, humillaciones en público, entre otros.
- Dimensión relacional o clínica: Involucra la agresión reactiva, considerada una respuesta defensiva ante una provocación o peligro percibido por el individuo. Se relaciona con la concepción de agresividad como una capacidad innata para la supervivencia de la persona, implica características como la impulsividad, ira, descontrol, cambios fisiológicos, y reacción emocional.

En esta dimensión no se realiza un procesamiento cognitivo adecuado sobre la situación y posibles consecuencias. Cuando este tipo de agresión se

presenta de manera repetitiva en una persona, se puede considerar que existen dificultades en su capacidad de autocontrol, y mayor tendencia a percibir estímulos de otros y su ambiente como hostiles, lo cual conduce a mayores detonantes de su conducta.

Dentro de esta dimensión se encuentra la agresión proactiva, que involucra intención, procesamiento cognitivo con respecto a su conducta, y la ejecución de esta para poder resolver problemas y conseguir beneficios, este proceso refuerza la repetición las conductas agresivas. Cabe resaltar que, para que se dé este tipo de agresión, no se requiere un estímulo o situación detonante, ya que su función es instrumental, controlada, y deliberada para alcanzar un objetivo específico. Este tipo de agresión suele estar relacionada a la violencia y conductas antisociales.

Según lo indicado por Contini (2015), ante estas dimensiones, resulta esencial tomar en cuenta los patrones culturales del individuo, antes de realizar alguna distinción entre la agresión normal o patológica, siendo esta última la que se incluye como característica de diversos trastornos mentales acorde a lo descrito en el DSM-V.

1.2.3 Modelos explicativos de la agresividad

La agresividad es considerada un fenómeno multidimensional en el ser humano, tal como explica Castillo (2006), estas conductas involucran factores sociales, culturales, genéticos, biológicos, familiares e individuales, lo que da lugar a su vez a diferentes aproximaciones teóricas que plantean explicaciones sobre sus causas, características, procesos y factores relevantes en esta problemática.

Si bien es cierto, uno de los primeros modelos explicativos basados en la evolución y etología, defendido principalmente por Konrad Lorenz, plantea que la agresividad es una capacidad instintiva y natural del ser humano, que contribuye a su supervivencia. Se destaca en este planteamiento que a través del tiempo las personas han logrado adaptarla y manejarla adecuadamente. Diversos estudios han podido contribuir y complementar esta teoría con enfoques que permiten comprender de mejor manera su desarrollo, rasgos y factores predisponentes involucrados.

Los modelos teóricos sobre este concepto facilitan posteriormente la elaboración adecuada de los procesos de intervención. En base a la revisión teórica de Carrasco (2006) se puede destacar las aproximaciones teóricas sobre la agresividad basadas en el modelo del impulso, el modelo conductual y el modelo cognitivo.

- 1.2.3.1 **Modelo del “drive” o impulso:** Entre las teorías que conforman este modelo se encuentran la teoría de la excitación-transferencia de Zillman (1979); la teoría del Síndrome de “*AHA*” establecida por Spielberger en 1983; y la teoría de la frustración-agresión.

- a. La teoría de excitación- transferencia de Zillman (1979; citada en Carrasco, 2006) indica que las conductas agresivas derivan de los estados de activación fisiológica, más que del motivo en sí que las provocó. Estas conductas se pueden manifestar siempre y cuando existan circunstancias que las desencadenen, no necesariamente se tienen que dirigir hacia la fuente que detonó el malestar (es decir, la excitación), sino que puede dirigirse hacia una segunda situación, ya sea persona u objeto a la cual se transfiera esta excitación residual de la primera situación presentada, conduciendo a una respuesta agresiva desproporcionada ante la segunda situación.

Un ejemplo de esta teoría sería el caso de un niño que se encuentra alterado por un castigo que recibió recientemente, pero en vez de reaccionar agresivamente hacia la persona que lo castigó, reacciona de esta forma hacia su mascota que se encuentra ladrando en ese momento. Esto sería resultado de la excitación que se dio en primera instancia, y que se mantuvo por cierto periodo de tiempo hasta ser activada nuevamente por otra circunstancia, en este caso el ladrido del perro.

- b. Teoría del Síndrome de “AHA” de Spielberger (1983; citado en Spielberger, 2009) explica la conducta agresiva en relación con las emociones y actitudes en la que se puede basar, en especial con la ira y hostilidad. De esta manera plantea que la ira, hostilidad y

agresividad se encuentran interrelacionados a través de la siguiente secuencia: Un acontecimiento activador genera la emoción de ira, que a su vez se encuentra influenciado por actitudes hostiles hacia otros, y da lugar así a una acción agresiva.

En base a estos tres elementos se establece el Síndrome “*AHA*” (“*Anger-Hostility-Agression*”). Cabe destacar que esta teoría explica la agresión reactiva, donde se involucra la impulsividad, afecto y falta de autocontrol. En base a esta teoría, se considera que, para poder estudiar la agresividad, es clave el estudio de la ira, ya que es la expresión más simple de todo este proceso.

- c. Teoría de la frustración-agresión propuesta por Dollard et al. (1939; citada en Carrasco, 2006), propusieron que la agresión surge cuando la consecución de una meta es interferida, generando frustración, siendo esta una condición necesaria para que la agresión se presente.

En esta teoría indican que la agresión estará en función de la cantidad de satisfacción que la persona esperaba de una meta que no pudo alcanzar, y el grado de expectativa que tenía sobre esta, por lo tanto, entre mayor grado de satisfacción frustrado y mayor expectativa, mayor será la probabilidad de presentar conductas agresivas.

Al analizar esta teoría se podría considerar que por ende todas las personas ante frustraciones reaccionarían de manera agresiva, pero ante esto explican que la razón por la cual la frustración no siempre conducirá a agresiones es por las formas alternativas que puede tener la persona para reaccionar ante la frustración. En este proceso se incluye el nivel de tolerancia que puede tener la persona y las estrategias que se puedan presentar para manejar la frustración.

Cabe destacar que en base a esta teoría se realizaron diversos estudios posteriores, Averill (1982; citado en Carrasco, 2006) plantea que la frustración puede inducir a la agresividad en mayor grado, cuando se relaciona con características tales como, la atribución intencional y voluntaria ante la frustración ocasionada; cuando proviene la frustración de otra persona, en vez de un elemento del ambiente; cuando la frustración puede ser evitablemente; o, cuando es socialmente inadecuada.

Spielberger (2009) consideraba esta teoría como una de las más aceptadas en cuanto a la causa de la agresividad, por lo tanto, se podría considerar como un complemento al Síndrome de "AHA" que este autor planteaba.

1.2.3.2 **Modelo conductual**, según Ulrich (1975; citado en Carrasco, 2006), se considera que, las conductas agresivas dependen directamente de las condiciones ambientales que se presentan, por lo tanto, se establecen y regulan en base al condicionamiento clásico y operante.

Involucra conceptos tales como la extinción, reforzamiento positivo, negativo, asociaciones entre estímulos y estímulos aversivos. De acuerdo con esto, se plantea que la agresión es una reacción ante estímulos aversivos, siendo una conducta de evitación ante estos, si se realiza y se logra disminuir dicho estímulo, la conducta sería reforzada. De igual forma plantea que la agresión puede mantenerse o aumentar su frecuencia dependiendo de la atención recibida, el alcance de objetivos a través de esta (refuerzo positivo) o la evitación de situaciones aversivas (refuerzo negativo).

1.2.3.3. **Modelo cognitivo**, plantea la agresividad en términos de esquema y actitudes, definiendo el primer concepto como unidades que contienen información construida por la persona acerca de sí mismo y el mundo, a su vez dichos esquemas guían y orientan a la persona en su diario vivir. (Castillo, 2006).

Dentro de este modelo se dará énfasis a dos teorías: el sesgo egocéntrico de Beck y la teoría de aprendizaje social de Bandura.

- a. Sesgo egocéntrico de Beck, se refiere a la característica de los esquemas nucleares de presentar una tendencia estable a interpretar la realidad de una manera excesivamente rígida, sin tomar en cuenta las diferentes percepciones que puedan tener otras personas sobre la situación. Seguido a esto, se presentan los esquemas intermedios relacionados con la percepción de que algo “no debería ocurrir” y si ocurre se interpreta como un ataque hacia uno mismo, es decir se presenta una actitud hostil hacia el entorno, esto se tiende a interpretar como injusto, intencionado y merecedor de castigo, lo cual representa errores cognitivos tales como la generalización, personalización, pensamiento dicotómico e incluso abstracción selectiva. (Roncero et al., 2016).

Cuando se presentan este tipo de esquemas en un individuo, una situación activadora da lugar a pensamientos automáticos relacionados a valoraciones negativas de otros, deseos de agresión, interpretación de un daño intencional por parte de otro, y necesidad de solucionarlo. Conduciendo de esta manera a emociones tales como la ira y conductas agresivas, las cuales al conseguir su objetivo, reforzarían nuevamente los esquemas ya establecidos.

- b. La teoría de aprendizaje social de Bandura (1974, citado en Contini, 2015) postula que la conducta agresiva se adquiere a través de la observación, y se mantiene por refuerzo directo de estos

comportamientos, es decir un refuerzo positivo que representaría un beneficio para quien la realiza.

Esta teoría destaca no solo la observación, sino también la imitación de estos comportamientos y sus posibles consecuencias, lo cual representa el proceso cognitivo antes de la respuesta. La imitación de modelos agresivos aceleraría en este caso la presentación de estas conductas, por lo tanto, se resalta la importancia del contexto de la persona a nivel cultural, familiar e incluso lo que presentan los medios de comunicación masiva.

1.2.4 Características de la agresividad en la infancia

La investigación de la manifestación de conductas agresivas en el ser humano toma en cuenta la etapa de desarrollo del ciclo vital del individuo, debido a que en la infancia es normal que algunas de estas conductas se presenten como parte del desarrollo normal del niño a medida que, se adapta y establece estrategias funcionales para tolerar la frustración y resolver problemas. Por lo tanto, son conductas que van a variar según la edad y en base a esto se puede comprender cuándo se manifiesta de manera esperada, y cuándo supera las manifestaciones normales en una etapa específica, dando lugar a posibles cuadros psicopatológicos.

Padilla y Quezada (2018) expresan la importancia de reconocer la etapa y contexto en el que el infante presenta ciertas conductas agresivas, para así poder identificar

si se convierten en reacciones o respuestas únicas ante estímulos aversivos del ambiente.

A continuación, se presentan las conductas que se pueden esperar en cada etapa, sus diferencias y características específicas, de acuerdo con lo establecido por Sabeh et al. (2017):

- 0 a 2 años: Durante esta etapa se puede presentar agresividad de manera física, especialmente al final del primer año. Alrededor del año y medio se pueden presentar conductas como quitarles cosas a otros o empujar.

- 2 a 5 años: En esta etapa se pueden presentar actitudes desafiantes, desobediencia, los denominados “berrinches”, agresiones físicas hacia otras personas, las cuales se pueden presentar con el objetivo de conseguir algo deseado. Puede ser hacia adultos u otros niños, pero a pesar de tener un objetivo, no se presenta la intención de causar un daño a otra persona.
Esto se relaciona con el hecho de que la capacidad de autocontrol se desarrolla entre finales de los dos años y principios de los tres, por lo tanto, es esperable que se pueda presentar un incremento de agresiones físicas, las cuales se esperan que disminuyan posterior a estas edades.

- 6 a 11 años: En esta etapa, como se mencionó, se espera que disminuya la frecuencia de conductas agresivas, aunque puede aumentar la intensidad de reacciones agresivas ante provocaciones de otros. Cabe destacar que,

predominan las agresiones verbales, lo cual puede incluir burlas, insultos, mentiras, acoso escolar, intimidación, entre otras posibilidades.

- 12 a 17 años: En la adolescencia se presenta una vez más aumento en las conductas agresivas, en este caso en las agresiones físicas, las cuales tienden a disminuir a través del tiempo.

Cabe destacar que, aunque hay conductas que se pueden manifestar dentro del desarrollo normal y saludable de una persona, esto no implica que se deban reforzar o aceptar de manera constante, sino que son oportunidades en las cuales se puede instruir y permitir al niño establecer estrategias para el manejo de sus emociones y problemas de manera sana y funcional. La tendencia a estas conductas puede ser esperable en determinada etapa, es necesario identificar cuándo se presenta un aumento crónico e intenso en un individuo, ya que puede conducir a patologías en su funcionamiento.

1.2.5 Relación entre ira, agresividad y violencia

En muchas ocasiones se considera la violencia como sinónimo de agresividad, aunque son dos conceptos diferentes entre sí, que pueden acompañarse, pero no necesariamente se debe considerar la agresividad como violencia, aun cuando esta última sí requiera de la manifestación de la primera.

Cuando se habla de violencia, según Boggon (2006), se debe presentar una intención relacionada con el poder, imposición sobre otra persona, a través de la fuerza a nivel físico, psicológico o social. Implica dominio de otra persona y se presenta en muchas ocasiones cuando una persona no tolera las diferencias con otros en una situación, y recurre a la violencia para solucionar el problema u obtener un beneficio. Es planificada, analizada y procesada previo a su ejecución. La violencia requiere de la agresividad para poder presentarse, pero debe ser interpretada a su vez en el contexto en que se da, la meta que presenta y los medios y procesos que utiliza para alcanzar esto.

Por otra parte, de acuerdo con Contini (2015) la agresión corresponde a un comportamiento específico, reactivo ante una situación específica, y dependiendo de su frecuencia puede presentarse la agresividad, es decir, la tendencia de una persona a actuar de manera agresiva ante diferentes situaciones, lo cual correspondería al tipo de agresividad reactiva definido anteriormente. Mientras que la violencia correspondería a la agresividad proactiva, por la meta que presenta y la ausencia de un estímulo detonante.

Una vez establecida esta diferencia, se puede comprender con mayor facilidad la relación que se presenta entre la agresividad y la ira, siendo esta última el estado emocional que puede ser desde enojo hasta furia. Suele ser expresada a través de actitudes hostiles y conductas agresivas ante una situación determinada.

Esta emoción resulta adaptativa ante amenazas que pueda percibir el individuo, por lo tanto, nuevamente acompaña a la agresividad, mas no a la violencia,

representando de esta manera el funcionamiento del Síndrome “*AHA*” explicado en apartados anteriores, establecido por Spielberger (2009).

De esta manera, se comprende los procesos involucrados en las conductas agresivas, las maneras que se puede manifestar, su diferencia de otros conceptos, y el impacto que puede generar en el funcionamiento de un individuo. Cabe destacar que, cualquier persona puede presentar esta problemática, pero puede que ante otras condiciones clínicas se presente mayor riesgo de manifestarlo, aún más cuando se encuentran otros factores predisponentes en el individuo, dando lugar a consecuencias más graves para su desarrollo, como puede ocurrir en la condición del TDA/H, la cual será ampliada en el siguiente apartado.

1.3 Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

1.3.1 Definición y criterios del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

De acuerdo con el DSM-V (2013), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) se incluye dentro de los trastornos del desarrollo neurológico. Es definido como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento, y presenta una o dos de las siguientes características:

1. Inatención: Se presentan seis o más de los siguientes síntomas, y se han mantenido durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo, y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
 - Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
 - Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
 - Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
 - Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.

- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e impulsividad: Se presentan seis o más de los siguientes síntomas, y se han mantenido durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo, y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca.
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.
- Con frecuencia habla excesivamente.
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Se establecen diferentes aspectos claves en la manifestación de este trastorno entre ellos se encuentra que, los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad se presenten antes de los doce años; en dos o más contextos, por ejemplo, el hogar, escuela, lugares públicos, con amistades u otros miembros de la familia; y, que dichos síntomas interfieran con el funcionamiento social o académico del individuo.

1.3.2 Etiología del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

El TDA/H es un trastorno que puede involucrar múltiples causas de diversas índoles, donde cada una contribuye a la manifestación del trastorno en diferente medida, varía de un individuo a otro, por lo tanto, no se establece que una vez que se presente uno de estos eventos, efectivamente el individuo presentará el diagnóstico, sino que son considerados factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que se presente.

De acuerdo con Soutullo y Díez (2007), a través de diversos estudios se ha logrado identificar las causas en esta condición tales como:

- Genética: Es una de las principales causas establecidas y la más frecuente, por lo tanto, cuando un progenitor presenta la condición, hay mayor probabilidad de que el niño la pueda presentar. El riesgo se multiplica por 8,2. Esto no quiere decir que por regla se tendrá un hijo con esta condición,

sino que hay mayor riesgo de que se presente, en porcentaje se considera entre 16-40%.

- Bajo peso al nacer, triplica el riesgo de presentar TDA/H.
- Consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo puede duplicar e incluso triplicar el riesgo de esta condición.
- Alteraciones a nivel de los neurotransmisores, a través de diversos estudios han indicado que se presentan bajos niveles de noradrenalina y dopamina, lo cual relacionan con la hiperactividad e impulsividad.
- Alteraciones en estructuras cerebrales: Indican que la corteza prefrontal que controla las funciones ejecutivas como atención, memoria, planificación, entre otras, se encuentra con menor tamaño y actividad en niños que presentan esta condición, relacionándose con el bajo funcionamiento de estas capacidades.

Al conocer las múltiples causas involucradas en esta condición, se comprende que no es intención del niño, ni producto del ambiente, sino una afección neurobiológica que puede ser agravada por el ambiente y experiencias de aprendizaje. Por ello, estos mismos factores manejados adecuadamente pueden influir de manera positiva en el desarrollo de los niños con este diagnóstico.

1.3.3 Características del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

El TDA/H presenta tres características principales que se pueden manifestar en diferente medida dependiendo de cada caso, estas son la inatención, hiperactividad e impulsividad. Cada una implica síntomas diferentes entre sí, que afectan tanto el rendimiento del individuo, como su funcionamiento de nivel social y emocional, por las consecuencias que acarrea en otros ámbitos de su vida. Wender y Tomb (2017) describen aspectos esenciales de estas características:

1.3.3.1 **Inatención:** Se refiere a la dificultad para mantener su atención durante un periodo de tiempo en específico y la distraibilidad involucrada en el proceso. En ocasiones es una característica que no involucra en sí misma un problema conductual, sino que afecta directamente el rendimiento del niño, por lo tanto, puede pasar desapercibida. En este ámbito se puede destacar la dificultad para terminar actividades complejas, dificultad en el seguimiento de indicaciones, se distrae con facilidad, lo que conduce a mayor comisión de errores y falta de atención a los detalles.

1.3.3.2 **Hiperactividad:** Se refiere al movimiento constante y excesivo que se puede presentar en el niño en momentos en los que se espera para su edad que pueda mantenerse tranquilo. Suelen ser percibidos como niños muy activos y enérgicos, les cuesta mantenerse sentados, hablan de manera excesiva, mueven manos y pies constantemente, trepa o corretea en momentos inapropiados. Esto puede conducir a mayor riesgo de accidentes,

lo cual suele ser un factor común en la historia clínica del niño cuando se presenta esta característica.

Cabe destacar que no todos los niños con esta condición presentan esta característica, esta también debe ser diferenciada de la actividad normal que se puede presentar en un niño durante un juego. La diferencia radica en los momentos en los que se espera que el niño permanezca tranquilo o en una actividad durante cierta cantidad de tiempo, en estos momentos es cuando se puede observar la dificultad para llevarlo a cabo.

1.3.3.3 **Impulsividad:** Se refiere a la dificultad en el control de los impulsos, lo que lleva a actuar sin reflexionar sobre las posibles consecuencias, baja tolerancia a la frustración, o en momentos en los que tiene que esperar su turno o una gratificación. Esta característica específicamente puede conducir a mayor irritabilidad, dificultades en el manejo emocional, interrupciones constantes a otros, dificultades en la planificación, y resolución de problemas.

Cabe mencionar que, esta característica puede asociarse a posibles problemas de conductas en el ámbito social y emocional como, por ejemplo, la agresividad, debido a que el niño tiene una dificultad en el control de su conducta, emociones e impulsos, que puede llevarle a actuar sin pensar en el impacto que una acción específica tendría en otra persona u objeto. Es posible que se le dificulte el manejo de la frustración o enojo, dando lugar a

reacciones emocionales de difícil control para el mismo niño y adultos presentes en el momento.

