



**FACULTAD DE FILOSOFÍA,
LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

**PLAN DE RECUPERACIÓN PARA MODIFICAR LA
CONDUCTA DE UN NIÑO QUE POSEE HIPERACTIVIDAD
CON DÉFICIT DE ATENCIÓN MEDIANTE LA TERAPIA
COGNITIVA CONDUCTUAL: ECONOMÍA DE FICHAS.**

**Monografía previa a la obtención del Título de
Licenciada en Ciencias de la Educación
Mención de
Psicología Educativa Terapéutica**

AUTORA:

Andrea Verónica Nieto Trelles.

DIRECTOR:

Dr. Patricio Cabrera.

CUENCA – ECUADOR

2007

DEDICATORIA

A quienes me han apoyado y guiado en este camino:

MIS PADRES.....

Índice

Página

Índice.....	1
Resumen, Abstrac.....	3
Introducción.....	4
Capítulo Primero: Psicodiagnóstico	
Introducción.....	7
1.1 Investigación de la problemática.....	7
1.2 Evaluación de la investigación de la problemática.....	7
1.3 Evaluación de la problemática mediante el equipo Multidisciplinario.....	8
1.4 Informe sobre el psicodiagnóstico.....	8
1.4.1. Datos de identificación.....	8
1.4.2. Estructura familiar.....	8
1.4.3. Motivo de remisión.....	9
1.4.4. Evolución del desarrollo.....	9
1.4.5. Resultados de la valoración psicológica.....	9
1.4.5.1. Valoración de ADHD con el DSM-IV (maestra).....	9
1.4.5.2. Escalas de CONNERS (EDAH).....	9
1.4.5.3. Valoración de ADHD con el DSM-IV (madre de familia).....	10
1.4.6. Diagnóstico presuntivo.....	10
1.4.7. Informe neurológico.....	10
Capítulo Segundo: Base Teórica	
Introducción.....	11
2.1. La hiperactividad.....	11
2.2. Terapia cognitiva – conductual.....	15
Capítulo Tercero: Metodología, estrategia y recursos a utilizarse en la investigación	
Introducción.....	16
3.1. Modificación conductual.....	16
3.2. Economía de fichas.....	19

3.3. Entrevista y observación del niño para establecer el reforzamiento positivo adecuado.....	20
3.3.1. Entrevista CRSS: Programa de estudio para el reforzamiento de los niños.....	20
3.3.2. Observación y entrevista directa con el niño.....	20
Capítulo Cuarto: Plan de intervención	
Introducción.....	21
4.1. Estructurar el plan de intervención.....	21
4.1.1. Plan de intervención.....	21
4.2. Construir un diagrama del comportamiento no deseado.....	24
4.3. Elaborar las tarjetas para la estrategia establecida.....	25
4.4. Ejecutar sesiones.....	26
4.5. Elaborar un diagrama del comportamiento meta.....	27
4.6. Elaborar evaluaciones.....	28
Conclusión.....	29
Recomendación.....	30
Referencias.....	31
Anexos:.....	33
Fichas de observación.....	34
Historia Clínica.....	39
Ficha Personal: niño.....	41
Escala para la evaluación del Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH).....	42
Cuestionario para padres y maestros (ADHD) DSM – IV: Maestra.....	44
Cuestionario para padres y maestros (ADHD) DSM – IV: Padres.....	49
Entrevista para representantes de los estudiantes hijos de emigrantes.....	54
Entrevista para estudiantes hijos de emigrantes.....	56
Children s reinforcement survey Schedule (CRSS) (Programa de estudio para el reforzamiento de los niños), Parte B.....	58
Certificado Médico.....	60
Fichas de las sesiones aplicadas: Economía de fichas.....	61
Fichas de observación.....	66

RESUMEN

En esta investigación se trabaja con un niño de 7 años de edad de la Escuela Zoila Aurora Palacios, alumno correspondiente al segundo de básica, que es remitido por la maestra de aula por el motivo de que el niño presenta una gran inquietud llegando esto a perjudicarlo en el aprendizaje escolar y en su entorno social.

En primera instancia se realiza una observación directa al niño y se llega a concluir que puede poseer un Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) llegando a acertarse este diagnóstico con el examen neurológico.