1.3.4 Presentaciones del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

Como se ha mencionado anteriormente, la condición del TDA/H no se manifiesta de la misma manera en todos los casos, sino que puede variar en cuanto a sus características, razón por la cual se han establecido tres presentaciones específicas en esta condición, las cuales pueden variar en un mismo caso a lo largo del tiempo, dependiendo de los factores externos involucrados.

Las presentaciones dependerán de las tres características principales mencionadas previamente, que predominen en el individuo con mayor frecuencia e intensidad.

Según Cabanyes (2016), se pueden clasificar de las siguientes formas:

- Presentación inatenta: Se presenta mínimo 6 de las características que definen como tal el Déficit de Atención, en el DSM-V. Estas no corresponden al nivel del desarrollo y afectan el funcionamiento del individuo. Se resalta que en esta presentación se presenta lentitud en la ejecución de diversas acciones, suele tomar más tiempo para el individuo iniciar y finalizar una tarea y se percibe con frecuencia como “desinteresado o que sueña despierto”.

- Presentación hiperactiva-impulsiva: Se presenta cuando mínimo 6 de los indicadores de este criterio establecidos en el DSM-V se manifiestan en el individuo, sin ser acorde a la edad y afectan su funcionamiento.
- Presentación combinada: Se presenta cuando se manifiestan de manera proporcional tanto los criterios de inatención como de hiperactividad-impulsividad, es considerada la presentación más común dentro de esta condición.

1.3.5 Consecuencias Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

En base a las características y síntomas que presenta esta condición, se pueden manifestar diversas consecuencias a nivel familiar, académico, emocional y social. Pueden variar a través de cada etapa del desarrollo, y en casos en los que no se brinde la atención adecuada, se pueden agravar con el tiempo, y desembocar en problemáticas de mayor dificultad para el individuo.

Doutullo y Díez (2007) amplían diferentes consecuencias que se pueden presentar en las personas que presentan TDA/H, entre ellas destacan:

- En los casos en que predomina la hiperactividad y no se ha brindado la intervención, apoyo, y adaptaciones adecuadas, tanto a nivel familiar como escolar, se presenta mayor riesgo de deserción escolar. Se incrementa aún

más el riesgo entre más intensa sea la hiperactividad, si se presenta trastorno de conducta, y si se ha repetido algún grado.

- Si se presentan síntomas de trastorno de conducta y TDA/H se duplica el riesgo de embarazo precoz, lo cual a su vez multiplica el riesgo por 1,7 de no acceder a estudios universitarios.
- En casos donde predomina las características de hiperactividad e impulsividad, se presenta mayor riesgo de consumo de tabaco, alcohol y drogas, en especial durante la adolescencia.
- Cuando no cuentan con estrategias adecuadas para manejar estas dificultades y los síntomas persisten hasta la etapa adulta, se puede presentar dificultad en la organización, frustración, irritabilidad, enfados frecuentes, dificultades laborales y familiares. Por ejemplo, mayor riesgo de separaciones o divorcios.
- Se presenta mayor riesgo de accidentes, en especial accidentes de tráfico por exceso de velocidad o manejo temerario.
- En algunos casos se pueden presentar problemas de conducta antisocial, en especial cuando se presenta de manera comórbida con el trastorno de conducta, y no se establece ninguna intervención al respecto.

1.3.6 Alteración en las funciones ejecutivas en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

Las funciones ejecutivas son definidas como las capacidades que tiene el ser humano para formular metas, planificar objetivos y ejecutar conductas de un modo eficiente (Lezak; citado en Portellanos, 2018). Permiten dar solución a nuevos problemas y alcanzar objetivos; están formadas por diversos componentes como complejidad, novedad, intención y finalidad adaptativa.

Portellanos (2018) indica que, son un conjunto de habilidades cognoscitivas de alto nivel que tienen como objetivo la consecución de metas mediante actuaciones programadas y complejas. Esto permite comprender la importancia de estas capacidades en nuestro funcionamiento diario. Cabe destacar que, según Brown (2009), se considera que el TDA/H es un trastorno que implica el deterioro de las funciones ejecutivas, lo cual explica los diferentes síntomas que acarrea este diagnóstico.

Doutullo y Díez (2007) explican que las funciones ejecutivas comprenden el autocontrol, incluyendo así todos los comportamientos que realiza la persona para dirigirse a sí mismo y autorregularse. Establecen que esta capacidad es posible gracias a la inhibición de respuestas, memoria de trabajo, autorregulación emocional y reconstrucción.

Por otra parte, Portellanos (2018) destaca que las funciones ejecutivas comprenden componentes cognoscitivos tales como la inhibición, planificación, flexibilidad

mental y razonamiento; también se presentan componentes emocionales como la regulación emocional.

Diversos autores denominan de diferentes maneras estas funciones, pero se refieren a los mismos conceptos y características. Para efectos de este estudio se explica con mayor detalle las funciones ejecutivas mencionadas por Douthett y Díez (2007), basadas en el modelo de Barkley, para facilitar la comprensión y relación entre las variables establecidas en la presente investigación.

- Inhibición de la respuesta: Implica procesos como inhibir una respuesta inicial automática ante un estímulo y retrasar dicha respuesta; interrumpir una respuesta si no está siendo eficaz; y, mantenerse en una acción evitando interferencias. Esto incluye pensar antes de actuar, analizar consecuencias, evaluar acciones para poder cambiarlas, y mantener su atención en una actividad.

En el TDA/H se presenta dificultad en este ámbito, lo que puede conducir a mayor impulsividad, dificultad para esperar, perseverancia en errores, y estrategias ineficaces para resolver problemas.

- Memoria de trabajo: Comprende poder recordar situaciones vistas u oídas en el pasado e incluso pensar cómo sería una situación en base a experiencias previas. Permite reflexionar, autocorregirse, resolver problemas, tomar decisiones, y guiar la conducta.

En el TDA/H se presenta alterada, conduciendo a manifestaciones como inmadurez en el niño y alteraciones en las capacidades ya mencionadas.

- Autorregulación emocional: Esta función le permite a la persona tener una respuesta emocional acorde a las situaciones que se presentan; implica la decisión sobre la manifestación de la emoción de manera interna o externa, y su manejo.

En el TDA/H se presentan dificultades para retrasar y manejar estas respuestas emocionales, lo que desemboca en explosiones ante la frustración, conflictos o situaciones que exacerbén diversas emociones, a su vez implica dificultades en la motivación.

Se relaciona en gran medida con la impulsividad y dificultad en el autocontrol que pueden presentar algunos niños, y aumenta el riesgo de manifestar conductas agresivas al no poder manejar adecuadamente lo que sienten.

- Reconstrucción: implica capacidades como la flexibilidad, automonitoreo, fluidez, entre otras. Permiten reconstruir mentalmente la situación para crear nuevas acciones en el futuro o afrontar obstáculos inesperados, alcanzando los objetivos que se tengan establecidos.

Al comprender la alteración de estas funciones en el TDA/H se puede apreciar con mayor facilidad las probabilidades de manifestación de conductas disruptivas en el niño, ya que hay una dificultad a nivel neurológico que altera las capacidades mencionadas. Además, si se presentan factores ambientales desfavorables, mayor es el riesgo de manifestación de conductas problemáticas, como las conductas agresivas relacionadas a las dificultades en el manejo, y expresión de sus emociones, siendo este un aspecto principal en el presente estudio.

Para esto es necesario también conocer la prevalencia de esta condición a nivel internacional y nacional, de manera que se pueda reconocer el impacto que tiene en nuestra sociedad, y la necesidad de atender e intervenir sobre esta.

1.3.7 Prevalencia y comorbilidades del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

La prevalencia de una condición se refiere al porcentaje aproximado de casos que se pueden presentar en una muestra, o en este caso en una población específica. Permite conocer el impacto que puede generar una condición en la comunidad, sensibilizar sobre la frecuencia con la que se presenta, y reconocer la necesidad de brindar las atenciones adecuadas ante esta.

A nivel mundial el TDA/H es una condición que, según Biederman y Faraone (2005), “impacta la dinámica familiar, así como las relaciones con los pares de quien lo padece, y afecta 8% de la población infantil a nivel mundial”. Mientras que en Panamá las cifras se encuentran aproximadas a este porcentaje, de acuerdo con Britton, Sánchez y Velarde (2009), la prevalencia en nuestro país es de 7.4%, siendo el 1.8% del tipo inatento, 3.2% del tipo hiperactivo–impulsivo y un 2.3% de tipo combinado.

En relación con la importancia de conocer la prevalencia de un trastorno, resulta esencial conocer las posibles comorbilidades que se pueden presentar, es decir los

trastornos que pueden coexistir al mismo tiempo con el TDA/H, y la probabilidad de manifestarse de estos.

Doutullo y Díez (2007) exponen que el TDA/H presenta la tendencia a ser comórbido con trastornos del aprendizaje, emocionales y de conducta. Se destaca que en una muestra de 579 niños entre 7-9 años, el 70% presentaba otro trastorno comórbido. Este alto porcentaje puede indicar que el TDA/H es un trastorno básico previo a la presentación de los otros, dando lugar a mayor vulnerabilidad y riesgo en el individuo. Las condiciones mencionadas pueden mejorar o empeorar durante el desarrollo de la persona, dependiendo a su vez de los tratamientos brindados, factores ambientales, de riesgo, y protectores que se presenten en su diario vivir.

Brown (2009) menciona que el TDA/H se presenta con frecuencia con el trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de tics, del estado de ánimo, del aprendizaje, y consumo de sustancias.

Cabe mencionar que, entre los trastornos más frecuentes destacan el trastorno negativista desafiante y trastorno de la conducta, superando una probabilidad de más del 40%. Estas dos condiciones implican conductas tales como desobediencia, hostilidad hacia figuras de autoridad, violar normas, y dificultades en su adaptación social.

Al hacer referencia al trastorno negativista desafiante, es necesario indicar que en esta condición el niño tiende a discutir ante las órdenes, desafiar, llevar la contraria al adulto, pero sin llegar a afectar los derechos de otros ni normas establecidas;

tienden a provocar y discutir, lo cual dura un mínimo de 6 meses para ser considerado un problema. Puede estar acompañado de enfados de alta intensidad, culpar a otros, resentir y ofenderse con facilidad, así como reaccionar de manera rencorosa ante acciones que otros puedan realizar.

Por otra parte, se encuentra el trastorno de la conducta, en este caso se presenta la tendencia a romper normas establecidas, violar los derechos de otros, actuar de manera impulsiva afectando a otras personas u objetos; se tiende a reaccionar de esta manera ante provocaciones y frustraciones.

Estas comorbilidades y características específicas presentan un alto impacto negativo en el desarrollo social y emocional del niño. Predomina en gran medida la impulsividad, que puede conducir a que se manifiesten conductas agresivas aun cuando el niño no tiene la intención de estas, sino que se presentan por la dificultad en el control y reflexión de sus acciones. Estas problemáticas pueden desembocar en críticas y regaños constantes ante el niño, etiquetas, burlas, rechazo social, pocas amistades, fracaso escolar, mayores accidentes, y problemas en relaciones con sus pares, docentes y cuidadores.

Martínez y Duque (2008) plantean que las conductas agresivas suelen manifestarse en el trastorno de conducta y negativista desafiante, por lo tanto, si la probabilidad de presentarse esta comorbilidad en el TDA/H es superior al 40%, esto implicaría mayor riesgo e impacto para los niños que presentan ambos diagnósticos, razón por la cual resulta esencial la intervención temprana para aumentar sus probabilidades de éxito en los diversos ámbitos de funcionamiento.

1.3.8 Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

El tratamiento del TDA/H incluye diferentes componentes que promueven el desarrollo integral de la persona, en especial cuando se identifica en niños y adolescentes. Según lo establecido por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2016), los tratamientos disponibles y considerados efectivos para el TDA/H se enfocan en reducir los síntomas, y mejorar el funcionamiento de quien lo padece. Incluyen medicamentos, psicoterapia, psicoeducación tanto a padres como docentes, considerándose de esta manera un tratamiento multimodal.

Cabe destacar que, a pesar de que los síntomas pueden variar durante las diferentes etapas del desarrollo, se mantienen durante toda la vida, aunque en cierto punto puedan ser menos problemáticos, aún pueden dar lugar a dificultades, lo cual implica que el tratamiento sea prolongado.

De acuerdo con Wender y Tomb (2017), la mayoría de los niños con TDA/H se pueden beneficiar del tratamiento con medicamentos, pero todos los niños con esta condición se benefician a partir de la atención y comprensión de la familia, así como del apoyo psicoterapéutico.

Cuando se hace referencia al importante rol de los cuidadores, esto involucra la necesidad de una disciplina consistente, estructurada y coherente en el hogar, además del fortalecimiento emocional del niño en casa, estos aspectos resultan esenciales en el desarrollo del niño, en conjunto con los otros tratamientos ya mencionados. Se incluye en este ámbito familiar la importancia de aceptar el

diagnóstico, procesarlo, trabajar con las dificultades emocionales que se puedan presentar en los cuidadores, y desarrollar estrategias para manejar las dificultades que se presenten.

La psicoterapia es un tratamiento esencial en esta condición ya que contribuye a que el niño pueda modificar su conducta, fortalecer las funciones ejecutivas que se encuentran afectadas, y aprender estrategias que le permitan manejarse de mejor manera a nivel académico, social y emocional. Los objetivos en psicoterapia dependerán de cada caso, en algunos se enfoca en el monitoreo de su propia conducta, control de la ira, pensar antes de actuar, habilidades sociales funcionales, y manejo adecuado de sus emociones, entre otros aspectos básicos en su desarrollo, los cuales pueden estar afectados por esta condición.

1.4 Psicoterapia cognitiva conductual

1.4.1 Definición de la psicoterapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual (TCC) es definida por Genise (2017) como “un tipo de psicoterapia basada en la idea de que los estados disfuncionales como depresión, ansiedad o ira son mantenidos o exacerbados por pensamientos disfuncionales. Por lo tanto, observa la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Su premisa principal es que la interpretación de los acontecimientos tiene un efecto en el modo en que nos comportamos y sentimos, y esta interpretación está determinada por creencias nucleares, esquemas, creencias intermedias y pensamientos automáticos”.

Es considerada la aplicación clínica de la psicología, fundamentada en principios y procesos validados empíricamente. (Plaud, 2011; citado en Ruíz et al., 2012). Según Stallard (2007), ha demostrado su eficacia en trastornos de ansiedad, depresión, fobias, trastornos de conducta, entre otros.

El postulado fundamental de la TCC es el siguiente “el modo en que las personas interpretan situaciones ejerce una influencia en las emociones y conducta” (Beck, 2000; citado en Bunge et al., 2009). De esta manera se establece una interacción constante entre pensamiento, emoción y conducta, indicando que las personas presentan la tendencia a responder a lo que interpretan de una situación, más que a la situación en sí misma.

Cabe destacar que, aunque este sea el postulado básico, se reconoce de igual manera que los pensamientos no son los causantes de todos los trastornos mentales, sino que en algunos de ellos puede intensificar los síntomas y dificultades que se presentan. En base a esto, las intervenciones de la TCC tienen como objetivo modificar los pensamientos disfuncionales del individuo, de manera que esto pueda contribuir a reducir su malestar emocional y conductas disfuncionales. Se puede trabajar con niños, adolescentes y adultos con diversas condiciones, a través de técnicas y estrategias provenientes, tanto de teorías cognitivas como conductuales (Kendall y Hollon, 1979; citado en Stallard, 2007).

Cabe mencionar que la Terapia Cognitiva Conductual involucra diversos elementos, ampliados por Bunge et al. (2009) de la siguiente manera:

- Esquemas: son considerados las estructuras funcionales de representaciones del conocimiento, creencias de sí mismo, y el mundo. Se basan en experiencias previas de una persona, las cuales guían la búsqueda, organización y recuperación de la información, razón por la cual dirigen los pensamientos, emociones y conductas en base a la interpretación del contexto en el que se encuentra el individuo. A partir de los esquemas derivan las creencias y pensamientos automáticos.
- Creencias nucleares: se refiere a las representaciones estables y más profundas de la realidad externa como de sí mismo que presenta una persona. Se consideran como “verdades absolutas”, a pesar de que no se presenten de manera consciente la mayor parte del tiempo.

- Creencias intermedias: son aquellas que limitan la manera en que una persona piensa, siente y actúa; y a partir de la influencia de estas en la conducta, tienden a auto confirmarse, reforzándose en el individuo, y contribuyendo al mantenimiento del malestar.
- Pensamientos automáticos: se presentan ante situaciones específicas, con mayor frecuencia y rapidez. Afectan las emociones y conducta de la persona, aunque no los identifique en el momento por la brevedad que les caracteriza.

Al establecer el impacto de los esquemas en el funcionamiento y bienestar del individuo, se comprende el hecho de que al modificar dichos procesos cognitivos se pueden generar cambios a nivel emocional y conductual (Stallard, 2007). Los esquemas son parte del funcionamiento normal de todas las personas, se genera dificultad cuando se presentan de manera desadaptativa, esto se forma desde la infancia y se refuerza a lo largo del desarrollo, dando lugar a diversas problemáticas para cada persona, debido a que se forman a partir de sus experiencias personales.

1.4.2 Características de la psicoterapia Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual presenta características esenciales que constituyen sus procesos, intervenciones y abordajes de diversas condiciones. De acuerdo con Ruiz et al. (2012), se resaltan las siguientes:

- Se basa en los principios de la psicología del aprendizaje, se fundamenta en la psicología científica, de manera que se basa en evidencia y suele ser referencia para diferentes intervenciones.
- El objeto de las intervenciones es la conducta y los procesos que involucra, es decir, los pensamientos, emociones, reacciones fisiológicas. Permite evaluar y medir las variables de manera objetiva (conductas observables y manifiestas), y subjetiva (implicando lo que expresa y refiere el individuo en cuanto a su funcionamiento).
- La conducta la definen como aprendida, pero mantiene presente los factores biopsicosociales que interfieren en este aprendizaje, y dan lugar a los patrones de comportamiento, aceptando modelos causales multifactoriales.
- Las intervenciones tienen como objetivo la modificación a nivel cognitivo, emocional y conductual cuando estos se presentan de manera disfuncional. Involucra la participación activa del consultante en cuanto a la práctica y aplicación de técnicas para establecer un cambio significativo.

En este aspecto, Stallard (2007) indica que, corresponde a un proceso de colaboración donde el consultante ya sea niño, adolescente o adulto puede reconocer sus metas, experimentar, practicar y supervisar sus resultados, facilitando mayor autocontrol con el apoyo del terapeuta.

- Presenta entre sus objetivos evaluar la eficacia de sus intervenciones, la cual se establece en base a los cambios producidos en la conducta objetivo del tratamiento, tanto a corto como largo plazo, y en diversos ambientes.

- Se reconoce el valor de la relación terapéutica y su contribución en el contexto de aprendizaje del consultante. Dentro de este proceso Stallard (2007) establece que el rol del profesional también incluye alentar, y apoyar al consultante durante este proceso. Por ejemplo, durante las sesiones de psicoterapia el consultante tiene la oportunidad de practicar las habilidades y técnicas establecidas, y continuar con la práctica en casa de manera que pueda retroalimentar sus resultados en las sesiones posteriores.

Además de las características mencionadas, Stallard (2007) incluye como características la brevedad que caracteriza las intervenciones cognitivo conductuales, permitiendo mayor independencia en el consultante. Se centran en el aquí y el ahora, abordando dificultades actuales, lo cual puede resultar de mayor facilidad e interés para niños y adolescentes. Se destaca finalmente, que entre los objetivos de la TCC se encuentran también aumentar la consciencia y comprensión

de sí mismo, y fortalecer el autocontrol a partir de habilidades cognitivas y conductuales más funcionales para el individuo.

1.4.3 Psicoterapia cognitiva conductual en niños y adolescentes

De acuerdo con Friedberg y McClure (2005), la psicoterapia cognitiva conductual con niños permite conservar el empirismo colaborativo a su vez que facilita el descubrimiento guiado. Esto se logra a través de tareas adaptadas de maneras lúdicas e interactivas, lo que le ayuda a los niños a comprender, y tener un mayor control sobre sus pensamientos. Por otra parte, a través del enfoque conductual, se les enseña habilidades que le faciliten comportamientos diferentes y disminuir así las dificultades que le aquejan.

En estas etapas del desarrollo las intervenciones presentan el objetivo de promover y fortalecer la consciencia del niño con respecto a sus pensamientos y creencias disfuncionales, de manera que pueda comprender su impacto en cómo se siente y se comporta.

Stallard (2007) explica que, la TCC en su aplicación a adultos puede ser considerada compleja, pero en el caso de los niños y adolescentes, se toma en cuenta el nivel de procesamiento y desarrollo. Se considera que desde el nivel de operaciones concretas del desarrollo cognitivo (7 años en adelante) el niño cuenta con la capacidad suficiente para poder realizar las tareas que implica la TCC, siendo

estas adaptadas de manera lúdica para facilitar la comprensión e interés del niño, por ejemplo, a través de juegos, dibujos, cuentos, entre otras herramientas.

En ocasiones se percibe que la dificultad puede recaer en cómo explicar conceptos abstractos y complejos a los niños tales como, esquemas o creencias disfuncionales, pero a través de ejemplos, y metáforas sencillas y concretas se ha podido alcanzar esta meta.

Dentro del abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes, Bunge et al. (2009) integran intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas con estrategias conductuales y modelado. Su objetivo es modificar las respuestas cognitivas, emocionales, y conductuales desadaptativas que se presentan en el niño en relación con su entorno. Se reconoce que el tratamiento a niños y adolescentes debe ser adaptado a las diferencias individuales de cada caso, tomando en cuenta que el niño no suele acudir de manera voluntaria; y presenta intereses y capacidades complementemente diferentes a las del adulto.

Dentro del proceso terapéutico, resulta esencial identificar el modo de procesamiento de información del niño, Bunge et al. (2009) hacen referencia a los pacientes internalizadores y externalizadores, donde los primeros se caracterizan por síntomas y malestares subjetivos, por ejemplo, niños que presentan ansiedad clínicamente significativa; mientras que los segundos se caracterizan por comportamientos disruptivos, por ejemplo, manifestación de conductas agresivas y dificultades en el autocontrol. Entre algunas de las estrategias descritas por Bunge, et al. (2009) para su aplicación en este ámbito se encuentran:

- Entrenamiento en reconocimiento de las emociones: Es uno de los primeros pasos para poder manejar, y expresar las emociones posteriormente de maneras más funcionales.
- Identificación de pensamientos automáticos y reconocimiento de la relación entre pensamiento, emoción y conducta: Implica la participación activa del paciente, psicoeducación, y reconocimiento de la influencia de cada una de estas variables en el problema que se presenta.
- Reestructuración cognitiva: Una vez identificados los pensamientos disfuncionales, se promueve el cuestionamiento de esto para que así el paciente establezca pensamientos alternativos más funcionales y adaptativos.
- Modelados: Se basa en la teoría del aprendizaje social, donde el niño observa e imita estrategias para resolver problemas.
- Estrategias de control de impulsos: Resultan efectivas ante trastornos externalizadores. Se orientan al refuerzo de las funciones ejecutivas afectadas, enfocándose en el autocontrol, es decir parar y pensar antes de actuar, y el establecimiento de acciones más funcionales ante problemas.

Como se ha planteado anteriormente, cada una de estas estrategias se adaptarán a la edad y características específicas del niño, se desarrollarán a través del juego

y actividades de fácil comprensión, de manera que puedan aplicarlo en su diario vivir, y establecer un cambio significativo.

1.4.4 Abordaje de la psicoterapia cognitiva conductual en conductas agresivas

De acuerdo con Moreno y Utria (2011) la Terapia Cognitivo Conductual es uno de los enfoques que más se ha centrado en el manejo de problemas de comportamiento externalizante, los cuales incluyen los comportamientos agresivos.

Ante esta problemática González y Carrasco (2006), indican diversas intervenciones efectivas basadas en la terapia cognitiva conductual, las cuales pueden ser aplicadas, tanto de manera individual como grupal, se mencionan las siguientes:

- Entrenamiento en autoinstrucciones: Se basa en la modificación de aquellas autoinstrucciones desadaptativas que acompañan las conductas agresivas, por la instauración de autoinstrucciones adaptativas.

- Entrenamiento en autocontrol: Su objetivo es promover la autorregulación de la conducta a través de la autoobservación, autoinstrucciones y autorreforzamiento. Incluye técnicas de respiración y relajación para que el sujeto pueda identificar las reacciones de su cuerpo ante la ira, y así poder ejecutar acciones que le ayuden a manejarse de mejor manera. Este tipo de

entrenamiento suele ser breve, entre 6 y 12 sesiones, adaptado a diferentes edades, e incluye el modelado y reforzamiento de conductas positivas en este ámbito. El paciente y el terapeuta tienen roles activos en este tratamiento.

- Entrenamiento en habilidades sociales: Se basa en promover las habilidades para responder de manera más funcional ante situaciones interpersonales. Define las conductas agresivas como falta de habilidades para negociar ante situaciones de conflicto, y la influencia de los pares en esta situación. Utiliza estrategias como juego de roles y modelado.

Cabe destacar que, las intervenciones mencionadas pueden incluir diversas estrategias tales como el desarrollo de asertividad, juegos de roles, técnicas de relajación y respiración, modelado, entrenamiento en solución de problemas, entre otros. Adaptadas cada una a la edad y características de los sujetos. Se pueden aplicar tanto a niños, como adolescentes. Incluso se menciona su aplicación de manera grupal en estas etapas resulta funcional, debido a que los niños practican en contextos sociales con sus pares las habilidades enseñadas, con apoyo del terapeuta, mientras que, cuando esta problemática se presenta en adultos, las investigaciones indican que resulta más eficaz la intervención individual.

Según Ortega (2004; citado en González y Carrasco, 2006), se presentan intervenciones que utilizan cuentos, juegos de roles entre iguales y solución de problemas en niños entre 4 a 5 años, las cuales han demostrado un incremento significativo en conductas asertivas, y disminución de conductas agresivas.

De acuerdo con Nezu et al. (2004), al trabajar con pacientes con problemas en el manejo del enojo y conductas agresivas, el objetivo final es poder disminuir la frecuencia e intensidad de dichos episodios, y fomentar habilidades interpersonales de afrontamiento que no involucren la agresividad. En este ámbito resulta esencial comprender la función de la agresividad en su contexto social, y cultural. Esto permite establecer que el objetivo del tratamiento no es eliminar el enojo, sino reducir las consecuencias que implica cuando desborda a la persona, y que pueda llevar a cabo estrategias de manejo de maneras adaptivas en su entorno.

1.4.5 Abordaje de la psicoterapia cognitiva conductual en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

En el TDA/H se pueden presentar dificultades de autocontrol, lo cual puede conducir a problemas de conducta. Ante esta condición se plantean intervenciones cognitivas conductuales eficaces, con el objetivo de enseñar habilidades cognitivas y conductuales eficaces, y adaptativas. Se utilizan estrategias como entrenamiento en autoinstrucciones, modificación de diálogos internos, y estrategias de afrontamiento adaptativas. (Stallard, 2007)

El TDA/H es considerado un trastorno de tipo externalizado, junto con el trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, entre otros. De acuerdo con Barkley (1998; citado en Bunge et al. 2009), se considera dentro de esta categoría por las fallas en la inhibición de respuesta que puede presentarse, incidiendo de esta manera en la autorregulación, memoria de trabajo, procesos de análisis e

internalización del lenguaje, lo cual desemboca en dificultades para organizar, planificar y analizar su conducta. Debido a esto, se plantea que la intervención en estos casos se oriente a fortalecer las funciones ejecutivas poco desarrolladas, lo cual incluye estrategias de autocontrol y entrenamiento en solución de problemas.

Cabe destacar que dentro del proceso de intervención se considera la importancia de la psicoeducación y orientación a los cuidadores, para así aumentar las probabilidades de éxito de la intervención. Esto implica modificaciones en factores ambientales que pueden estar reforzando algunas conductas disfuncionales; el modelado de diversas estrategias para la resolución de problemas y fortalecimiento del autocontrol; apoyo al niño en el proceso de automonitoreo y evaluación de sus conductas; y los refuerzos ante conductas positivas y deseables que el niño pueda presentar.

CAPÍTULO II
MARCO METODOLÓGICO

2.1 Naturaleza del problema

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H) es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por inatención, impulsividad e hiperactividad, lo cual repercute en su funcionamiento a nivel social, emocional y cognitivo.

Biederman y Faraone (2005) plantean que, “esta condición impacta la dinámica familiar, así como las relaciones con los pares de quien lo padece y afecta 8% de la población infantil a nivel mundial”. De acuerdo con Britton et al. (2009) la prevalencia en Panamá es de 7.4%, siendo el 1.8% del tipo inatento, 3.2% del tipo hiperactivo–impulsivo y un 2.3% de tipo combinado.

Cabe destacar que esta condición persiste a la adolescencia y vida adulta, razón por la cual ha despertado gran interés social ante las implicaciones negativas que puede acarrear en el ámbito familiar y escolar, entre estas se encuentra la dificultad en la regulación de las emociones y la baja tolerancia a la frustración, que puede conducir a la manifestación de conductas agresivas. Las dificultades mencionadas suelen presentarse con mayor frecuencia en presentaciones hiperactivo-impulsivo y combinado, las cuales representan el porcentaje más alto en prevalencia en nuestro país.

Cuando se habla de “agresividad infantil”, según Padilla y Quezada (2018), es un comportamiento físico o verbal que busca dañar a otra persona para sobrevivir o acceder a un recurso vital. El proceso natural para regular esto inicia desde los primeros años de vida, alrededor de los dos años los niños logran manejarlo. Cuando se sigue expresando en niños mayores a cinco años, se puede considerar

que es para expresar algo que les está ocurriendo y, que debido a la falta de atención se evidencian este tipo de conducta.

A pesar de las complejidades que puedan implicar las conductas agresivas, se ha demostrado que la intervención durante la infancia disminuye las probabilidades de síntomas más graves en la adolescencia y adultez.

De acuerdo con lo planteado en la investigación de Miranda (2000), cuando se presentan conductas agresivas en niños con la condición de TDA/H, es necesario comprender que esta problemática está relacionada con una mayor dificultad en la regulación de sus emociones, poco autocontrol, dificultades en inhibición, baja tolerancia a la frustración, impulsividad e inquietud. Esto puede conducir a reacciones agresivas y difíciles de controlar tanto para el niño, como para los que le rodean, y puede impactar la autoestima.

Estas dificultades pueden ser intensificadas por factores ambientales a nivel familiar, social y escolar. Ante esta problemática se requiere de atención y apoyo psicológico, para que el niño con esta condición y características logre superar estos retos, y prevenir las consecuencias que puede acarrear a corto y largo plazo, en caso de no ser atendido.

En Panamá, se encuentra la Fundación Valórate, es una organización sin fines de lucro que tiene como misión brindar atención a niños y adolescentes que presentan la condición de TDA/H, de manera que puedan superar sus dificultades y alcanzar sus metas, dando respuesta en la medida de lo posible a la necesidad que se presenta en nuestro país. Al tomar en cuenta los casos que se presentan en esta

organización, se ha podido observar que esta dificultad del manejo y regulación emocional aqueja a una amplia población, lo que ha podido conllevar a consecuencias severas en cuanto a su desempeño académico, y a nivel socioemocional.

Cabe destacar que, Moreno y Utria (2011) indican que la Terapia Cognitivo Conductual es uno de los enfoques que más se ha centrado en el manejo de problemas de comportamiento externalizante, es decir los que corresponden a comportamientos agresivos. De acuerdo con Friedberg y McClure (2013) la TCC con niños permite conservar el empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado, a través de tareas adaptadas de manera lúdica e interactivo, lo que le ayuda a los niños a comprender y tener un mayor control sobre sus pensamientos; mientras que, a través de la parte conductual, se les enseña habilidades que le faciliten comportamientos alternativos y adaptativos.

2.2 Planteamiento del problema

En base al panorama planteado sobre la naturaleza del problema y su relevancia, se establece el problema de investigación a través de la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los efectos de un programa de psicoterapia cognitiva conductual en las conductas agresivas en un grupo de niños que presentan la condición de TDA/H de la Fundación Valórate, provincia de Panamá, en el año 2021?

2.3 Justificación e impacto

Las conductas agresivas se pueden manifestar en cualquier etapa del desarrollo del ser humano, su impacto negativo es evidente tanto para la persona que manifiesta estas conductas, como para los que le rodean. En nuestro país, se pueden observar las repercusiones de esta problemática en diferentes ámbitos tales como a nivel familiar, en lugares públicos, durante el manejo automovilístico, en los centros educativos, a nivel laboral, entre otros. Es innegable el hecho de que estas son conductas que se establecen desde la infancia, y se van fortaleciendo a través del tiempo, razón por la cual resulta esencial la intervención temprana para reducir la prevalencia de este problema.

Cabe destacar que estas conductas se pueden manifestar con mayor intensidad y frecuencia en niños con el diagnóstico de TDA/H, en especial al predominar la presentación hiperactivo-impulsivo o combinado. Tomando en cuenta la prevalencia de esta condición en nuestro país (alrededor del 7.8%), la cantidad de casos que implica es realmente alta, y resulta relevante comprender el hecho de que los niños con esta condición no tienen la intención de manifestar estas conductas, sino que presentan una afección neurobiológica que impacta su capacidad de regular sus emociones y controlarse en diversas situaciones. Esto influye inmediatamente en su autoestima, relaciones sociales, e incluso en el rendimiento académico, por ello se reconoce la importancia de brindarles el tratamiento adecuado que contribuya a la disminución de las conductas agresivas, y su impacto a corto y largo plazo.

Las intervenciones basadas en la Terapia Cognitiva Conductual se enfocan en la regulación emocional y resolución de problemas asociados a comportamientos agresivos, este tipo de programas han recibido extenso apoyo a través de investigaciones clínicas, a pesar de ello, se requiere mayor desarrollo en este ámbito, aún más en nuestro país, ya que se presentan escasos estudios al respecto, a pesar de que las conductas agresivas sean una problemática que aqueja en gran medida a nuestra población.

El propósito de esta investigación es evaluar la efectividad de un programa de psicoterapia cognitivo conductual en las conductas agresivas en niños con la condición de TDA/H, de manera que en un futuro se pueda replicar dicha intervención con mayor frecuencia, a una mayor cantidad de casos, centros u organizaciones que brinden atención a niños con esta condición.

Entre los objetivos se encuentra disminuir la manifestación de conductas agresivas desde la infancia. Se considera que esto podría contribuir a establecer un patrón adaptativo para las posteriores etapas del desarrollo en niños que presentan TDA/H. Cabe mencionar que, la intervención realizada no representó daños ni riesgos para la salud de los participantes. Resultó una oportunidad de investigación viable y factible ya que, en Panamá, se encuentra la Fundación Valórate que atiende a niños con este diagnóstico, por lo tanto, se presentaba una amplia población que podían formar parte del programa de psicoterapia.

2.4 Objetivos de la investigación

2.4.1 Objetivo general

- Evaluar la efectividad de la psicoterapia cognitivo conductual en las conductas agresivas en niños que presentan la condición de TDA/H.

2.4.2 Objetivos específicos

- Evaluar las conductas agresivas presentes en niños que presentan la condición de TDA/H.
- Identificar los niveles de agresividad presentados en el instrumento de evaluación STAXI-NA, en base a las dimensiones ira estado-ira rasgo, en la muestra de niños que presentan TDA/H, antes y después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.
- Comparar estadísticamente los niveles de agresividad presentados en el instrumento de evaluación STAXI-NA, en base a las dimensiones ira estado-ira rasgo, en la muestra de niños que presentan TDA/H, antes y después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.
- Validar estadísticamente la efectividad del programa de intervención cognitivo conductual en la disminución de conductas agresivas de niños que presentan la condición de TDA/H.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis de investigación

Hipótesis 1

La intervención basada en un programa de psicoterapia cognitiva conductual disminuirá las conductas agresivas en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

Hipótesis 2

Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y post test en la dimensión ira estado del STAXI-NA, luego de que fuera aplicado la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

Hipótesis 3

Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y post test en la dimensión ira rasgo del STAXI-NA, luego de que fuera aplicado la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

2.5.2 Hipótesis estadísticas

Hipótesis 1

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test del STAXI-NA, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

$$H_0: \mu_{pre} = \mu_{post}$$

H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test del STAXI-NA, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de psicoterapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

$$H_1: \mu_{pre} \neq \mu_{post}$$

Hipótesis 2

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test en la dimensión ira estado del STAXI-NA, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de terapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

$$H_0: \mu_{pre} = \mu_{post}$$

H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test en la dimensión ira estado del STAXI-NA, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de terapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

$$H_1: \mu_{pre} \neq \mu_{post}$$

Hipótesis 3

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test en la dimensión ira rasgo del STAXI-NA, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de terapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

$$H_0: \mu_{pre} = \mu_{post}$$

H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas en el pretest y post test en la dimensión ira rasgo del STAXI-NA, luego de que fuera aplicada la intervención del programa de terapia cognitivo conductual, en una muestra de niños que presentan la condición de TDA/H y conductas agresivas.

$$H_1: \mu_{pre} \neq \mu_{post}$$

2.6 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la dimensión que presenta mayores puntajes significativos en el STAXI-NA?
- ¿Cuál es el porcentaje de la muestra que presenta puntajes altos en la dimensión ira estado del STAXI-NA?
- ¿Cuál es el porcentaje de la muestra que presenta puntajes altos en la dimensión ira rasgo del STAXI-NA?

2.7 Tipo de estudio

El tipo de estudio es explicativo, debido a que pretende establecer la efectividad de una variable en otra. Esto se plantea al evaluar la efectividad de una intervención cognitiva conductual en las conductas agresivas en niños con TDA/H.

2.8 Diseño de investigación

El diseño de investigación es cuasiexperimental y no paramétrico, debido a que se evaluó un solo grupo antes y después de una intervención cognitivo conductual. Se manipuló deliberadamente la variable independiente para poder observar su efecto sobre la variable dependiente y el grupo se conformó de manera no aleatoria.

2.9 Variables de investigación

2.9.1 Variable independiente: Programa de Intervención de psicoterapia cognitivo conductual

Definición conceptual: La terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia basada en la idea de que los estados disfuncionales como depresión, ansiedad o ira son mantenidos o exacerbados por pensamientos disfuncionales, por lo tanto, observa la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Su premisa principal es que la interpretación de los acontecimientos tiene un efecto en el modo en que nos comportamos y sentimos, y esta interpretación está determinada por creencias nucleares, esquemas, creencias intermedias y pensamientos automáticos. (Genise, 2017)

Definición operacional: El programa de Intervención de psicoterapia cognitivo conductual se basa en la guía terapéutica y fichas de trabajo denominado "Fonzo está furioso", compuesto por 8 sesiones que pueden ser aplicadas de forma individual o grupal, con una duración de 60 minutos cada una. Estas fichas de trabajo son autoría de Genise (2017), elaboradas para su uso en la práctica de la psicología clínica infantil. Incluye psicoeducación, desarrollo y reconocimiento de las emociones, ejercicios de automonitoreo, reestructuración cognitiva, regulación emocional, y desarrollo de repertorio de conductas dirigidas a resolver situaciones de conflicto.

Además, se incluyeron durante el programa 2 sesiones con los acudientes con el objetivo de proveer información sobre el tratamiento, sensibilizar y comprender la problemática que se presenta, y enseñar estrategias específicas basadas en la terapia cognitiva conductual y lo planteado en las fichas de trabajo, de manera que se pudiera contribuir al reforzamiento con los niños de lo aprendido en el programa.

2.9.2 Variable dependiente: Conductas agresivas presentadas por niños con TDA/H

Definición conceptual: Según Padilla y Quezada (2018), la agresividad infantil es un comportamiento físico o verbal que busca dañar a otra persona para sobrevivir o acceder a un recurso vital. El proceso natural para regular esto inicia desde los primeros años de vida. Alrededor de los dos años los niños logran manejar esto, pero cuando se sigue expresando en niños mayores a cinco años, se puede considerar que es para expresar algo que les está ocurriendo y se evidencian en este tipo de conductas, las cuales pueden ser aún más intensas en la condición de TDA/H.