Esta investigación tiene como objetivo minimizar la Hiperactividad del niño mediante la Terapia Cognitiva Conductual utilizando la Técnica de Economía de Fichas.

ABSTRAC

This research work is about a seven year-old child from the elementary school “Zoila Aurora Palacios”, attending his second grade. The child was referred by the teacher of the classroom because he presented great restlessness which impaired his school learning and his social relationships.

First of all, we carried out a direct observation of the child and concluded that he might have a Deficit of Attention with Hyperactivity (TDAH), diagnosis that was proved right with the neurological examination.

The objective of this research is to minimize the child’s hyperactivity through the Behavioral Cognitive Therapy by using the Technique of Card Economy.

Introducción

La Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) constituye un serio problema, tanto en el campo educativo como en el estado emocional del portador de dicha dificultad. En el aprendizaje la problemática es la falta de atención el cual perjudica al portador en su curiosidad para poder adquirir los aprendizajes llevando como consecuencia un nivel bajo de conocimientos. Con respecto a lo emocional, estos poseedores son discriminados tanto por sus padres y compañeros, dado a la falta de información y por sus profesores por la falta de capacitación, llegando así el poseedor a sentirse diferente a los demás puesto también que su trato es desigual.

Esta monografía se toma en cuenta aplicarla en un centro incapacitado con respecto a esta problemática, con el objetivo de llegar a orientar a todas las autoridades y docentes de la institución a poder comprender la inquietud de ciertos alumnos y saber como tratarlos para comprenderlos y así el portador pueda entender que es comprendido por sus maestros y que el tener este problema no lo hace ser una persona inferior.

El trabajo comprende:

- Psicodiagnóstico de la problemática
 - Base teórica de la problemática y de la terapia adecuada a dicha dificultad.
 - Metodología, estrategias y recursos a ser utilizados en la investigación.
 - Estructura y aplicación del plan de intervención para modificar la problemática.
- **Psicodiagnóstico de la problemática:** En este capítulo se realiza una investigación de campo, tomando como referencia la dificultad presente en el niño. Para poder comprender a fondo cual es la situación actual, se emplea una entrevista a las personas que cohabitan con el niño (padres, maestros) y asentándonos en esta información, se ha tomado la decisión de que test son aplicables para este diagnóstico.

Al tener el análisis correcto se toma la disposición de saber que terapia es digna para obtener un cambio en este inconveniente.

- **Base teórica de la problemática y de la terapia adecuada a dicha dificultad:** Este capítulo se realiza con la finalidad de conocer en forma detenida, los aspectos teóricos que fundamentan la Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) puntualizando su concepto, etiología, consecuencias, características para detectar la hiperactividad, diagnóstico y tratamiento que nos ayudara a conocer la problemática presente. Además nos da a conocer la terapia a aplicarse como se aplica, si es o no recomendable y cuales son los puntos a tomarse para su aplicación.
- **Metodología, estrategias y recursos a ser utilizados en la investigación:** La metodología, estrategia y recursos constituyen la parte principal de este trabajo puesto que con estos se tratara de obtener un cambio en la problemática presente y que están sustentadas de forma teórica y nos orientan a conocer sobre la modificación conductual (metodología), la economía de fichas (estrategia) y los recursos que se tomarán prioridad para conseguir el objetivo de este trabajo.
- **Estructura y aplicación del plan de intervención para modificar la problemática:** El plan de intervención es el elemento esencial para obtener el objetivo de este trabajo, puesto que al ser aplicado se conocerá si la metodología y estrategia fueron o no los acordes para modificar la dificultad presente. Aquí se proyecta y se expone como será llevado a cabo la terapia, la cuál constituirá de 5 sesiones aplicables. Cada sesión nos muestra cuál es su objetivo, que se utilizará dentro de ella, el tiempo de aplicación, el refuerzo a obtener el niño si logra el objetivo. La aplicación se llevará a cabo durante 5 días consecutivos por el mismo motivo de ser una modificación conductual, ya que al ser interrumpida la terapia no tendría resultados positivos. Para concluir, en este capitulo se expondrá un balance de la conducta no deseada con la conducta meta para así elaborar una valoración sobre la terapia aplicada.

Al finalizar el trabajo se respaldan algunas conclusiones, recomendaciones y documentación anexa que considero esencial destacar en esta investigación.