Definición operacional: La constatación de las conductas agresivas fueron evaluadas a través de los puntajes obtenidos en el STAXI-NA, aplicado antes y después de la intervención.

2.10 Población y muestra

2.10.1 Delimitación de la unidad de análisis

En esta investigación la unidad de análisis fueron niños de 8 a 10 años que presentaban conductas agresivas, el diagnóstico de TDA/H, y formaban parte de la Fundación Valórate, centro de Ciudad del Saber. Se aplicó la prueba STAXI-NA para la evaluación de la ira en niños y adolescentes.

2.10.2 Población

Está constituida por niños de 8 a 10 años que presentan la condición de TDA/H, manifestaban conductas agresivas, y formaban parte de Fundación Valórate.

2.10.3 Muestra

La muestra está constituida por niños con edades entre 8 a 10 años que presentaban conductas agresivas, el diagnóstico de TDA/H y que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

Se evaluó un total de 39 niños. En base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, la muestra del estudio estuvo conformada por 17 niños entre las edades de 8 a 10 años. Cabe destacar que la totalidad de la muestra finalizó el programa de intervención.

2.10.3.1 Criterios de inclusión

- Presentar el diagnóstico de TDA/H y formar parte de Fundación Valórate.
- Niños con edades entre 8 a 10 años.
- Presentar puntajes desde moderados a altos en el STAXI-NA, en la escala Ira-Estado y/o Ira-Rasgo.
- Disponibilidad para asistir a las sesiones grupales.
- Firma por parte de los padres del consentimiento informado.
- No presentar comorbilidades.

2.10.3.2 Criterios de exclusión

- Ser menor a 8 años o mayor a 10 años.
- No acceder a firmar el consentimiento informado.
- Presentar puntajes bajos o nulos en el STAXI-NA.

Ausencias a las sesiones grupales

Ante las circunstancias presentes en la modalidad de sesiones virtuales y las eventualidades que podían presentarse en la conectividad, por razones que salían del control de los participantes, se estableció lo siguiente:

En caso tal un participante se ausentara de manera justificada a las sesiones virtuales, estas serían reprogramadas de manera individual para el participante en específico, de manera que pueda integrar los aprendizajes y estrategias dadas en la sesión perdida, e incorporarse nuevamente al programa de intervención grupal.

2.10.4 Tipo de muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir que la muestra fue seleccionada por la investigadora en base al cumplimiento de los criterios de inclusión en la unidad de análisis.

2.11 Instrumento de medición

Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (STAXI-NA)

Es un instrumento de evaluación cuyo objetivo es evaluar la ira de manera objetiva en niños y adolescentes. Fue elaborado por Spielberger (2009) y adaptado al español por Barrio y Aluja, se puede aplicar de manera individual o colectiva en niños y adolescentes entre 8 a 17 años, y su duración aproximada es de 15 a 30 minutos.

Esta prueba es el resultado de transformar el STAXI para adultos en un modelo adecuado para su aplicación a niños y adolescentes con suficiente capacidad lectora. Según Spielberger (2009) la evaluación de la ira se ha convertido en una necesidad, ya que la agresividad infantil en sus extremos es uno de los problemas prioritarios a resolver durante la infancia, por la forma en que puede crecer tanto en frecuencia como intensidad.

En el ámbito de la agresividad, la ira es el primer estadio de su expresión. En este instrumento se evalúan dos dimensiones de la ira, una de ellas corresponde a la ira transitoria y reactiva ante situaciones concretas y actuales, es decir Ira estado; mientras que la otra dimensión corresponde a la disposición del sujeto a desarrollar intensos estados emocionales de manera más frecuente, es decir Ira rasgo.

Está compuesta por 32 elementos en el ejemplar a llenar por el sujeto, en este se marcan las respuestas a cada elemento a través de una escala tipo Likert con 3 puntos que varían según la dimensión. En la dimensión ira estado son poco, bastante, mucho; mientras que en la ira rasgo son casi nunca, a veces, casi siempre.

Para determinar los niveles de ira que se presentan en el individuo evaluado, se utilizan los baremos establecidos según género y rango de edad. En este estudio se utilizó el baremo para varones de 8 a 12 años y mujeres de 8 a 12 años. (Véase Anexo 6 y 7 respectivamente)

En el baremo de los varones de 8 a 12 años, en la escala de ira estado se considera un nivel moderado a partir de la puntuación de 11 a 15 puntos; y un nivel alto a partir de la puntuación de 16 a 24 puntos. En el baremo para mujeres de 8 a 12 años, en la escala ira estado se considera un nivel moderado a partir de la puntuación de 9 a 11 puntos; y un nivel alto a partir de la puntuación de 12 a 24 puntos.

Para efectos de este estudio en la escala ira rasgo se considera un nivel alto a partir de 16 puntos, tomando en cuenta que es el puntaje que se encuentra por encima del promedio según los baremos establecidos en el instrumento tanto para varones como mujeres de 8 a 12 años. Cabe destacar que, esta puntuación en el instrumento se considera un problema significativo.

Entre los criterios de inclusión de la muestra de esta investigación se encuentra que el niño presente un puntaje moderado a alto en la escala ira estado y/o un puntaje alto en la escala ira rasgo.

La validez de contenido de la prueba, establecida a través de la V de Aiken en criterio de jueces, es mayor o igual a 80. Se establece en el manual de este instrumento que el mismo es válido a nivel convergente, lo cual fue establecido por medio de un análisis factorial.

Con respecto a la confiabilidad se indica que es de 0.80, las dimensiones de la prueba presentaron resultados entre 0.53 y 0.81, siendo superiores a 0.60. Cabe destacar que, la validez de este instrumento ha sido verificada en países como Perú, con estudios que presentaban una muestra de 400 participantes y sus resultados fueron consistentes, con valores de confiabilidad que oscilaban entre 0.74 y 0.89. (Collantes, 2018)

2.12 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico y la prueba de hipótesis se utilizó el programa SPSS versión 23.0, se aplicó la ley de la normalidad para conocer si los datos se distribuían normalmente, a través de la prueba de Shapiro Wilk, debido a que el tamaño de la muestra fue menor a 50 participantes.

En la escala Ira-Estado se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon o de rangos signados. Según Berlanga y Rubio (2012) está indicado el empleo de pruebas no paramétricas cuando no se cumplen con los requisitos tales como la normalidad de la distribución. Esta prueba estadística permite comparar el rango medio de dos muestras relacionadas, y determinar si existen diferencias significativas entre ellas, en este caso en la evaluación previa y posterior a la intervención aplicada en la muestra.

En la escala Ira-Rasgo se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas, dado que los datos presentaron una distribución normal. Esta prueba estadística puede ser utilizada cuando se cumple la normalidad de distribución, y permite comparar las medias de dos mediciones realizadas en una misma unidad. En este caso en la evaluación previa y posterior a la intervención aplicada en la muestra.

Cabe destacar que, en cada una de las pruebas estadísticas realizadas se utilizó un nivel de significancia α 0.05. La región de rechazo o aceptación de la hipótesis nula se estableció de acuerdo con lo siguiente:

- Rechazo de la H_0 : $p \leq 0.05$
- Aceptar la H_0 : $p > 0.05$

En base a las preguntas de investigación planteadas en este estudio, se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos para poder dar respuesta a estas interrogantes. Se utilizó la estadística descriptiva y valores correspondientes a la media, desviación estándar, entre otros estadísticos

relevantes. Los resultados obtenidos a través de los análisis descriptivos e inferenciales se presentan por medio de tablas y gráficas para facilitar su comprensión. Esto corresponde al análisis cuantitativo de los resultados obtenidos.

2.13 Procedimiento

El procedimiento que se realizó para el desarrollo de esta investigación comprendió los siguientes puntos:

1. Asesoría para elaboración anteproyecto de tesis: Se realizó el planteamiento del problema y los apartados correspondientes y exigidos por el comité de bioética de la Universidad de Panamá, para la elaboración del anteproyecto de tesis. Fue revisado por el asesor de tesis, y aprobado por el comité académico de la maestría en Psicología Clínica.
2. Curso de buenas prácticas clínicas y bioética: Como requisito del comité de bioética para la realización de investigaciones en la Universidad de Panamá, se realizó el curso de buenas prácticas clínicas y bioética, de manera que se pudiera realizar posteriormente la intervención cumpliendo los debidos parámetros éticos y profesionales.
3. Aprobación de realización de proyecto por parte de Fundación Valórate: Se presentó a Fundación Valórate la propuesta de investigación, su procedimiento, su justificación, viabilidad, trascendencia, desarrollo de intervención, riesgos,

posibles beneficios. La Fundación dio su aprobación para su ejecución en el centro de Ciudad del Saber, Panamá. Debido a la situación de salud de la COVID-19, y las circunstancias que se presentaban en el momento de ejecución del estudio, se desarrolló el programa de manera virtual a través de la plataforma Zoom, siguiendo las pautas establecidas por la APA (2013) para la prestación de servicios de psicología a través de medios tecnológicos. (Ver anexo 4).

4. Revisión de anteproyecto y aprobación por comité de bioética: Una vez revisado y aprobado el anteproyecto por el asesor, la comisión académica, la Fundación Valórate, y realizado el curso de buenas prácticas clínicas, se entregó el documento junto con los requisitos necesarios al comité de bioética de la Universidad de Panamá para su debida revisión, el cual fue aprobado.
5. Revisión de literatura y selección de fuentes para el proyecto: Se realizó una revisión de investigaciones, conceptos, teorías y modelos explicativos de las variables correspondientes a este estudio para poder seleccionar las fuentes relevantes a utilizar en el marco teórico de la investigación.
6. Elaboración de marco teórico y metodológico: Se elaboró el marco teórico a partir de las fuentes seleccionadas para este estudio y el marco metodológico que indica de forma clara y concisa como se llevó a cabo esta investigación.
7. Entrega de consentimiento informado a padres de posibles participantes del estudio y asentimiento informado: Una vez aprobado la realización del proyecto, se entregó el consentimiento informado a los padres de los niños de 8 a 10 años que formaban parte de la Fundación. En dicho consentimiento se explicó a los

padres en qué consistía el estudio e intervención a realizar, se les explicó que no conllevaba riesgos y lo que comprendía el tratamiento, su duración, objetivos, y los pasos a seguir en caso de que brinden su autorización. Comprendía los aspectos éticos y legales del estudio, y datos relevantes del investigador.

Los padres de los menores de edad que accedieron a participar firmaron este documento, lo cual quedó por escrito, autorizando así la participación de su acudidos. A sus acudidos se les entregó el asentimiento informado para confirmar que desean participar (Ver Anexo 1 y 2).

8. Aplicación de instrumento STAXI-NA a unidad de análisis previo a la aplicación del programa de intervención: Una vez revisados los consentimientos y autorizaciones de los padres, se aplicó el instrumento STAXI-NA a aquellos niños que firmaron el asentimiento informado, y cuyos padres brindaron su autorización por medio del consentimiento informado para participar del estudio. Este instrumento se aplicó de manera individual en el día y hora que le resultó de mayor facilidad al participante, la evaluación fue ejecutada por la investigadora del presente estudio.
9. Selección de la muestra: Posterior a la evaluación, se tomaron en cuenta los niños que presentaron puntajes entre moderados a altos en la escala Ira-Estado, y altos en la escala Ira-Rasgo, para participar del programa de intervención. Por lo tanto, el muestreo fue por conveniencia en base al cumplimiento de criterios de inclusión de la muestra.

Una vez seleccionada la muestra, se entregó al participante en un día y horario específico, en Fundación Valórate, el libro de trabajo “Fonzo está furioso” que comprendía las fichas de trabajo y los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades en cada sesión, de manera que pudieran desarrollarlas durante el programa. Se entregó el documento con normas por seguir durante las sesiones de psicoterapia virtual a los padres. (Ver anexo 5)

10. Aplicación de programa de intervención: Se aplicó el programa de intervención basada en las fichas de trabajo de Fonzo está furioso, el cual comprendía 8 sesiones en total, se realizó una sesión por semana. Durante este programa se realizaron 2 sesiones con los padres, en la cuarta y octava semana de la intervención, con una duración de 60 minutos cada una. Cada sesión fue adaptada a la virtualidad por medio de las herramientas tecnológicas que facilitaron la adquisición de los aprendizajes y estrategias en los participantes.

El proceso de adaptación a esta modalidad comprendió los siguientes pasos:

- Entrega de manera física, en la Fundación, de las fichas de trabajo de “Fonzo está furioso” ya que las mismas están diseñadas para que el niño pueda revisar, desarrollar las prácticas y tareas en casa luego de las sesiones. Junto con la entrega de las fichas de trabajo, se entregaron también a los participantes los materiales específicos a utilizar en cada sesión, por ejemplo: goma y tijera para las diversas sesiones, láminas para la elaboración del collage de la sesión tres, diploma Fonzo para la

última sesión del programa, ya que es utilizado como refuerzo por los logros alcanzados.

- En cada sesión se le anticipó a los padres los materiales que los niños utilizarían para ese día, todos los materiales se encontraban en la caja entregada.
- Durante la primera sesión se estableció el listado de recompensas que se pueden obtener en el medio virtual al ganar una estrella Fonzo. Se propusieron ideas que se conocen de agrado de los niños como, por ejemplo, videos, canciones, juegos grupales aplicables en el ámbito de la virtualidad, entre otras ideas que propusieron los participantes, y resultaban posibles en el medio virtual. Se realizaron dinámicas de integración durante esta primera sesión para facilitar el rapport entre el grupo y la psicóloga.
- Para cada sesión se prepararon las imágenes correspondientes en presentación de diapositivas para facilitar la atención y seguimiento de lo explicado, se intercalaron con dinámicas en el medio virtual para motivar su participación e integración en la sesión.
- Durante las sesiones se establecieron espacios para que los participantes pudieran compartir lo que han realizado en sus fichas de trabajo, se retroalimentaban de manera grupal, y se practicaba lo enseñado entre pares y la investigadora.

11. Aplicación de STAXI-NA a unidad de análisis, posterior al programa de intervención: Una vez finalizado el programa de intervención, se aplicó nuevamente el instrumento STAXI-NA, en el día y hora que le resultó de mayor facilidad a los participantes, de manera individual y ejecutado por la investigadora del presente estudio.
12. Análisis de resultados descriptivos y estadísticos: Se analizaron los resultados obtenidos a través de procesos de estadística inferencial y descriptiva para determinar la efectividad del programa.
13. Elaboración de documento final: En base al análisis de los datos obtenidos, se realizó la discusión, análisis de resultados, conclusiones, y recomendaciones del estudio.
14. Revisión de asesor: Una vez redactado el documento en su totalidad, se revisó por el asesor de la tesis para sus debidas correcciones y modificaciones.
15. Revisión de redacción: Una vez aprobado el documento final por el asesor de la tesis, fue revisado por un profesional de español para las correcciones y modificaciones correspondientes en la redacción del documento.
16. Entrega de documento final: Se entregaron las tres copias del documento final debidamente revisado para así establecer una fecha de sustentación del estudio.

2.14 Limitaciones de la investigación

La presente investigación comprende las siguientes limitaciones dadas las circunstancias que se presentaron por la pandemia de la COVID-19, al momento de su ejecución. A continuación, se reconocen las mismas y se explica las acciones que se realizaron ante cada una de ellas:

- Dada las circunstancias que se presentaban por la pandemia de la COVID-19. Las reuniones grupales presenciales con niños no era una opción viable por los riesgos que podía representar la exposición al posible contagio para ellos y sus familias, tomando en cuenta que resulta esencial velar por la seguridad y salud de los participantes, antes de cualquier otro objetivo. Por esta razón el programa de intervención de psicoterapia cognitivo conductual se desarrolló a través de la modalidad virtual para procurar mantener la salud y seguridad de los participantes.
- Durante el periodo en el que fue desarrollado el estudio, los niños habían estado en cierto nivel de confinamiento debido a la pandemia de la COVID-19, lo cual por una parte podía exacerbar las problemáticas que presentaban y por otra limitaba su exposición social y experiencia en este ámbito. Por ello, se facilitaron dinámicas de integración durante las sesiones grupales virtuales, para fortalecer la interacción entre los participantes y contribuir al alcance de los objetivos del programa.

- Se anticiparon posibles dificultades de conectividad que pudieran afectar la participación de la muestra, razón por la cual se estableció una línea de acción correspondiente ante ausencias de los participantes, descritas en el apartado correspondiente a la muestra.

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados de esta investigación fueron obtenidos a través de una muestra de 17 niños entre 8 a 10 años que presentaban la condición de TDA/H, formaban parte de Fundación Valórate, y manifestaban conductas agresivas. Se realizó una evaluación previa (pretest) por medio del instrumento de evaluación STAXI-NA, los sujetos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el estudio participaron de un programa de intervención cognitivo conductual, y al finalizar se realizó una evaluación posterior (post test) con el mismo instrumento. La totalidad de la muestra se mantuvo durante todo el programa de intervención.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en dos apartados correspondientes a: la estadística descriptiva de la muestra, sus datos sociodemográficos, y puntajes obtenidos en el pretest y post test en la escala Ira-Estado e Ira-Rasgo del STAXI-NA; y la estadística inferencial la cual incluye las pruebas de hipótesis para la comparación de los puntajes obtenidos en el pretest y post test de la escala de Ira-Estado e Ira Rasgo del STAXI NA.

Por medio del programa SPSS versión 23.0, se utilizó la prueba Shapiro Wilk para conocer si los datos se distribuían normalmente. En la escala Ira-Estado, los datos no cumplían con una distribución normal, por ello se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon o de rangos signados. En la escala Ira-Rasgo, los datos cumplían con una distribución normal, por ello se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas. Se utilizó un nivel de significancia α 0.05.

Los datos se presentan a través de tablas y gráficas para facilitar la comprensión e interpretación de los resultados. Se incluye un apartado de observaciones

conductuales presentadas durante el programa de intervención de manera que se pueda brindar una aproximación sobre el comportamiento y desenvolvimiento de los participantes durante el estudio.

3.1 Resultados descriptivos de la muestra

3.1.1 Distribución de la muestra atendiendo a datos sociodemográficos

A continuación, se presenta la distribución de frecuencia y porcentaje de la muestra atendiendo a datos sociodemográficos tales como el sexo y la edad.

3.1.1.1 Distribución de la muestra atendiendo al sexo

En la Tabla 1 se detalla la distribución de frecuencia y porcentaje atendiendo al sexo de la muestra.

Tabla 1

Distribución de frecuencia atendiendo al sexo de la muestra

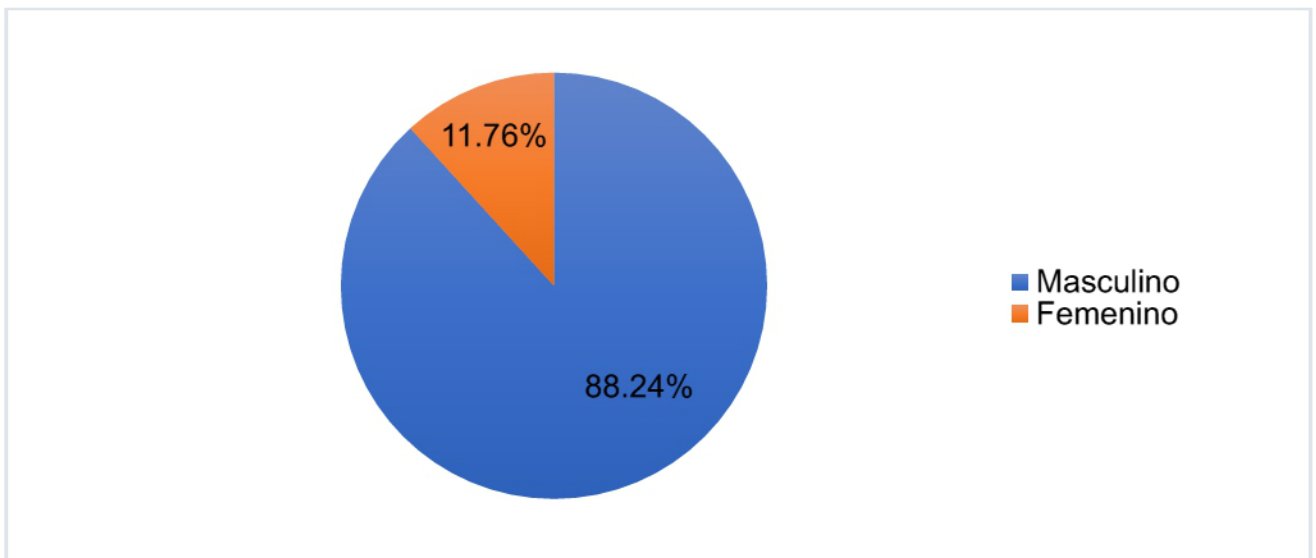
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	88.24
Femenino	2	11.76
Total	17	100

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

En la Tabla 1 se observa que la muestra estaba constituida por 15 participantes del sexo masculino, y dos del sexo femenino. El sexo con mayor frecuencia corresponde al masculino, con un porcentaje de 88.24%, mientras que el sexo femenino presenta la menor frecuencia con un porcentaje de 11.76%. (Véase Gráfica 1)

Gráfica 1

Distribución porcentual atendiendo al sexo de la muestra



Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

3.1.1.2 Distribución de la muestra atendiendo a la edad

La muestra estuvo constituida por niños de 8 a 10 años. En la Tabla 2 se presenta la media de edad, frecuencia, y porcentaje por edad en la que se distribuyó la muestra

Tabla 2

Distribución de frecuencia atendiendo a la edad de la muestra

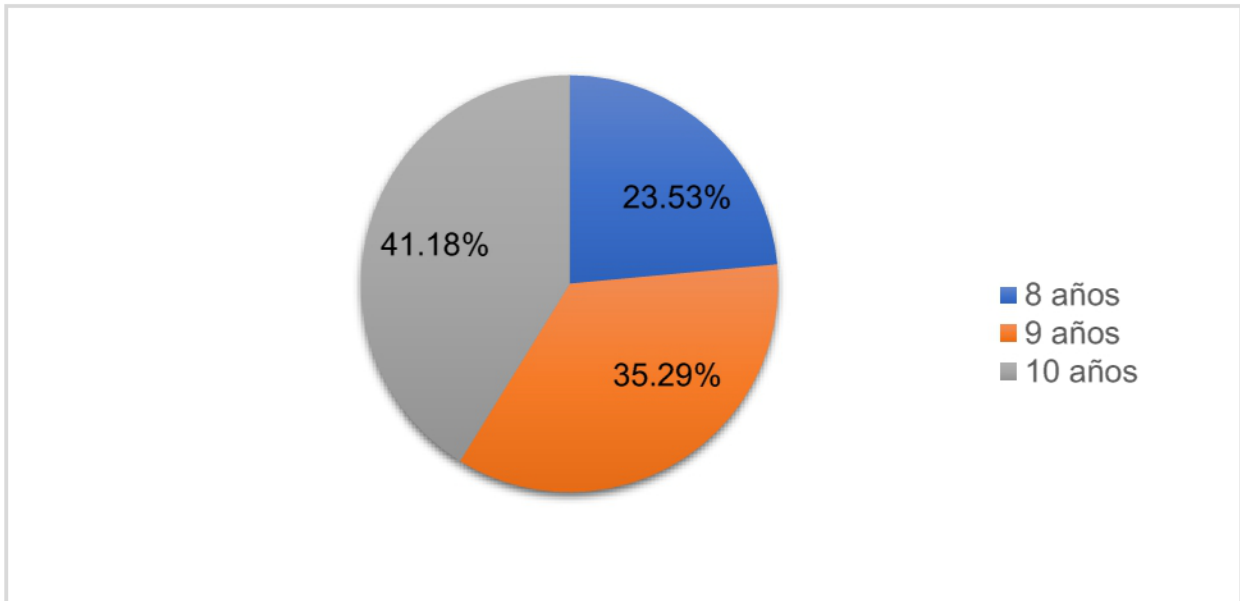
Edad	Frecuencia	Porcentaje
8 años	4	23.53
9 años	6	35.29
10 años	7	41.18
Total	17	100
Media de edad	9.18	

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

En la Tabla 2 se observa que la muestra estaba constituida por 4 niños de 8 años, con un porcentaje de 23.53%; 6 niños de 9 años, con un porcentaje de 35.29%; y 7 niños de 10 años, con un porcentaje de 41.18%, siendo la última edad la que presentó mayor frecuencia (Véase Gráfica 2). La media de edad obtenida es de 9.18 años.

Gráfica 2

Distribución porcentual atendiendo a la edad de la muestra



Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

3.1.2 Distribución de los puntajes obtenidos por la muestra en el pretest y post test en la escala Ira-Estado del STAXI NA.

En la Tabla 3 se presentan los resultados obtenidos en el pretest y post test en la escala Ira-Estado de cada uno de los participantes, y los niveles correspondientes a cada puntaje. Se presenta también la media y desviación estándar obtenida en el pretest y post test. Cabe destacar que los niveles se establecen de acuerdo con el baremo de la escala Ira-Estado del STAXI-NA para varones de 8 a 12 años, y el baremo de mujeres de 8 a 12 años en esta escala. (véase Anexo 6 y 7 respectivamente)

Tabla 3

Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Estado, obtenidos en el STAXI-NA por la muestra

Sujeto	Puntaje en el pretest	Nivel en el pretest	Puntaje en el Post test	Nivel en el post test
1	8	Nulo	9	Bajo
2	8	Nulo	8	Nulo
3	8	Nulo	8	Nulo
4	8	Nulo	8	Nulo
5	10	Bajo	8	Nulo
6	11	Moderado	8	Nulo
7	8	Nulo	8	Nulo
8	8	Nulo	8	Nulo
9	8	Nulo	8	Nulo
10	8	Nulo	12	Moderado
11	8	Nulo	8	Nulo
12	13	Moderado	8	Nulo
13	10	Moderado	8	Nulo
14	8	Nulo	8	Nulo
15	13	Moderado	8	Nulo
16	8	Nulo	8	Nulo
17	8	Nulo	9	Bajo
Media	9		8.35	
Desviación Estándar	1.77		0.99	

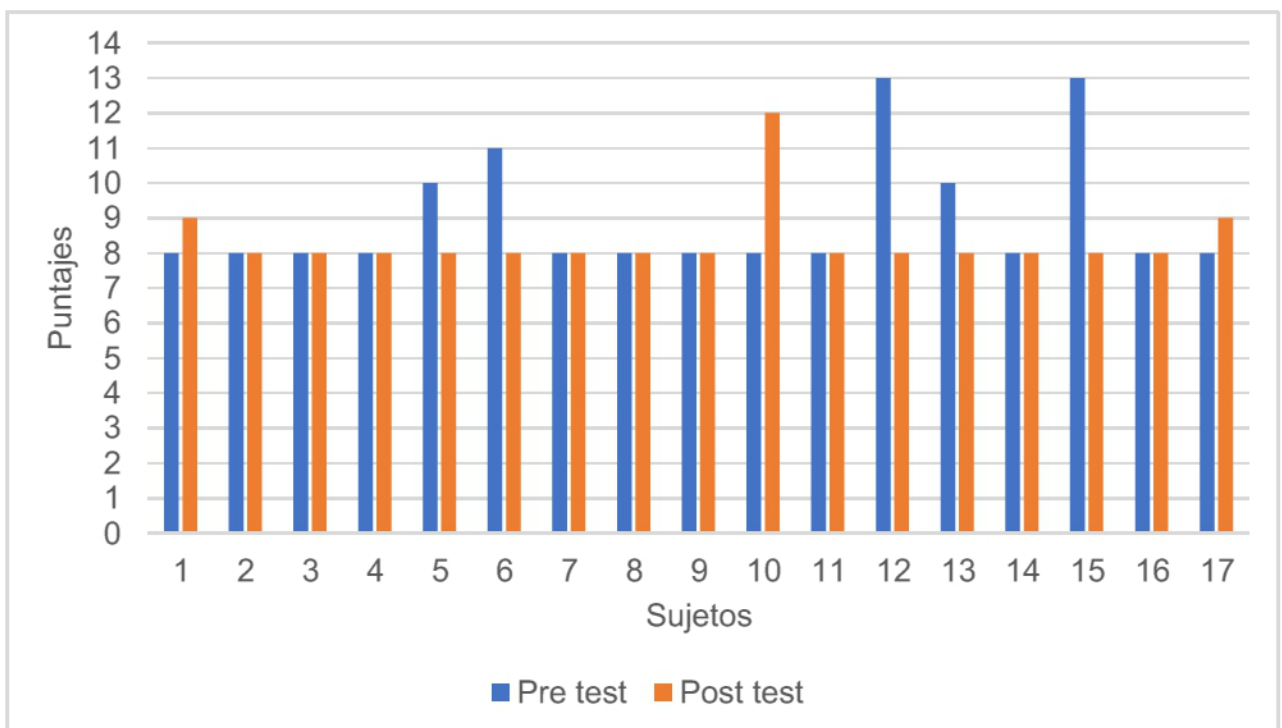
*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
 Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En la Tabla 3 se observa en el pretest una media de 9 puntos y desviación estándar de 1.77 puntos, mientras que, en el post test la media es de 8.35 puntos y la desviación estándar es de 0.99.

En la Gráfica 3 se presenta la distribución de los puntajes obtenidos por la muestra en el pretest y post test en la escala Ira-Estado del STAXI-NA. De manera que se facilita apreciar las variaciones en las puntuaciones obtenidas por cada sujeto de la muestra antes y después del programa de intervención aplicado.

Gráfica 3

Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Estado obtenidos por la muestra



*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En base a los puntajes obtenidos y sus niveles en el pretest de la escala Ira-Estado (Véase Tabla 3), se presenta en la Tabla 4 la distribución de frecuencias de cada nivel y sus porcentajes en la muestra.

Tabla 4

Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el pretest en la escala Ira-Estado del STAXI-NA

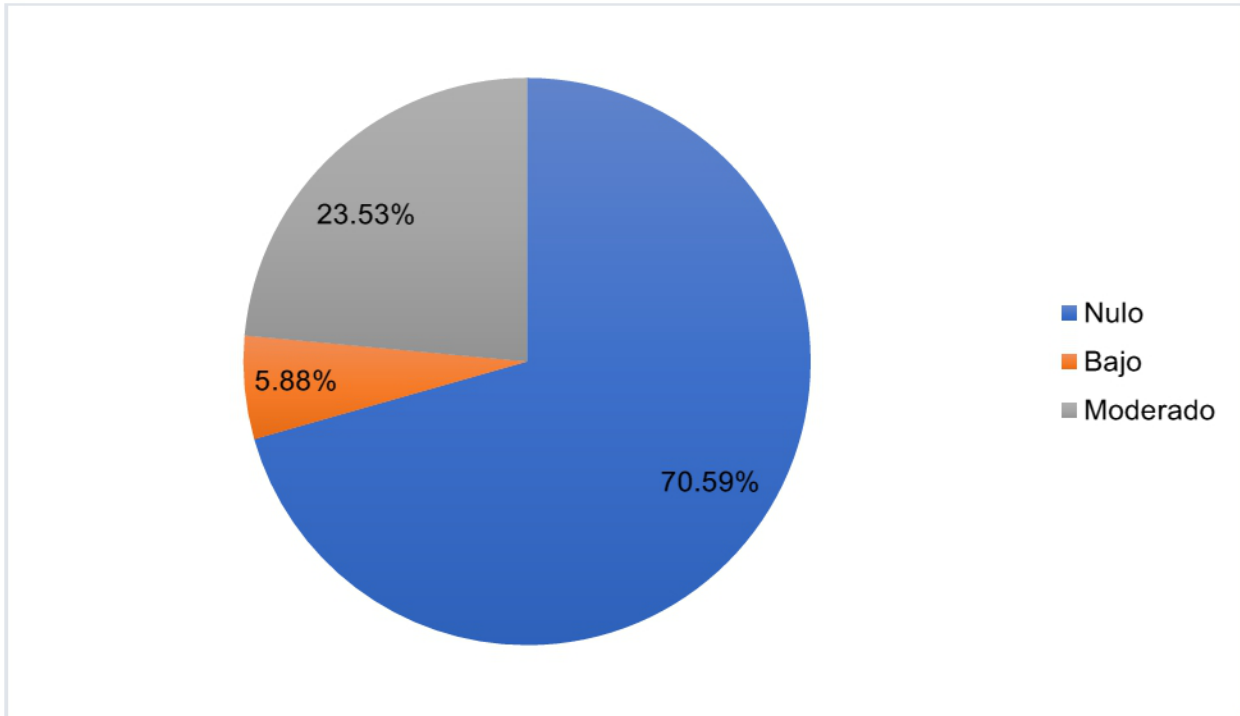
Nivel en el pretest	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	12	70.59
Bajo	1	5.88
Moderado	4	23.53
Total	17	100

*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de
Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y
Adolescentes de Spielberger (2009)*

En la Tabla 4 se observa que, en el pretest de la escala Ira Estado del STAXI-NA 12 participantes se encontraban en el nivel nulo, con un porcentaje del 70.59%, un participante en el nivel bajo con un porcentaje del 5.88%, y cuatro participantes en el nivel moderado con un porcentaje de 23.53% (véase Gráfica 4).

Gráfica 4

Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el pretest en la escala Ira-Estado del STAXI-NA



*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En base a los puntajes obtenidos y sus niveles presentados en el post test de la escala Ira-Estado del STAXI-NA (véase tabla 3), se presenta en la Tabla 5 la distribución de frecuencias y porcentajes correspondientes.

Tabla 5

Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el post test en la escala Ira-Estado del STAXI-NA

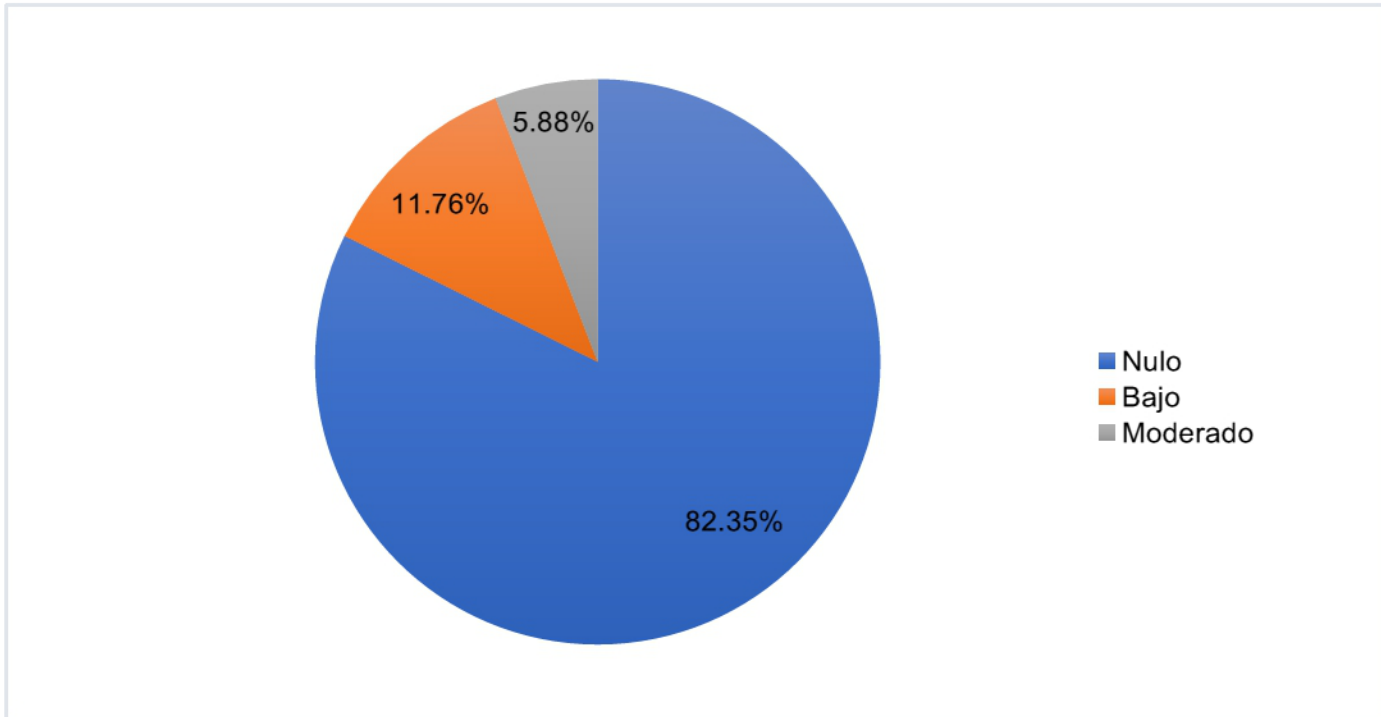
Nivel en el post test	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	14	82.35
Bajo	2	11.76
Moderado	1	5.88
Total	17	100

*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
 Datos recolectados a partir del Inventario de
 Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y
 Adolescentes de Spielberger (2009)*

En la Tabla 5 se observa que en el post test de la escala Ira Estado del STAXI-NA 14 participantes se encontraban en el nivel nulo, con un porcentaje del 82.35%, dos participantes en el nivel bajo con un porcentaje del 11.76%, y un participante en el nivel moderado con un porcentaje de 5.88% (véase Gráfica 5).

Gráfica 5

Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el post test en la escala Ira-Estado del STAXI-NA



*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

3.1.3 Distribución de los puntajes presentados por la muestra en el pretest y post test en la escala Ira-Rasgo, obtenidos en el STAXI NA.

En la Tabla 6 se presentan los resultados obtenidos en el pretest y post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA de cada uno de los participantes de la muestra, y los niveles correspondientes a cada puntaje. Se presenta también la media y desviación estándar obtenida en el pretest y post test.

Cabe destacar que los niveles se establecen de acuerdo con el baremo de la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA para varones de 8 a 12 años, y el baremo de mujeres de 8 a 12 años en esta escala (véase Anexo 6 y 7 respectivamente). De acuerdo con este apartado, los puntajes de 8 a 10, son considerados por debajo del promedio, para efectos de este estudio dicho nivel se mencionada como “bajo”, los puntajes de 11 a 15 son considerados promedio, para efectos de este estudio dicho nivel se menciona de la misma manera, mientras que de 16 a 24 puntos son considerados superior al promedio y un problema significativo, para efectos de este estudio dicho nivel se menciona como “alto”. (Véase Anexo 8)

Tabla 6

Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Rasgo, obtenidos en el STAXI-NA por la muestra

Sujeto	Puntaje en el pretest	Nivel en el pretest	Puntaje en el post test	Nivel en el post test
1	19	Alto	18	Alto
2	17	Alto	18	Alto
3	18	Alto	17	Alto
4	16	Alto	14	Promedio
5	16	Alto	16	Alto
6	12	Promedio	10	Bajo
7	16	Alto	11	Promedio
8	21	Alto	15	Promedio
9	17	Alto	13	Promedio
10	17	Alto	15	Promedio
11	16	Alto	13	Promedio
12	13	Promedio	10	Bajo
13	19	Alto	15	Promedio
14	16	Alto	15	Promedio
15	17	Alto	14	Promedio
16	20	Alto	10	Bajo
17	16	Alto	14	Promedio
Media	16.82		14	
Desviación estándar	2.24		2.60	

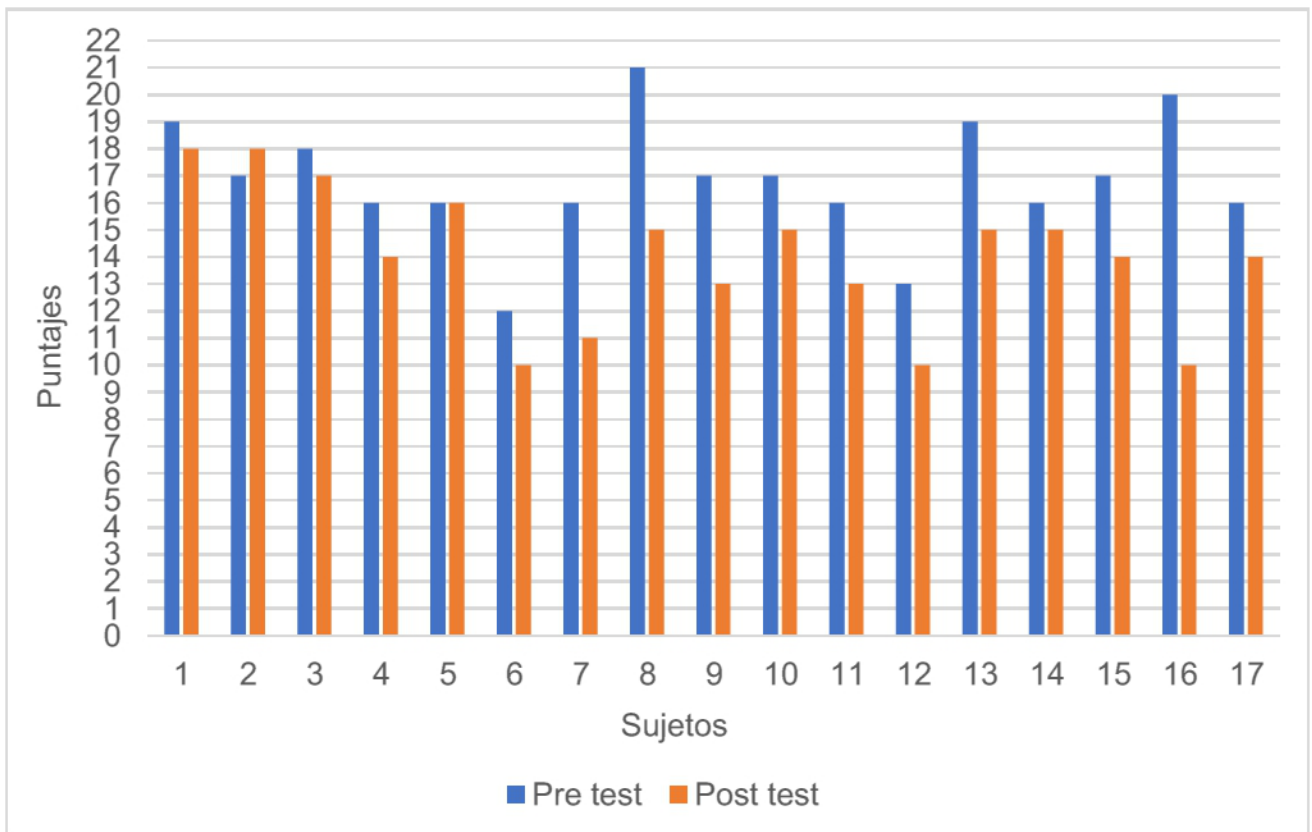
*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
 Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En la Tabla 6 se observa en el pretest una media de 16.82 puntos y desviación estándar de 2.24 puntos, mientras que, en el post test la media es de 14 puntos y la desviación estándar es de 2.60.