Capítulo Primero

PSICODIAGNÓSTICO

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como base una investigación de campo, tomando como referencia la dificultad presente en el niño. Para poder llegar a concluir cuál es la situación actual, se emplea una entrevista a las personas que cohabitan con el niño (padres, maestros) y basándonos en esta información, se ha tomado la decisión de que test son aplicables para obtener un diagnóstico acertado. Después de ser aplicados dichos test, se cuenta con la asistencia de un neurólogo quien nos ayudará a concluir con el diagnóstico.

1.1. INVESTIGACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

La investigación fue realizada mediante los siguientes recursos:

- Entrevista a la maestra para conocer cual es el motivo de remisión
- Aplicación de test a la maestra sobre el niño “José”: DSM-IV, EDAH.
- Aplicación de test a la madre de familia sobre el niño “José”: DSM-IV, Historia Clínica, Entrevista para Representantes de los Estudiantes: Hijos de emigrantes.
- Entrevistas hacia el niño “José”: Ficha Personal, Entrevista para Estudiantes: Hijos de emigrantes, CRSS: programa de estudio para el reforzamiento de los niños.
- Fichas de observación directa del comportamiento del niño “José”.

1.2. EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Realización de la evaluación de los test o entrevistas aplicadas a la docente, madre de familia y alumno que presenta la problemática para poder dar un diagnóstico presuntivo.

1.3.EVALUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA MEDIANTE EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Docente: El niño es muy inquieto, impulsivo, no termina lo que se le pide que haga.

Madre de familia: El niño es muy inquieto, el papá era así. Todos mis hijos han sido inquietos pero “José” es demasiado, ya no se que hacer.

Psicólogo: Se presume la presencia de Hiperactividad con Déficit de Atención en el niño “José”, por lo que se requiere que se realice los análisis neurológicos para obtener un diagnóstico específico.

Neurólogo: El niño presenta un Déficit de Atención con moderada Hiperactividad por lo que se recomienda educación personalizada y apoyo psicopedagógico.

1.4. INFORME SOBRE EL PSICODIAGNÓSTICO

1.4.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Nombre:** José (nombre ficticio)
- **Edad:** 7 años
- **Fecha de nacimiento:** 31 de enero del 2000
- **Escolaridad:** segundo de básica
- **Nombre de la madre:** Julia Cárdenas
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Nombre del padre:** German Rumipulla
- **Ocupación:** Mesero
- **Lugar que ocupa entre hermanos:** 4

1.4.2. ESTRUCTURA FAMILIAR

- Su padre vive fuera del país: New York - Estados Unidos
- En la mañana trabaja junto a su mamá.
- Está en contacto permanente con su padre.
- Es el menor de 4 hijos.
- Es sobreprotegido por todos los de su familia.

1.4.3. MOTIVO DE REMISIÓN

El niño fue remitido por parte de la maestra del aula por presentar inquietud, pasa conversando, no trabaja, se levanta a cada instante de su lugar de trabajo y molesta a sus compañeros.

1.4.4. EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO

- **Embarazo:** Con un poco de complicaciones por presentar la madre infección a las vías urinarias y permaneció un tiempo hospitalizada.
- **Duración del embarazo:** A término
- **Parto:** Normal
- **Desarrollo motor:** No presentó el gateo pero caminó sin ayuda al año 2 meses.
- **Desarrollo del lenguaje:** Normal, presenta dificultad en la pronunciación por el motivo de ser sobreprotegido y se da este problema solamente en la presencia de la madre.
- **Comportamiento psicosocial:** Se comunica con todos, tiene muchos amigos, se lleva bien tanto con sus compañeros como docente y madre de familia.
- **Escolaridad:** Ingresó directo al jardín.

1.4.5. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA

1.4.5.1. Valoración de ADHD con el DSM-IV (maestra)

- Síntoma de desatención: 7/9
- Síntoma de hiperactividad: 5/6
- Síntoma de impulsividad: 2/3
- **DX: Existe una sospecha de la presencia de hiperactividad con déficit de atención e impulsividad.**

1.4.5.2. Escalas de CONNERS (EDAH)

- **Hiperactividad:** P: 13, centil 99: riesgo elevado
- **Déficit de atención:** P: 13, centil 99: riesgo elevado

- **Trastorno de conducta:** 18, centil 97: riesgo elevado
- **H+DA:** P: 26, centil 99: riesgo elevado
- **DX:** Se sospecha en el niño la presencia de un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y un riesgo elevado de TC.