En la Gráfica 6 se presenta la distribución de los puntajes obtenidos por la muestra en el pretest y post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA. De manera que se facilita apreciar las variaciones en las puntuaciones obtenidas por cada sujeto de la muestra.

Gráfica 6

Distribución de los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Rasgo obtenidos por la muestra en el STAXI-NA



*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
 Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En base a los puntajes obtenidos y sus niveles en el pretest (Véase Tabla 6), se presenta en la Tabla 7 la distribución de frecuencias de cada nivel y sus porcentajes en la muestra.

Tabla 7

Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el pretest en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA

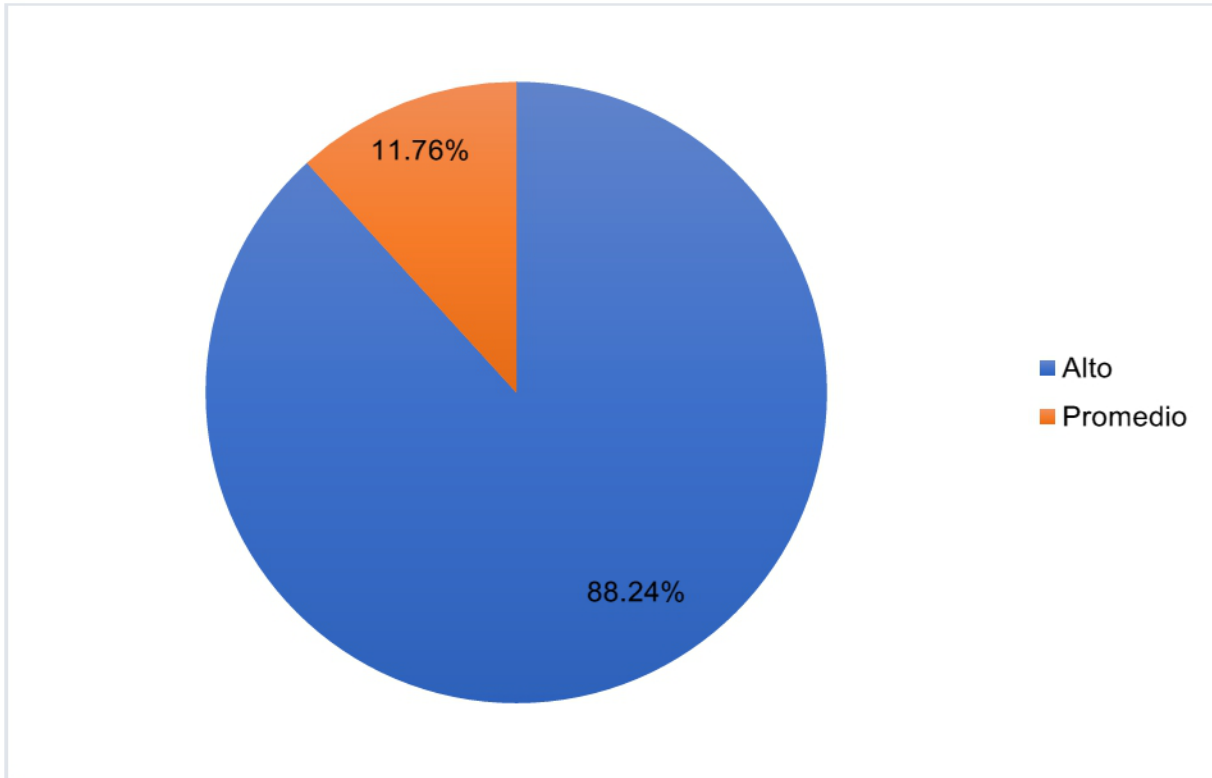
Nivel en el pretest	Frecuencia	Porcentaje
Alto	15	88.24
Promedio	2	11.76
Total	17	100%

*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de
Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y
Adolescentes de Spielberger (2009)*

En la Tabla 7 se observa que en el pretest de la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA 15 participantes se encontraban en el nivel alto, con un porcentaje del 88.24%, y dos participantes se encontraban en el nivel promedio con un porcentaje del 11.76% (véase Gráfica 7).

Gráfica 7

Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el pretest en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA



*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En base a los puntajes obtenidos y sus niveles en el post test (Véase Tabla 6), se presenta en la Tabla 8 la distribución de frecuencias de cada nivel y sus porcentajes en la muestra.

Tabla 8

Distribución de frecuencias de niveles obtenidos por la muestra en el post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA

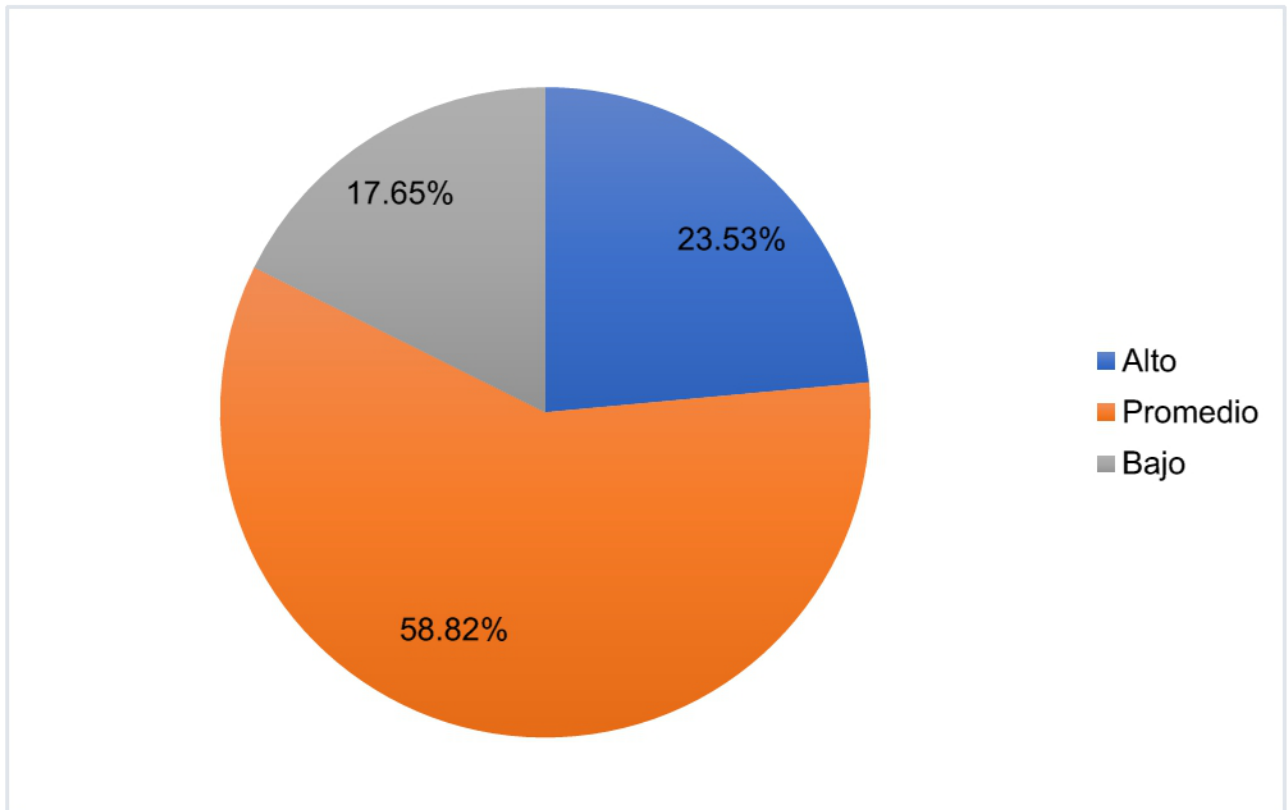
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Alto	4	23.53
Promedio	10	58.82
Bajo	3	17.65
Total	17	100

*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
 Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira
 Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

En la Tabla 8 se observa que, en el post test de la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA cuatro participantes se encontraban en el nivel alto, con un porcentaje del 23.53%, 10 participantes se encontraban en el nivel promedio con un porcentaje del 58.82% y tres participantes se encontraban en el nivel bajo 17.65% (véase Gráfica 8).

Gráfica 8

Distribución porcentual de los niveles obtenidos en el post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA



*Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)
Datos recolectados a partir del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes de Spielberger (2009)*

3.2 Estadística inferencial de los resultados de la muestra

A continuación, se presentan los datos y resultados obtenidos en las pruebas de hipótesis realizadas para las puntuaciones obtenidas por la muestra en el pretest y post test de la escala Ira-Estado e Ira-Rasgo del STAXI-NA.

Se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para verificar si los puntajes en cada escala cumplían o no con una distribución normal. De acuerdo con los resultados de las pruebas de normalidad, se determinó que los datos obtenidos en escala Ira-Estado no cumplían con una distribución normal, por lo cual se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon o rangos signados. Mientras que, en la escala Ira-Rasgo, aunque la muestra presentaba un total de 17 participantes, los datos obtenidos en esta escala presentaban una distribución normal, por lo cual se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas. (Véase Anexo 9) Cabe destacar que se utilizó el programa SPSS Versión 23.0, con un nivel de significancia α 0.05 para cada una de las pruebas realizadas.

3.2.1 Resultados de la prueba de hipótesis en la escala Ira-Estado del STAXI-NA

Los datos obtenidos en la escala Ira-Estado del STAXI-NA no presentaban una distribución normal, por lo cual se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon o rangos signados que permitió comparar el rango medio de dos muestras relacionadas, en este caso el pretest y post test en la escala Ira-Estado, para poder determinar si existían diferencias significativas entre ellas. En la Tabla 9 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 9

Resultados del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon

Estadísticos	Pre test – Post Test
Z	-1.269
Sig. asintótica (bilateral)	.206

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estadístico de prueba, se puede observar que, entre los rangos medios del pretest y post test, luego de aplicado el programa de intervención cognitivo conductual, el valor de $Z=-1.269$ y el valor de $p=0.206$, es mayor al nivel de significancia establecido ($\alpha 0.05$).

Decisión: Hay suficiente evidencia estadística para la aceptación de la hipótesis nula, por consiguiente, esto demuestra que no existe diferencia significativa entre los puntajes del pretest y post test en la escala Ira-Estado en la muestra de niños de 8 a 10 años.

3.2.2 Resultados de la prueba de hipótesis en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA

Los datos obtenidos en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA presentaban una distribución normal, por lo cual se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas, que permitió comparar las medias de dos mediciones realizadas a una misma unidad, en este caso el pretest y post test en la escala Ira-Rasgo, para poder determinar si existían diferencias significativas entre ellas. En la Tabla 10 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 10

Resultados del estadístico de prueba de t de Student para muestras relacionadas

Variables	Media	N	Desviación Media de error		T	gl	Sig. (Bilateral)
			estándar	estándar			
Ira-Rasgo Pre	16.824	17	2.24	0.54	4.556	16	0.000*
Ira-Rasgo Post	14.000	17	2.60	0.63			

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

**Valor significativo $p < 0.05$*

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estadístico de prueba, se puede observar que, entre las medias del pretest y post test, luego de aplicado el programa de intervención cognitivo conductual, el valor de $t=4.556$, con 16 grados de libertad y el valor de $p=0.000$, es menor al nivel de significancia establecido ($\alpha 0.05$).

Decisión: Hay suficiente evidencia estadística para inferir el rechazo de la hipótesis nula, por consiguiente, se acepta la hipótesis alterna ya que si existe diferencia significativa entre los puntajes del pretest y post test en escala Ira-Rasgo, a favor del post test, es decir, que el programa de intervención resultó efectivo en esta escala.

3.3 Observaciones clínicas conductuales manifestadas por la muestra durante el programa de intervención

A continuación, se mencionan las observaciones conductuales presentadas por la muestra durante todo el proceso de intervención, de manera que se pueda comprender con mayor facilidad su desarrollo e identificar factores relevantes durante el proceso.

Con respecto a la conducta manifestada durante las sesiones cabe mencionar que, los participantes lograron seguir indicaciones durante las actividades, se mantenían dentro de la sesión, con cámaras encendidas, con sus fichas de trabajo y participaban de manera activa.

Durante las actividades se verificaba que los participantes estuvieran completando sus fichas, solicitándoles que lo presentarían en cámara, esto permitía reforzarlos de manera positiva a través de elogios y retroalimentación sobre lo aprendido. Al finalizar cada sesión, como grupo obtenían una “estrella”, que representaba un reforzador positivo, y les permitía canjearlo por alguna actividad agradable en los últimos minutos de la sesión grupal, se decidía el juego grupal a realizar mediante el consenso del grupo. Al principio de cada sesión se les recordaba la posibilidad de ganar la estrella y el uso que se le podría dar, para aumentar su motivación durante las actividades.

En ocasiones, se presentaban factores detonantes del enojo para algunos participantes, lo cual se lograba de manera práctica de acuerdo con los objetivos de cada sesión. Al utilizar al personaje de “Fonzo” como protagonista en las primeras

sesiones, se facilitó que externalizarán la problemática, lo aceptarán y manifestarán mayor confianza, lo cual permitió posteriormente la identificación con ciertas características del personaje que ellos presentaban.

A través de las sesiones se pudo observar mayor facilidad en los participantes de reconocer los momentos en los que se enojaban, expresarlo y reflexionar al respecto. Se observaba mayor resistencia en la práctica de estrategias que promovieran la calma y autocontrol, aunque al aproximarse a las últimas sesiones tendían a reforzarse entre sí las estrategias que utilizaban los participantes, basándose en lo aprendido en las fichas de trabajo.

En relación con la participación e integración del grupo, se destaca que se encontraban niños que tendían a incentivar a otros a participar, brindaban el modelo, y comentaban sobre experiencias personales de su vida diaria en las que tendían a enojarse o lograban manejar su enojo. Esto facilitaba que los demás participantes se animaran a participar, y se fortaleciera el sentido de pertenencia al grupo.

El uso de intereses y problemáticas en común entre los participantes promovía la cohesión del grupo y motivación durante las actividades, ya que se podían identificar con los compañeros. Cada sesión comprendía tareas y actividades para realizar durante la semana para que reforzaran lo aprendido, se pudo observar en cada semana que los participantes tenían información de sus prácticas con las que podían retroalimentar en el grupo y reforzar las estrategias aprendidas.

Por último, las sesiones realizadas con los padres permitieron instruirlos en cuanto a las estrategias que podían reforzar con sus hijos basadas en las fichas de trabajo

y terapia cognitivo conductual, a su vez se pudo verificar el cumplimiento de las actividades correspondientes a las fichas de trabajo por parte de sus hijos y aclarar dudas en cuanto a las estrategias enseñadas y sus prácticas en la vida diaria.

De esta manera, se establecen las observaciones relevantes que se manifestaron durante el programa de intervención, con el objetivo de comprender en totalidad la ejecución del programa y datos a tomar en cuenta para futuras intervenciones.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La muestra de esta investigación se encontraba constituida por 17 participantes, de los cuáles el 88.24% eran del sexo masculino, mientras que, el 11.76% eran del sexo femenino. En lo que corresponde a sus edades, el 41.18% de la muestra tenía 10 años, el 35.29% tenía 9 años, y el 23.53% tenía 8 años. Esto indica que la mayoría de los participantes eran varones entre 9 y 10 años. (Gráfica 1 y 2)

Al realizar el análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el pretest del STAXI-NA en la escala Ira-Estado, se pudo observar que el 23.53% de los participantes presentaban un nivel moderado, considerado un criterio de inclusión en el estudio ya que representa un nivel significativo en la prueba. Mientras que el 5.88% presentaban un nivel bajo, y el 70.59% un nivel nulo, siendo estos dos últimos niveles no significativos en la prueba. (Gráfica 4)

Cabe mencionar, que la dimensión Ira-Estado del STAXI-NA, se refiere como indica Spielberger (2009) a la ira transitoria y reactiva ante situaciones específicas. Se puede observar en base al análisis descriptivo, que la mayoría de los participantes de la muestra presentaban niveles nulos y bajos en esta escala en el pretest, ya que en la etapa infantil suele ser infrecuente puntajes altos en este ámbito. A pesar de ello, sí se presentaron participantes con puntajes moderados, lo que puede indicar mayor impulsividad en sus reacciones en momentos específicos.

Aquellos participantes que presentaron puntajes bajos o nulos en la escala Ira-Estado, fueron incluidos en el estudio ya que presentaron puntajes significativos en la escala Ira-Rasgo. (Tabla 3 y 6)

En el pretest de la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA se pudo observar que el 88.24% presenta un nivel alto, considerado un criterio de inclusión en el estudio. Mientras que el 11.76% presentaba un nivel promedio, estos últimos participantes fueron incluidos en el estudio ya que, aunque no presentaron niveles significativos en la escala Ira-Rasgo, sí lo presentaron en la escala Ira-Estado. (Tabla 3 y 6)

La dimensión Ira-Rasgo, de acuerdo con Spielberger (2009), es la disposición del sujeto a desarrollar intensos estados emocionales de manera más frecuente. Se puede observar que la mayor parte de los participantes de la muestra presentaron puntajes significativos, lo que indica problemáticas en esta dimensión.

El rasgo de Ira puede involucrar en mayor medida manifestaciones de conductas agresivas en el individuo, debido a que, implica no solo características impulsivas, sino también patrones de pensamiento y conducta relativamente estables a través del tiempo. Esto se relaciona con la definición de agresividad planteada por Corsi (1944; citado en Boggon, 2006), en la que indica que es la capacidad humana para oponer resistencia a las influencias del medio, implicando la vertiente fisiológica, conductual y vivencial. Esta última se refiere a la experiencia subjetiva del individuo en cuanto a la situación detonante, que puede reforzar y mantener a través del tiempo patrones disfuncionales del pensamiento relacionados a las manifestaciones de agresividad.

Estos patrones de pensamiento, tal como menciona Bandura (1974, citado en Contini, 2015), pueden predisponer al individuo a comportamientos disfuncionales

relacionados a las manifestaciones de agresividad, generando mayores problemáticas en su funcionamiento diario.

Luego de la aplicación del pretest, se dio inicio al programa de intervención establecido en la presente investigación con los participantes que cumplían con los criterios de inclusión. Al finalizar el programa se procedió con la aplicación del post test.

En base al análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el post test del STAXI-NA en la escala Ira-Estado, se pudo observar que el 82.35% de los participantes presentaba un nivel nulo, el 11.76% presentaba un nivel bajo, mientras que el 5.88% presentaba un nivel moderado, siendo este último un nivel significativo en cuanto a la problemática estudiada. De manera descriptiva se puede apreciar un aumento en el porcentaje de participantes que presentó resultados bajos y nulos en esta escala. (Gráfico 5)

En el post test de la escala Ira-Rasgo, se pudo observar que el 58.82% presentaba un nivel promedio, el 17.65% un nivel bajo, mientras que el 23.53% presentaba un nivel alto, siendo este último un nivel significativo. De manera descriptiva se puede apreciar una disminución en el porcentaje de participantes que presentó resultados altos en esta escala previamente. (Gráfico 8)

De acuerdo con el análisis inferencial realizado entre los resultados obtenidos en el pretest y post test del STAXI-NA, se pudo observar lo siguiente:

A través de la prueba de hipótesis de rangos signados de Wilcoxon realizada entre las medias del pretest y post test de la escala Ira- Estado del STAXI-NA, se obtuvo el valor de $p=0.206$, siendo mayor al nivel de significancia establecido $\alpha 0.05$. Esto indica con suficiente evidencia estadística que se acepta la hipótesis nula, es decir, en la escala Ira-Estado no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos por la muestra. (Tabla 9)

Por lo tanto, aunque hubo cambios a nivel individual para algunos participantes, las diferencias no representan una mejora significativa en este ámbito. Esto puede relacionarse con el hecho de que la dimensión Ira-Estado tiende a ser transitoria ante una situación concreta, y puede indicar mayor impulsividad, por lo tanto, ante la condición de TDA/H se pueden dar estas reacciones específicas y de poca duración con mayor facilidad.

Se puede considerar un factor relevante en este ámbito, la manera en que estaba constituida la muestra, debido a que en su mayoría se encontraba formada por participantes con puntajes significativos en la escala Ira-Rasgo, mientras que en la escala Ira-Estado en un principio solo el 23.53% de la muestra presentaba puntajes significativos, y al finalizar este porcentaje disminuyó al 5.88%. Por ello, puede considerarse que los participantes con puntajes significativos en el pretest en la escala Ira-Estado, no constituían una cantidad representativa en la totalidad de la muestra.

Por otra parte, mediante la prueba de hipótesis t de Student para muestras relacionadas realizada entre las medias del pretest y post test en la escala Ira-Rasgo del STAXI-NA, se obtuvo el valor de $p=0.000$, siendo menor al nivel de significancia establecido $\alpha 0.05$. Esto indica con suficiente evidencia estadística el rechazo de la hipótesis nula, es decir que existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en el pretest y post test de la escala Ira-Rasgo, a favor de la disminución de los puntajes obtenidos en esta escala, posterior a la intervención realizada. (Tabla 10)

Como se mencionó previamente, esta dimensión se relaciona en mayor medida con la tendencia a manifestar conductas agresivas. Por ello, a través de ella se evaluaba la variable dependiente de este estudio, es decir, las conductas agresivas presentadas por niños con TDA/H.

En este análisis se destaca como un factor relevante el hecho de que la muestra estaba constituida en su mayoría por participantes con puntajes significativos en la escala Ira-Rasgo, puntajes que disminuyeron en su mayoría en el post test.

Tomando como base que la escala Ira-Rasgo representa la disposición del sujeto a desarrollar intensos estados emocionales de manera más frecuente, y la misma disminuyó de manera significativa; se puede considerar que se cumplió con la hipótesis de investigación establecida que indicaba que "La intervención basada en un programa de psicoterapia cognitiva conductual disminuirá las conductas agresivas en una muestra de niños entre 8 a 12 años que presentan la condición de

TDA/H y conductas agresivas.” Esto apunta hacia la efectividad de la intervención realizada en la muestra.

Los resultados obtenidos son consistentes con las conclusiones presentadas en los antecedentes e investigaciones planteadas en el marco teórico de este estudio. A continuación, se hace referencia a los estudios mencionados previamente, que resultan consistentes con las variables estudiadas en esta investigación.

Se encuentra a nivel nacional, el estudio de Ramos (2017), en el cual se comprobó la efectividad de un programa de intervención Cognitivo Conductual en el autocontrol en un grupo de niños de cuarto grado. El programa comprendía 12 sesiones y se utilizó como instrumento de evaluación el STAXI-NA. Las conclusiones indicaron resultados significativos a favor de la disminución en las conductas agresivas en la muestra.

Los resultados también muestran relación con las conclusiones establecidas en la investigación de Guerrero (2002), en la que se obtuvieron cambios significativos en la disminución de las conductas agresivas de los participantes por medio de un programa de intervención Cognitivo Conductual, indicando cambios en sus esquemas cognitivos que acompañaban estos comportamientos.

Por otra parte, a nivel internacional está el estudio de Miranda (2000), en el que se “evaluó la efectividad de un tratamiento Cognitivo Conductual en niños con TDA/H, agresivos y no agresivos”, los resultados indicaron mejoras significativas en las conductas de los niños con TDA/H. Cabe destacar que, el grupo que presentaba el diagnóstico, pero no manifestaba agresividad, presentó un porcentaje más alto de

mejoría, que el grupo que presentaba el diagnóstico y agresividad. Sin embargo, ambos grupos presentaron cambios, aunque no fueran en el mismo porcentaje.

Se pueden observar resultados similares en la investigación de Torres y Romero (2018; citado en Padilla y Quezada, 2018), sus conclusiones indican que el programa de intervención Cognitivo Conductual aplicado en niños con conductas agresivas y desafiantes, resultó efectivo para el reconocimiento y manejo de estos comportamientos.

En base a los resultados obtenidos y la consistencia que se presenta con los antecedentes investigados, se puede considerar la efectividad de la psicoterapia Cognitiva Conductual en el manejo de las conductas agresivas de la muestra que conformó esta investigación.

Durante la intervención realizada en este estudio se pudo observar conductas por parte de los participantes que pudieron contribuir con la efectividad del programa tales como: el seguimiento de indicaciones por parte de los participantes; el interés presentado por obtener los reforzadores positivos “estrellas”, que conducían a un premio grupal al finalizar la sesión; la disposición y motivación de compartir con sus compañeros.

Esto se considera un factor relevante, ya que tal como mencionaba Guerrero (2002), en la efectividad de su programa de intervención se consideró importante que los sujetos asimilaron con facilidad el programa, lo que permitió que se mostraran altamente involucrados en las actividades desarrolladas.

Como reforzadores se utilizaron juegos acompañados de música que seleccionaban. Es posible que al compartir lo que sentían y sus experiencias durante las semanas, esto funcionara como un reforzador social, ya que sus compañeros se identifican y mostraban apoyo al respecto. Esto pudo contribuir a un mayor grado de confianza, al sentido de pertenencia del grupo, y al reconocimiento, externalización y aceptación del problema.

Los participantes tendían a incentivar a otros por medio de sus aportes, lo cual resultó como un factor de apoyo durante la intervención; la mayoría compartían edades en común, por lo tanto, presentaban intereses compartidos que pudieron ser utilizados a favor del objetivo de cada sesión. La mayor parte de los participantes comprendían y practicaban las tareas asignadas en cada sesión durante la semana, lo cual demostraban en la siguiente sesión mediante sus fichas de trabajo y experiencias.

Las observaciones clínicas conductuales realizadas sobre la interacción grupal se pueden relacionar con los planteamientos de Cárdenas (2008) en sus conclusiones con respecto a la efectividad del programa de Terapia Racional Emotiva Conductual, en la que destacaba la importancia del reconocimiento que hacían los niños sobre sus pensamientos, emociones y conductas, tanto en sí mismos como en los demás. Lo que les permitía identificar sus consecuencias y desarrollar conductas alternativas.

Estos aspectos se pueden vincular con factores esenciales en la práctica y aplicación de la psicoterapia cognitiva conductual en niños y adolescentes, lo cual

pudo contribuir a la efectividad del programa. Como plantea Stallard (2007), es un proceso de colaboración entre el niño y el terapeuta, en este caso, el grupo de niños.

Se reconoce como un elemento clave la práctica de habilidades y técnicas establecidas tanto en las sesiones, como en el hogar, para poder retroalimentar posteriormente. Estos hechos pudieron facilitar el empirismo colaborativo que menciona Friedberg y McClure (2005), que fomenta el descubrimiento guiado, mediante actividades lúdicas e interactivas relacionadas al objetivo terapéutico.

Durante el desarrollo del programa se apreciaron los beneficios con respecto a la intervención grupal que mencionaba González y Carrasco (2006), tales como la práctica entre pares de las habilidades enseñadas, de acuerdo con el contexto en el que se desenvuelven los niños; la facilidad de identificar y reconocer entre ellos lo que se presenta, y llegar a conclusiones entre ellos que pudieran aplicar en su vida diaria.

Cabe mencionar, que la efectividad del programa aplicado, no indica la desaparición como tal de conductas agresivas ni manifestaciones de enojo. Sino que, como indicaba Nezu et al. (2004), el objetivo al trabajar con problemáticas del manejo del enojo y conductas agresivas es disminuir la frecuencia e intensidad de dichos episodios, reducir sus consecuencias, y fomentar habilidades interpersonales de afrontamiento funcionales. De acuerdo con el análisis de los resultados obtenidos, se puede considerar que el programa contribuyó en este aspecto.

Esto presenta coherencia con las conclusiones planteadas por Pieffer (2001) quien indicaba que, aunque se dieran cambios significativos en la disminución de las

conductas agresivas, esto no significa la extinción total de estos comportamientos, sino la capacidad del niño de pensar antes de actuar, para regular su comportamiento y emociones.

En las sesiones con los cuidadores se pudo instruir en el refuerzo de las prácticas que realizaban los participantes, y se logró verificar mediante los aportes de los cuidadores, el cumplimiento de las actividades correspondientes a las fichas de trabajo por parte de sus hijos, ya que sus comentarios eran congruentes con los aportes y experiencias obtenidas en las sesiones grupales.

Por último, se reconoce las limitaciones presentadas en este estudio, entre ellas se destacan que el diseño de investigación es cuasiexperimental, por lo tanto, se evaluó un solo grupo antes y después de la intervención cognitivo conductual. La variable independiente fue manipulada deliberadamente y el grupo se conformó de manera no aleatoria. Esto indica que los resultados obtenidos son aplicables a la muestra estudiada, sin embargo, no se pueden generalizar a la población en su totalidad.

En este caso, para tener un mayor control durante el estudio, tomando en cuenta las características del diseño, se establecieron criterios de inclusión que permitían mayor control sobre variables extrañas que pudieran influir en los resultados y se utilizó un instrumento de evaluación con propiedades psicométricas válidas y confiables.

Un ejemplo de esta limitación mencionada es el estudio de Castillo (2018), el cual pudo comprobar la efectividad de un programa Cognitivo Conductual en las conductas agresivas en niños que han sufrido pérdidas por el “Fenómeno del Niño”, pero estos resultados aplicaban únicamente a la muestra que conformo la investigación. Por lo tanto, contribuye a ampliar los conocimientos que se presentan en esta problemática y la efectividad de las intervenciones, pero atendiendo a las características y condiciones específicas de los niños.

Como menciona Guerrero (2002), los resultados de estos estudios se dan exclusivamente en el grupo realizado, bajo las condiciones que los acompañan. De igual manera Pieffer (2001) corrobora este aspecto indicando que cada sujeto puede responder de manera particular al tratamiento realizado. Por ello, a través de investigaciones experimentales se podría comprobar realmente el resultado para poder generalizarlo posteriormente.

Cabe mencionar que, durante el desarrollo de la investigación la población nacional se encontraba en la pandemia COVID-19, lo cual conllevó a realizar el programa de intervención de manera virtual para procurar mantener la salud y seguridad de los participantes. Los objetivos de las sesiones se pudieron alcanzar mediante las adaptaciones realizadas a la modalidad virtual, y el seguimiento de pautas establecidas en la telepsicología (Ver anexo 4). Ante dificultades de algunos participantes en la conectividad debido a circunstancias que salían de su control, se les pudo reponer de manera exitosa la sesión en la que se ausentaron para que así pudieran reintegrarse con el grupo en la siguiente semana.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El presente estudio estuvo conformado por una muestra de 17 niños entre 8 a 10 años que presentaban conductas agresivas, la condición de TDA/H, y formaban parte de la Fundación Valórate. A través del análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, se logró cumplir con todos los objetivos planteados, tanto generales como específicos. En base a ello se extraen las siguientes conclusiones:

1. El objetivo general de esta investigación era evaluar la efectividad de la psicoterapia cognitivo conductual en las conductas agresivas en niños entre 8 a 10 años que presentan la condición de TDA/H. Dicho objetivo fue alcanzado mediante la evaluación realizada con el STAXI-NA previa y posterior a la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.
2. La manifestación de las conductas agresivas en los niños entre 8 a 10 años que presentan la condición de TDA/H pudo ser identificada y evaluada mediante los puntajes significativos obtenidos en la escala Ira-Estado e Ira-Rasgo del STAXI-NA, previo y posterior a la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.
3. Mediante el análisis inferencial de los resultados, se logró validar estadísticamente la efectividad del programa de psicoterapia cognitivo conductual en la disminución de conductas agresivas de niños entre 8 a 10 años que presentan la condición de TDA/H, ya que el valor de p obtenido en las pruebas de hipótesis en la escala Ira-Rasgo fue menor al nivel de

significancia α 0.05, lo cual indica una disminución estadísticamente significativa en la variable dependiente una vez finalizado el programa de intervención. Esto permite con suficiente evidencia estadística la aceptación de la primera hipótesis de investigación establecida en este estudio. Estos resultados son consistentes con la revisión teórica y antecedentes planteados en la investigación.

4. La variable dependiente correspondiente a las conductas agresivas dentro de la escala Ira-Estado no presentó diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa y posterior a la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual. Es decir que, el programa de psicoterapia cognitivo conductual no presentó una diferencia significativa en las conductas agresivas presentadas en la muestra, específicamente en estado transitorio y reactivo de la ira ante situaciones concretas. (Estado de ira). Esto indica el rechazo de la segunda hipótesis de investigación establecida en este estudio.

5. La variable dependiente correspondiente a las conductas agresivas dentro de la escala Ira-Rasgo presentó una disminución estadísticamente significativa entre la evaluación previa y posterior a la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual. Es decir que, el programa de psicoterapia cognitivo conductual disminuyó de manera significativa las conductas agresivas presentadas en la muestra, específicamente en la

tendencia a desarrollar intensos estados emocionales de manera más frecuente (Rasgo de ira). Esto indica la aceptación de la tercera hipótesis de investigación establecida en este estudio.

6. La dimensión que presentaba mayores puntajes significativos en el pretest correspondía a la dimensión Ira-Rasgo, representando el 88.24% de la muestra. Mientras que el 23.53% presentó puntajes significativos en el pretest en la dimensión Ira-Estado. Indicando mayor tendencia por parte de la muestra a desarrollar intensos estados emocionales de manera más frecuente (Rasgo de ira) previo a la aplicación del programa de intervención.
7. El porcentaje de la muestra que presentaba puntajes moderados en la dimensión Ira-Estado del STAXI-NA en el pretest correspondía al 23.53%, cabe mencionar que, no se presentaron puntajes altos en esta dimensión. Mientras que en el post test, el porcentaje que presentó puntajes moderados correspondía al 5.88% de la muestra.
8. El porcentaje de la muestra que presentaba puntajes altos en la dimensión Ira-Rasgo del STAXI-NA en el pretest correspondía al 88.24%, mientras que en el post test, el porcentaje que presentó puntajes altos correspondía al 23.53% de la muestra.
9. Se considera como un factor relevante en la efectividad del programa de intervención la disposición y motivación que presentaron los participantes del

estudio. El desarrollo de la intervención mediante la psicoterapia cognitivo conductual grupal facilitó que los niños pudieran reconocer con mayor facilidad la emoción del enojo y sus implicaciones, les permitió identificarse con otros, validar sus emociones y externalizar las problemáticas presentadas, lo cual pudo contribuir a la práctica y retroalimentación de las estrategias enseñadas y las experiencias que aportaban en cada sesión.

10. Las sesiones realizadas con los cuidadores para reforzar las estrategias planteadas en el programa de intervención y brindar seguimiento a sus prácticas fue un factor esencial en el desarrollo del estudio.

11. El programa de intervención fue realizado durante la pandemia COVID-19, razón por la cual fue ejecutado de manera virtual para procurar la salud y seguridad de los participantes. Las sesiones fueron adaptadas a esta modalidad de manera que se pudieran alcanzar sus objetivos. Los participantes conocían la plataforma virtual utilizada y mostraron aceptación ante la modalidad utilizada. El programa demostró ser efectivo en esta modalidad.

12. Los resultados de esta investigación no deben generalizarse a otra población diferente a la muestra evaluada, debido a que el diseño de investigación es cuasiexperimental.

5.2 Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos y las conclusiones establecidas, se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Replicar la investigación a una muestra de mayor tamaño para aumentar la validez estadística, y la posibilidad de establecer en un futuro la efectividad de la intervención de una manera más amplia y generalizada.
2. Replicar la investigación una vez superada la pandemia COVID-19 en modalidad presencial para comprobar si los resultados son estadísticamente significativos.
3. Replicar la investigación con otras instituciones que les sea de apoyo para su población.
4. Ejecutar investigaciones similares con un diseño experimental en el que se pueda comparar grupos con el programa de intervención cognitivo conductual de manera virtual, presencial y grupo control, con el objetivo de determinar si se presentan diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades mencionadas.
5. Realizar sesiones de seguimiento a través del tiempo de manera que se pueda determinar si los cambios obtenidos se mantienen luego de la

aplicación del programa de intervención, y facilitar la prevención de recaídas en las conductas problemáticas.

6. En futuras investigaciones relacionadas a la agresividad en niños, incluir un análisis cualitativo que permita identificar los factores relacionados a la problemática a nivel individual, social y familiar.
7. Considerar durante el desarrollo de programas de intervención cognitivo conductual con niños, la importancia del rol de los cuidadores, la necesidad que comprendan y se encuentren sensibilizados ante la problemática y su rol activo como refuerzo de las estrategias aprendidas por los niños.
8. Desarrollar con mayor frecuencia programas de intervención cognitivo conductual grupales debido a que permite abarcar una misma problemática en una población más amplia, brindando apoyo a individuos que de manera individual se le podría dificultar el acceso, o solventando la alta demanda de atenciones que se presenta a nivel público y a nivel de las organizaciones no gubernamentales.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana

Biederman, J., & Faraone, S. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*, 237-248.

Boggon, L. (2006). Violencia, agresividad y agresión: una diferenciación necesaria. Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.

Bouquet, G., García, M., Díaz, R., & Rivera, S. (2019). Conceptuación y medición de la agresividad: validación de una escala. *Revista Colombiana de Psicología*, 28, 115-130.

Brown, T. (2009). Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención (Segunda ed.). Washington D.C., Estados Unidos: Elsevier Masson.

Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Cabanyes, J. (Abril de 2016). Manifestaciones clínicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Educación y futuro. *Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*(34), 17-32.

Cárdenas, E. (2008). Programa de educación emocional basado en la terapia racional emotiva conductual de una muestra de niños de 9 a 10 años que presentan

deficiencias en el control y la expresión apropiada de la ira, en el Centro Educativo Básico General República de México. Maestría en Psicología Clínica. Panamá: Universidad de Panamá.

Carrasco, M. (2 de Junio de 2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Revista Acción Psicológica*, 7-38.

Castillo, M. (Junio de 2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Revista Psicogente*, 9(15), 166-170.