1.4.5.3. Valoración de ADHD con el DSM-IV (madre de familia)

- Síntoma de desatención: 6/9
- Síntoma de hiperactividad: 5/6
- Síntoma de impulsividad: 3/3
- **DX:** Existe una sospecha de la presencia de hiperactividad con déficit de atención e impulsividad.

1.4.6. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El niño presenta la sospecha de una Hiperactividad con Déficit de atención (TDAH).

Este problema puede ser heredado por parte de su padre, por lo que es recomendable realizar al niño un examen neurológico (electroencefalograma).

1.4.7. INFORME NEUROLÓGICO

El niño (¿) no tiene antecedentes patológicos personales o familiares. Actualmente presenta DEFICIT DE ATENCIÓN CON MODERADA HIPERACTIVIDAD que le ocasiona dificultad en el aprendizaje. El resto del examen neurológico es normal.

Se recomienda educación personalizada y apoyo psicológico tanto en su escuela como en su entorno familiar. No se justifica realizar ningún examen complementario ni el uso de ninguna medicación.

Capítulo Segundo

BASE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene la finalidad de dar conocer en forma detenida, los aspectos teóricos que fundamentan la Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) puntualizando su concepto, etiología, consecuencias, características para detectar la hiperactividad, diagnóstico y tratamiento que nos ayudará a conocer la problemática presente.

Al igual nos da a conocer la terapia que se aplicará, si es o no recomendable y cuáles son los puntos a tomarse para su aplicación.

2.1. LA HIPERACTIVIDAD

Taylor (1991), define a la hiperactividad como un nivel superior de actividad. Implica toda una conducta y no actos individuales. Supone la ausencia de control de los impulsos, a la vez que una inquietud constante, con cambios continuos de actividad. Por ello está íntimamente ligada a los conceptos de déficit de atención e impulsividad. (Anna Farre, Juan Narbona, Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad 14).

El porcentaje de niños con este problema se estima entre el 3 y el 5%, entre los niños en edad escolar, siendo seis veces más frecuente en los varones. Este trastorno ha recibido muchos nombres en el pasado, daño o disfunción cerebral mínima, hiperkinesia, hiperactividad y déficit de atención.... Pero en realidad todo ello engloba una alteración importante de la atención que, muy a menudo, se da con una extrema actividad en el niño... Es considerada como normal, cuando se produce dentro de una etapa de la vida infantil alrededor de los dos o tres años. La falta de atención y la inquietud constante en el niño son síntomas que, por lo general, los padres comentan primero al médico de atención primaria, con frecuencia alertados por los profesores y educadores.

Existen factores tanto biológicos como genéticos para la causa de la hiperactividad. En lo biológico se sabe que predispone a padecer el trastorno el

consumo materno de alcohol y drogas, incluso de tabaco, también influye el bajo peso al nacer, la anoxia, lesiones cerebrales. Las patologías paternas, el bajo nivel económico, la marginalidad, al estrés familiar, podrían agravar dicho trastorno. Por otra parte desde el punto genético, todos los estudios inciden en que la existencia del mismo trastorno en hermanos es de un 17 a un 41%. En cuanto a los gemelos univitelinos el porcentaje de trastorno común es hasta del 80%. Si el padre o la madre han padecido el síndrome sus hijos tienen un riesgo del 44% de heredarlo. Además existe una disfunción del lóbulo frontal y también una deficiencia en la producción de importantes neurotransmisores cerebrales como son la dopamina y la noradrenalina.

Las características principales de la hiperactividad son:

1. Excesiva actividad motora e impulsividad (imposibilidad de quedarse quieto en un sitio, imposibilidad de estar sentado, estar siempre en marcha, etc.).
2. Las dificultades de atención (son muy susceptibles a la distracción: no pueden calmarse para concentrarse en una tarea concreta, lo que les supone dificultades, sobre todo cuando comienzan su formación en la escuela).
3. Dificultad en el aprendizaje (por deficiencias perceptivas y cognitivas).
4. Problemas de conducta y de relación.
5. Falta de madurez.

El niño hiperactivo se caracteriza por una exagerada expresividad de las emociones, envuelta en una clara ambivalencia que preside casi todas sus reacciones: acceso de ira que repentinamente se transforma en caricias; arrebatos de dolor que pasan rápidamente a ser alegría; actos de indisciplina seguidos de un arrepentimiento casi inmediato. En realidad no presenta específicamente una actividad corporal cotidiana mayor que la de los otros niños, sino grandes dificultades para modular su nivel de actividad, las cuales se hacen evidentes cada vez que se exige de él que permanezca sentado o quieto en una mesa para realizar una tarea escolar abstracta, atender a una explicación o comer correctamente.

Sus consecuencias son varias entre las más estudiadas tenemos:

- El comportamiento inquieto e impulsivo que tiene como consecuencia la dificultad para hacer algunas tareas, así como la incorrecta realización y

sobre todo, problemas de disciplina y dificultad para relacionarse con otros niños.

- Por el desconocimiento de dicho trastorno de las personas que lo rodean como sus padres y maestros, son recriminados y calificados como “desobedientes”. Conllevando al niño hiperactivo problemas emocionales, como la falta de autoestima, la dependencia o el bajo nivel de tolerancia, depresión, ansiedad, e inclusive, agresividad.
- El fracaso escolar, que se da por ser el niño etiquetado como el niño difícil.

El diagnóstico del niño hiperactivo se elabora a partir de la información escolar más el historial que aportan los padres. Analizando estos datos, el especialista irá detectando posibles problemas de conducta presentes y pretéritos. Su aparición, si existe hiperactividad, coincidirá con el primer año de escolarización del niño, es decir que las características citas anteriormente, deben aparecer antes de los siete años de edad y tener una duración de, al menos, seis meses.

La información del Electro-encéfalo-grama (EEG) y un examen pediátrico-neurológico deberán corroborar posteriormente el primer diagnóstico, pues aunque en los niños hiperactivos no suele existir lesión orgánica, en cambio, existe una disfunción cerebral que se atribuye, a problemas de tipo metabólico con determinadas sustancias neurotransmisoras que afectan al sistema de vigilia de la sensibilidad y de los refuerzos.

Para su tratamiento se utilizan procedimientos basados en el condicionamiento operante, la administración de contingencias sociales, el entrenamiento en autocontrol y la terapia cognitiva, además del tratamiento farmacológico. Con respecto a este último se ha demostrado que uno de los mejores tratamientos para la hiperactividad no es la aplicación de una disciplina dura o la administración de sedantes; lo más eficaz es la administración de dosis regulares de anfetaminas, metilfenidato y otros agonistas de la dopamina. Parece demostrado, en efecto, que medicamentos como las anfetaminas actúan sobre el nivel de actividad y contribuyen al control y la corrección de la motricidad. Al existir este aumento de la atención durante la actividad y del control en la respuesta, es posible obtener notables mejorías a nivel perceptivo e intelectual. Aunque estas drogas estimulan en los adultos normales, a los niños hiperactivos les calma, hasta el punto de que pueden funcionar normalmente.

En la práctica, no obstante, según el tipo de inestabilidad que presenta cada niño se completa esta terapia con otro tipo de intervenciones. Así, es conveniente a menudo facilitar una asistencia psicoterápica a los padres al objeto de orientarles en su trato con el hijo hiperactivo, como casi siempre es imprescindible también proporcionar orientación específica al centro escolar para programar un esquema de actividades adaptadas a las posibilidades del hiperactivo. Todo ello, bien entendido, como complemento al tratamiento psicoterápico individualizado que éste deberá recibir y que le ayudará a superar los trastornos relacionales y afectivos derivados de su comportamiento.

Existen algunas recomendaciones generales sobre la forma de establecer la rutina diaria con estos niños para que se adapten a unos horarios y no fomenten el descontrol. Por ello, hay que establecer una serie de hábitos regulares, es decir, horarios estables para cada tarea, como la comida, el sueño, hacer las tareas escolares o ver televisión.

Asimismo, hay que seguir unas normas claras a seguir en el hogar, estableciendo claramente los límites que el niño no debe sobrepasar. Para ello, lo primero que hay que conseguir es el consenso entre los padres, ya que si éstos mantienen discusiones sobre las normas delante del niño, éste no será capaz de distinguir lo que es correcto y llevará a confusión. Siempre que se establezca normas debe hacerse de forma explícita, es decir, que el niño tenga claro qué es exactamente lo que se espera de él.