Castillo, Y. (2018). Efectos de un Programa Cognitivo Conductual, en las conductas agresivas en niños que han sufrido pérdidas por el fenómeno del niño, Catacaos 2018. Perú: Universidad César Vallejos.

Genise, G. (2017). Fonzo está furioso. *Terapia Cognitiva Conductual para el control de la ira (Fichas de trabajo)*. Editorial Akadia.

Contini, N. (Diciembre de 2015). Agresividad y habilidades sociales en la adolescencia. Una aproximación conceptual. *Psicodebate*, 15(2), 31-54.

Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. (Octubre de 2016). National Institute of Mental Health. Obtenido de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-informacion-basica/index.shtml>

Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Madrid: Paidós.

- González, M., & Carrasco, M. (Junio de 2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Revista Acción psicológica*, 4(2), 83-105.
- Guerrero, J. (2002). Intervención de la conducta agresiva en niños : enfoque cognitivo conductual. Maestría en Psicología Clínica. Panamá: Universidad de Panamá.
- Martínez, J., & Duque, A. (2008). El comportamiento agresivo y algunas características a modificar en los niños y niñas. *Investigaciones Andina*, 10(16), 92-105.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2004). Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Mexico: Manual Moderno.
- Miranda, A. (2000). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Cambios clínicamente significativos. *Journal for the study of education and development*, 51-70.
- Moreno, J., & Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de Tratamiento cognitivo conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, 39-76.
- Padilla, V., & Quezada, L. (2018). La investigación en los posgrados en psicología. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Pieffer, R. (2001). Terapia cognitivo-conductual para la reducción de la conducta agresiva en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Maestría en Psicología Clínica. Panamá: Universidad de Panamá.

Portellanos, J. (2018). Neuroeducación y funciones ejecutivas. Madrid, España: CEPE S.L.

Ramos, S. (2017). Aplicación de un programa cognitivo conductual para el autocontrol de la conducta agresiva en un grupo de estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante del Centro Educativo Manuela H. de Pérez. Maestría en Psicología Clínica. Panamá: Universidad de Panamá.

Roncero, D., Andreu, J., & Peña, M. (2016). Procesos cognitivos distorsionados en la conducta agresiva y antisocial en adolescentes. Anuario de Psicología Jurídica, 88-101.

Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Desclée de Brouwer.

Sabeh, E., Caballero, V., & Contini, N. (Octubre de 2017). Comportamiento agresivo en niños y adolescentes: Una perspectiva del ciclo vital. Cuadernos Universitarios. Publicaciones Académicas de la Universidad de Salta(10), 77-95.

Soutullo, C., & Díez, A. (2007). Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Spielberger, C. (2009). Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. Manual. Madrid: Tea ediciones.

Stallard, P. (2007). Pensar bien-Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes. España: Desclée de Brouwer.

Wender, P., & Tomb, D. (2017). ADHD. A guide to understanding symptoms, causes, diagnosis, treatment and changes over time in children, adolescents, and adults. (Quinta ed.). Nueva York: Oxford University Press.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

La presente investigación será realizada por la licenciada Ginna Rodríguez Lezcano, psicóloga de profesión (CIP 5481), estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá. Tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual en la disminución de conductas agresivas en niños que presentan la condición de TDA/H. La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria, la información y resultados obtenidos no se emplearán en ningún otro propósito fuera de los planteados en este estudio, los nombres y datos de los participantes permanecerán en total confidencialidad, razón por la cual la divulgación de los resultados se dará en base a características de sexo y edad, sin brindar datos específicos de los participantes.

El programa de intervención consta de 10 sesiones, con una duración de 2 meses. Cada sesión tendrá una duración de 60 minutos cada una, una vez por semana, las cuáles se realizarán de manera virtual. Al confirmar su participación, el niño/a realizará una prueba psicológica previa y posterior a la intervención terapéutica. El proyecto de investigación en su totalidad no representará costo alguno ni riesgo para los participantes. El beneficio esperado es disminuir la manifestación a conductas agresivas en los participantes a través de la regulación y manejo de sus emociones, en especial del enojo. Usted puede decidir que su hijo/a se retire del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique, informándolo por escrito a la psicóloga encargada, si tiene alguna duda sobre el proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento.

Si acepto () No acepto () que mi hijo/a participe voluntariamente en esta investigación. He sido informado de manera verbal y escrita sobre el objetivo del estudio; he recibido información escrita sobre el propósito de la intervención; puedo realizar preguntas y aclarar dudas cuando lo requiera; comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y que puedo retirarme del tratamiento si lo deseo y creo conveniente, sin que esto genere ningún perjuicio en mi acudiente. Para consultas sobre fases del proyecto puedo contactarme al 6249-7189, o al correo ginna1395@gmail.com.

Panamá, _____ de _____ de 2021

Firma del investigador

Firma del acudiente



Anexo 2. Asentimiento informado

En el siguiente texto se explica la actividad a la que se te desea invitar a participar. Primero debes leer lo siguiente:

Mi nombre es Ginna Rodríguez, soy psicóloga y estoy realizando una investigación que se llama "Efectos de un programa de psicoterapia cognitivo conductual en las conductas agresivas en niños con TDA/H", el objetivo es poder disminuir estas conductas y enseñar estrategias que permitan reconocer y expresar las emociones, en especial el enojo. En este proyecto se te invita a completar unas preguntas al inicio y final del proyecto y participar en 8 sesiones donde realizaremos diferentes actividades que fortalezcan el control emocional. Para que puedas participar, también conversare con tus padres, pero, aunque ellos estén de acuerdo en tu participación, tú puedes decidir si deseas participar o no.

Toda la información, actividades y preguntas que respondas serán anónimos y privados, es decir que no se mencionará tu nombre en ninguna parte, todo será confidencial. Tu participación no involucra beneficios materiales, tampoco involucra gastos para ustedes, es gratuita. Una vez finalizada la investigación, te contactaré a ti y a tus padres por correo electrónico para entregarles un resumen general de los resultados. Si tienes más preguntas sobre este proyecto, con gusto puedes consultar a la psicóloga Ginna Rodríguez o a tus padres, puedes hacer preguntas en cualquier momento y podrás decidir si deseas participar.

Si decides participar, ¡Muchas gracias!

La psicóloga _____ me ha invitado a participar de este proyecto. Acepto participar e informar que:

- He leído o me han leído lo anterior, y lo he comprendido.
- Pude realizar preguntas y fueron contestadas, puedo realizarlas cuando desee.
- Sé que puedo decidir mi participación y no ocurrirá nada malo por ello.
- Sé que la información que diga durante esta actividad, solo la sabrá la psicóloga y se mantendrá de manera confidencial.
- Si acepto participar debo firmar este documento.
- Al final del proyecto, la psicóloga nos informará sobre los resultados.

Panamá, ____ de _____ de 2021

Firma del participante

Firma del investigador



Versión 1. 01-04-2021

1

Anexo 3. Documento informativo para padres

El programa que se desarrollará se basa en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y en las fichas de trabajo del programa de intervención terapéutico titulado "Fonzo está furioso". La TCC está basada en la idea de que los estados disfuncionales como depresión, ansiedad o ira, son mantenidos o exacerbados por pensamientos disfuncionales, por lo tanto, observa la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Su premisa principal es que la interpretación de los acontecimientos tiene un efecto en el modo en que nos comportamos y sentimos y esta interpretación está determinada por creencias nucleares, esquemas, creencias intermedias y pensamientos automáticos. (Genise, 2017). En la intervención terapéutica con niños se presenta el objetivo de permitir el descubrimiento guiado, a través de tareas adaptadas de manera interactiva, lo que le ayuda a los niños a comprender y tener un mayor control sobre sus pensamientos y emociones; mientras que, a través de la parte conductual, se les enseña habilidades que le faciliten comportamientos alternativos y adaptativos.

Se centra en el problema que experimenta el paciente en el presente, el aquí y ahora, los factores que desencadenan y mantienen el problema, y estrategias que puede usar para mejorar su situación. A partir de esto el paciente logra detectar sus pensamientos que le generan malestar, patrones disfuncionales de conducta y su relación con los pensamientos, comprender que la modificación de esto, permite apreciar el problema de otra manera para así establecer una solución.

Las fichas de trabajo del programa "Fonzo está furioso", dirigido a niños de 6 a 12 años, está compuesta de 8 sesiones, cuyo objetivo es fortalecer el manejo y control de las emociones en los niños con dificultad en el control de la ira, que puedan aprender sobre que es la ira, porqué nos enojamos y cómo hacer para controlar esos momentos. Esto se logra a través de la psicoeducación de manera amigable con el participante, el reconocimiento de las emociones, modificación de pensamientos disfuncionales, regulación emocional y desarrollo de conductas dirigidas a resolver situaciones conflictivas. En estas fichas "Fonzo" es el personaje que guiará el recorrido en esta intervención para facilitar el afrontamiento de los niños. Al participante del programa se le entregará su libro de trabajo, el cual deberá utilizar en cada una de las sesiones y podrá revisar posteriormente en los momentos que desee de manera que pueda reforzar los aprendizajes adquiridos. Las 2 sesiones que se realizarán con los acudientes tienen el objetivo de proveer información sobre el tratamiento, sensibilizar y comprender la problemática que se presenta y brindar estrategias concretas basadas en la terapia cognitiva conductual y las fichas de trabajo del programa de manera que los padres puedan integrarse en este.



Versión 1. 3/12/2020

1

Anexo 4. Pautas para la práctica de la telepsicología

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) establece las pautas básicas para el desarrollo de los servicios de psicología brindados a través de medios tecnológicos, denominado telepsicología. Es definido como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de información y de la telecomunicación, mediante dispositivos móviles, ordenadores, teléfonos, videoconferencias, entre otros medios. La información en este ámbito puede ser transmitida de manera oral y escrita, en modalidad síncrona o asíncrona.

Debido a las circunstancias actuales por la pandemia del COVID-19, en esta investigación se utilizará la modalidad de atención psicológica virtual. A continuación, se presenta un breve resumen de los lineamientos básicos de esta modalidad de atención, establecidos por la APA (2013) y traducido por el Consejo General de Psicología de España (2017):

- 1. Competencia del profesional de la psicología:** Los psicólogos que brindan servicios de telepsicología deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar su competencia, al igual que en los servicios que se prestan de manera presencial. Se deben realizar las acciones necesarias para asegurar su competencia con el medio tecnológico y su atención con el cliente/paciente.
- 2. Estándares éticos de atención en la prestación de servicios de telepsicología:** La atención en telepsicología debe cumplir los mismos estándares éticos y profesionales que la práctica presencial.
- 3. Consentimiento informado:** Los profesionales de la psicología se esforzarán en obtener y documentar un consentimiento informado, que tratara las cuestiones particulares vinculadas al servicio de telepsicología. En este caso dicho consentimiento se brindará en base a los datos concernientes a la investigación a realizar y las pautas básicas en la atención psicológica virtual.
- 4. Confidencialidad de los datos y la información:** Se tomarán todas las medidas necesarias para proteger y mantener la confidencialidad de los datos y la información concerniente al cliente/paciente.
- 5. Seguridad y transmisión de datos e información:** El profesional tomará las medidas necesarias para garantizar la existencia de medidas de seguridad que protejan y controlen el acceso a los datos del cliente/paciente dentro de un sistema de información.
- 6. Destrucción de datos e información y tecnologías utilizadas:** El profesional llevará a cabo esfuerzos para eliminar los datos la información y las tecnologías usadas con vistas a facilitar su protección ante accesos no autorizados.
- 7. Análisis y evaluación:** Al momento de realizar un procedimiento de evaluación se recomienda asegurar la integridad de la prueba o procedimiento a realizar, conservando las condiciones de administración

indicadas en la prueba manual para su uso en tecnologías de telecomunicación y adaptando los instrumentos a la modalidad tecnológica sin perder sus propiedades psicométricas.

8. **Práctica interjurisdiccional:** Es importante que los profesionales de la psicología conozcan las leyes y normativas relevantes que regulan la prestación de servicios profesionales a través de tecnologías de comunicación.

Anexo 5. Normas por seguir durante las sesiones de psicoterapia virtual

A continuación, se presentan las normas básicas que se requerirán para garantizar la privacidad y confidencialidad de los participantes durante las sesiones de psicoterapia:

- Durante las sesiones de psicoterapia se facilitarán audífonos al niño. En caso tal que no cuenten con audífonos, informarán a la investigadora para proporcionarlos.
- En la medida de lo posible se facilitará que el niño se conecte en un espacio privado, por ejemplo, un cuarto, donde no entren otras personas durante la sesión. En caso de que, se presente dificultad para esto, se mantendrá una distancia razonable del niño para evitar la interacción, escucha e interrupción al niño durante la sesión
- Mientras el niño esté en sesión, no se encontrarán otros adultos ni niños cerca de él, ni se interferirá en sus participaciones. A menos que se presente alguna falla técnica que salga del control del niño, en ese caso la investigadora informará al adulto encargado.
- El participante no podrá entrar en sesión si se encuentra en la calle, automóvil o actividades familiares.
- Dentro de las sesiones se establecerán reglas básicas referentes al respeto y confidencialidad de lo que trabajemos en sesión. Los participantes podrán hablar si desean sobre lo que ellos piensan y sienten, pero sin involucrar a otros participantes.
- En ninguna circunstancia se puede compartir el enlace a utilizar durante las sesiones de psicoterapia virtual, serán para uso exclusivo del niño participante del estudio. Se verificará su nombre en la sala de espera a la que solo tiene acceso la investigadora encargada para poder admitir su entrada a la sesión.

Anexo 6. Baremo del STAXI-NA para varones de 8 a 12 años

VARONES: 8-12 AÑOS							
IRA ESTADO	NIVEL		Ira estado total	Sentimiento de ira (Sent.)	Expresión física y verbal de la ira (Exp. f y V)	NIVEL	
	Alto		16-24	9-12	8-12	Alto	
	Moderado		11-15	6-8	5-7	Moderado	
	Bajo		9-10	5	-	Bajo	
	Nulo		8	4	4	Nulo	
IRA RASGO	Temperamento de ira (Temp.)		Reacción de ira (Reacc.)		Ira rasgo total		
	PD	Pc	PD	Pc	PD	Pc	
	4	24	4	8	8	6	
	5	43	5	18	9	10	
	6	59	6	30	10	16	
	7	71	7	47	11	25	
	8	85	8	62	12	34	
	9	92	9	74	13	44	
	10	98	10	86	14	55	
	11-12	99	11	95	15	65	
			12	99	16	76	
					17	82	
					18	89	
				19	93		
				20	96		
				21	98		
				22-24	99		
EXPRESIÓN DE IRA	Expresión externa de la ira (Exp. ext)		Expresión interna de la ira (Exp. int)				
	PD	Pc	PD	Pc			
	4	7	4	6			
	5	17	5	18			
	6	30	6	36			
	7	49	7	59			
	8	68	8	76			
	9	83	9	88			
	10	91	10	95			
	11	97	11	98			
	12	99	11	99			
	CONTROL DE IRA	Control externo de la ira (C.ext)		Control interno de la ira (C.int)		Control de ira total (C.total)	
		PD	Pc	PD	Pc	PD	Pc
4		4	4	5	8	2	
5		7	5	8	9	2	
6		20	6	14	10	5	
7		35	7	24	11	6	
8		55	8	41	12	9	
9		73	9	56	13	13	
10		86	10	74	14	20	
11		93	11	85	15	29	
12		99	12	99	16	43	
					17	55	
					18	63	
				19	73		
				20	82		
				21	89		
				22	94		
				23	97		
				24	99		

Anexo 7. Baremo del STAXI-NA para mujeres de 8 a 12 años

MUJERES: 8-12 AÑOS							
IRA ESTADO	NIVEL	Ira estado total	Sentimiento de ira (Sent.)	Expresión física y verbal de la ira (Exp. f y V)	NIVEL		
	Alto	12-24	7-12	6-12	Alto		
	Moderado	9-11	5-6	5	Moderado		
	Bajo	-	-	-	Bajo		
	Nulo	8	4	4	Nulo		
IRA RASGO	Temperamento de ira (Temp)		Reacción de ira (Reacc.)		Ira rasgo total		
	PD	Pc	PD	Pc	PD	Pc	
	4	28	4	8	8	4	
	5	49	5	18	9	10	
	6	67	6	36	10	22	
	7	81	7	52	11	33	
	8	91	8	70	12	42	
	9	95	9	83	13	56	
	10	98	10	92	14	65	
	11-12	99	11	96	15	74	
			12	99	16	83	
					17	89	
					18	94	
				19	96		
				20	98		
				21-24	99		
EXPRESIÓN DE IRA	Expresión externa de la ira (Exp. ext)			Expresión interna de la ira (Exp. int)			
	PD	Pc	PD	Pc	PD	Pc	
	4	9	4	4	4	4	
	5	23	5	11	5	11	
	6	42	6	26	6	26	
	7	60	7	47	7	47	
	8	80	8	64	8	64	
	9	89	9	82	9	82	
	10	94	10	92	10	92	
	11	98	11	96	11	96	
	12	99	12	99	12	99	
	CONTROL DE IRA	Control externo de la ira (C.ext)		Control interno de la ira (C.int)		Control de ira total (C.total)	
		PD	Pc	PD	Pc	PD	Pc
4		2	4	4	8	1	
5		6	5	8	9	2	
6		16	6	15	10	5	
7		32	7	25	11	7	
8		52	8	39	12	9	
9		71	9	54	13	13	
10		86	10	70	14	20	
11		96	11	84	15	28	
12		99	12	99	16	37	
					17	49	
					18	58	
					19	71	
					20	80	
					21	89	
					22	94	
				23	98		
				24	99		

Anexo 8. Perfil del STAXI-NA

PERFIL

		ESTADO TOTAL	SENT.	EXP. F y V		
NIVEL	PD				NIVEL	PD
	Alto					Alto
	Moderado					Moderado
	Bajo					Bajo
	Nulo					Nulo

Centil	RASGO TOTAL	TEMP.	REACC.	EXP. EXT.	EXP. INT.	C. EXT.	C. INT.	C. TOTAL	Centil
99	-	-	-	-	-	-	-	-	99
95	-	-	-	-	-	-	-	-	95
90	-	-	-	-	-	-	-	-	90
85	-	-	-	-	-	-	-	-	85
80	-	-	-	-	-	-	-	-	80
75	-	-	-	-	-	-	-	-	75
70	-	-	-	-	-	-	-	-	70
65	-	-	-	-	-	-	-	-	65
60	-	-	-	-	-	-	-	-	60
55	-	-	-	-	-	-	-	-	55
50	-	-	-	-	-	-	-	-	50
45	-	-	-	-	-	-	-	-	45
40	-	-	-	-	-	-	-	-	40
35	-	-	-	-	-	-	-	-	35
30	-	-	-	-	-	-	-	-	30
25	-	-	-	-	-	-	-	-	25
20	-	-	-	-	-	-	-	-	20
15	-	-	-	-	-	-	-	-	15
10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
5	-	-	-	-	-	-	-	-	5
1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	RASGO TOTAL	TEMP.	REACC.	EXP. EXT.	EXP. INT.	C. EXT.	C. INT.	C. TOTAL	
PD									
Centil									

Anexo 9. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk en la escalas del STAXI-NA

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk en la escala Ira-Estado en el STAXI-NA

Variables	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	GI	Sig.
Ira-Estado Pretest	0.624	17	0.00*
Ira-Estado Post test	0.415	17	0.00*

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

**Valor significativo $p < 0.05$*

De acuerdo con la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, se observa que existe un valor de $P=0.00$ siendo menor al nivel de significancia $\alpha 0.05$. Por lo tanto, se concluye que los datos no presentan una distribución normal, razón por la cual se requiere utilizar una prueba no paramétrica, en este caso la prueba Wilcoxon o de rangos signados.

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk en la escala Ira-Rasgo en el STAXI-NA

Variables	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	GI	Sig.
Ira-Rasgo Pre test	0.929	17	0.209
Ira-Rasgo Post test	0.926	17	0.184

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2022)

De acuerdo con la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, se observa que existe un valor de P mayor al nivel de significancia $\alpha 0.05$. Por lo tanto, se concluye que los datos presentan una distribución normal, razón por la cual se puede utilizar una prueba paramétrica, en este caso la prueba t de Student para muestras relacionadas.