Los expertos aconsejan a los padres informar al hiperactivo sobre sus conductas intentando que sea él mismo el que evalúe su actuación, sin necesidad de recurrir a la recriminación. Del mismo modo, siempre que tenga conductas correctas es necesario reforzarla positivamente, premiando esta conducta, no solo de forma material sino que puede ser un premio afectivo, un beso o un abrazo que le hará entender que está actuando correctamente. En el caso contrario de que el niño no actúe bien o no obedezca hay que tener siempre en cuenta que emplear castigos físicos es del todo negativo, mientras que lo conveniente es intentar enseñarle lo que ha hecho mal y cuál debe ser su comportamiento en otra ocasión. Como castigo, los expertos recomiendan que en lugar del castigo físico éste consista en que el niño pierda algunos privilegios de los que goza ante el incumplimiento de alguna norma. (www.psicologoinfantil.com/articulohiperactivo.htm).

2.2. TERAPIA COGNITIVA – CONDUCTUAL

La Terapia de conducta, se la conoce como un conjunto de métodos de tratamiento psicológico basados en el aprendizaje y dirigidos a sustituir las conductas inadecuadas por otras más adaptadas. La terapia de conducta proviene de los trabajos realizados por el fisiólogo ruso Iván P. Pavlov y de la psicología de la conducta. En la década de 1920, con la aplicación de los principios del condicionamiento animal a los seres humanos realizada por el psicólogo John B. Watson, comienzan a utilizarse algunos métodos de modificación de conducta. Años después, la psicóloga Mary Cover Jones dirigió algunos experimentos para atenuar los miedos y fobias en los niños. En la década de 1940, el médico surafricano Joseph P. Wolpe elaboró un tratamiento para eliminar la ansiedad en los adultos. A partir de ese momento, una serie de investigaciones permitirán consolidar esta modalidad de terapia: una de ellas extiende los principios clásicos del condicionamiento a problemas como la incontinencia o el alcoholismo; otra permite aplicar los principios del condicionamiento operante de B. F. Skinner a la educación de niños minusválidos en las escuelas y al tratamiento de adultos en los psiquiátricos. (Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005).

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los tres siguientes (Rimm y Cunningham, 1988):

1. La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales mas cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos).
2. La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos.
3. La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por modelamiento).

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en “traducir” el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como “cogniciones”, “emociones” y “conductas”) y en determinar las variables que las mantienen (Kanfer y Saslow, 1967). En la mayoría de los casos el terapeuta

comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

La Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Edelstein y Yoman, 1991).

Para el terapeuta conductual la terapia es mucho mas que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico(Pavlov, Watson), moderno(Skinner, Bandura..) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum..). (<http://www.psicologia.com/articulos/psicoterapias.htm>.)

Capítulo Tercero

METODOLOGÍA, ESTRATEGÍA Y RECURSOS A UTILIZARSE EN LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La metodología, estrategia y recursos forman parte primordial en este trabajo puesto que con estos se tratara de obtener una modificación en la problemática actual, estarán presentes de forma teórica y nos darán a conocer sobre la modificación conductual (metodología), la economía de fichas (estrategia) y los recursos que se tomarán prioridad para conseguir el objetivo de este trabajo.

Al igual se aplicará al niño una entrevista CRSS: Programa de estudio para el reforzamiento de los niños. La cuál nos ayudará a conocer el reforzamiento adecuado para motivar al niño y así la terapia a aplicarse tenga mejores resultados.

3.1. MODIFICACIÓN CONDUCTUAL

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológica para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que se desarrollen sus potencialidades y las oportunidades

disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles, para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológica que permitan de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal. (Cátedra del curso de graduación: modulo “Psicoterapia cognitiva - conductual” Lic. Rodrigo Hernán García, Universidad del Azuay.)

Para el proceso de una modificación conductual debemos tener presentes las siguientes etapas:

1. Elección del comportamiento meta: es la etapa inicial en la que consiste en identificar el comportamiento meta, que es la conducta que va a cambiarse o modificarse.

Las decisiones que conducen a la elección de un comportamiento que debe modificarse se rigen, entre otras, por las siguientes consideraciones:

- a) Tipo de comportamiento
- b) Frecuencia del comportamiento
- c) Duración del comportamiento
- d) Intensidad del comportamiento
- e) Cantidad general de comportamientos que necesitan modificarse.

En general se recomienda que quien se inicia en la modificación de la conducta no trate de cambiar más de un comportamiento individual o de grupo al mismo tiempo.

2. Recopilación y registro de los datos de la línea base: los datos cuantitativos recabados antes de llevar a cabo la intervención de modificación conductual se conoce como datos de línea base. El proceso de recopilación de datos previos a la intervención a de línea base se conoce a menudo como evaluación funcional. La evaluación funcional consiste en la “identificación de sucesos antecedentes o consecuentes, temporalmente contiguos al comportamiento, que propician y mantienen el comportamiento” (Lennox y Miltenberger, 1989). Los datos de línea base proporcionan el fundamento sobre el que se establece el cambio. La evaluación funcional comprende dos etapas: 1) recopilar información y 2) plantear hipótesis sobre el comportamiento.

3. Identificación de reforzadores: existen varios procedimientos recomendables para identificar los reforzadores que tienen grandes probabilidades de encauzar el comportamiento en la dirección deseada. Entre los procedimientos disponibles se halla: 1) escalas de preferencias, 2) listas de preferencias, 3) entrevistarse con el niño, 4) entrevistarse con alguno de los padres o el maestro para averiguar las preferencias del menor, y 5) la observación directa.
4. Intervención, recopilación y registro de los datos de la intervención: este consiste en elegir y poner en práctica la intervención y recopilar y registrar los datos derivados de ésta. Los datos de la intervención consisten en la información recabada sobre los efectos de la misma durante la fase de práctica. Estos ofrecen un patrón que sirve para comparar el comportamiento de línea base con la nueva conducta. Al contrastarlos, el maestro puede determinar los cambios que han tenido lugar como resultado de la intervención. El registro pone sobre aviso al maestro acerca de la respuesta del niño a la intervención y, por tanto, sobre la eficacia general del programa en un determinado momento.
5. Evaluación de los efectos de la intervención: una vez que el nuevo comportamiento se ha establecido a un nivel aceptable, el profesional puede preguntarse si los cambios observados fueron resultado de la intervención o de una variable interventora desconocida. No obstante, hay un procedimiento para comprobar la efectividad de la intervención, se trata del proceso de extinción, o restablecimiento de la línea base. El proceso de restablecer la línea base en esta situación es el siguiente: si se piensa que un comportamiento se mantendrá a un nivel específico mediante un reforzador, el profesional puede evaluar la eficacia del reforzador con sólo retirarlo. Meyer y Janney (1989) piden mediciones más prácticas de la recopilación de datos y, por tanto, la evaluación de los resultados de las intervenciones conductuales en el aula y el entorno escolar. Sus mediciones “fáciles de utilizar” incluyen a) el programa de actividades del estudiante, que se evalúa en forma periódica durante el día, b) adquisición de habilidades alternas y registro de conductas excesivas. (James E. Walter y Thomas M. Shea, Manejo Conductual: Un enfoque práctico para educadores 79-112).

3.2. ECONOMÍA DE FICHAS

El ser humano trabaja en el entorno para adquirir reforzadores positivos y para evitar o escapar a los reforzadores negativos. El aprendizaje se da al descubrir comportamientos que producen recompensas y, luego, al trabajar reiteradamente en el ambiente para seguirlas obteniendo. Cuanto más fuertes o deseables son los reforzadores, la persona aprende de modo más rápido y fácil.

Las fichas por lo común carecen de valor para los niños cuando se les presenta inicialmente. Su importancia se vuelve evidente cuando aprenden que pueden intercambiarlas por diversos reforzadores, como ganarse 10 minutos de tiempo libre, escuchar discos, ver televisión, etc. Esta versatilidad hace que el sistema de fichas sea superior a muchas intervenciones.

Las fichas se convierten en reforzadores poderosos. Pueden concederse durante cierto período a cambio de un esfuerzo y trabajo aceptables. Entre los objetos a los que es posible recurrir se hallan: puntos, estrellas, caritas felices, tarjetas de puntuación, estampillas, cupones, calcomanías de animales, calcomanías de personajes de cuentos de hadas, fichas elaboradas por el maestro.

A continuación aparecen las reglas básicas para establecer un sistema de economía de fichas en el salón de clases:

1. Elija un comportamiento meta.
2. Conceptúe y presente el comportamiento meta al niño
3. Anuncie las reglas y revíselas con frecuencia.
4. Elija una ficha adecuada.
5. Establezca los reforzadores por los que pueden intercambiarse las fichas.
6. Elabore una lista de recompensas y péguela en alguna parte del salón.
7. Ponga en práctica la economía de fichas.
8. Refuerce de inmediato el comportamiento aceptable.
9. Cambie en forma gradual de un programa de reforzamiento continuo a uno variable.
10. Conceda tiempo a los niños para que intercambien las fichas por recompensas. No debe tomarse tiempo del recreo, el almuerzo o el período de recreación de los niños.
11. Revise con frecuencia la lista de recompensas.

La cantidad de fichas ganadas puede registrarse en una tarjeta de puntuación o en una forma de registro de puntos. El maestro puede pegar la tarjeta o la forma en el pupitre del niño y, luego, registrar o encerrar en un círculo los puntos a los que éste se ha hecho merecedor. Al final del día se suman el total de puntos. El niño puede demorar la recompensa o aceptarla de inmediato. (James E. Walter y Thomas M. Shea, Manejo Conductual: Un enfoque práctico para educadores 141-146).

3.3. ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN DEL NIÑO PARA ESTABLECER EL REFORZAMIENTO POSITIVO ADECUADO.

3.3.1. Entrevista CRSS: Programa de estudio para el reforzamiento de los niños.

Este programa nos ayuda a conocer cual refuerzo es el adecuado para llegar a modificar la conducta de un niño, ya que nos orienta hacia las preferencias materiales y emocionales del niño.

En esta entrevista tenemos como resultados:

1. Autos de juguete
2. Actividades artísticas: dibujar, pintar, cantar.
3. Televisión, cine.
4. Los gatos.

3.3.2. Observación y entrevista directa con el niño.

Se observó directamente al niño y se realizó una entrevista no estructurada para conocer a fondo los gustos del niño en el cual se llega a la conclusión:

1. Autos de juguete de control remoto.
2. Patinetas
3. Monopatín
4. Ver televisión
5. Dibujos animados: power rangers.
6. Golosinas: chocolates, doritos, chupetes, chicles.
7. Frutas: uvas y tomate.

Capítulo Cuarto

PLAN DE INTERVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

El plan de intervención es el elemento primordial para obtener el objetivo de este trabajo, puesto que al ser aplicado se conocerá si la metodología y estrategia establecida nos ayudó o no a modificar la dificultad presente. En este plan se expone como será llevado a cabo la terapia, la cuál constituirá de 5 sesiones aplicables. Cada sesión nos muestra el tema, cuál es su objetivo, que se utilizará dentro de ella, el tiempo de aplicación, el refuerzo y las fichas a ser utilizadas. La aplicación se llevará a cabo durante 5 días consecutivos por el mismo motivo de ser una modificación conductual, ya que al ser interrumpida la terapia no tendría resultados positivos. Para concluir, en este capítulo se expondrá un balance de la conducta no deseada con la conducta meta para así elaborar una valoración sobre la terapia aplicada.

4.1. ESTRUCTURAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN

4.1.1. PLAN DE INTERVENCIÓN

Tema: Modificación conductual mediante la técnica de economía de fichas de un niño de 7 años que posee TDAH

Objetivo: Modificar la conducta inadecuada del niño que posee TDAH para que pueda rendir adecuadamente en el aprendizaje escolar.

Sesiones a aplicarse: 5 sesiones.

Duración: 5 días consecutivos, una sesión por día.

PRIMERA SESIÓN

Técnica: Economía de Fichas

Objetivo General: Minimizar la hiperactividad del niño dentro del aula.

Objetivo Específico: Hacer que el niño no se levante de su lugar de trabajo dentro del aula, en el momento inadecuado.

Fichas:

- Caritas felices
- Caritas tristes.

Refuerzo:

- Elogios
- Golosina a elección del niño

Tiempo: 1 hora

Orden:

Cada vez que tú te levantes de tu puesto cuando la profesora te lo pida, te doy una carita feliz. Pero si te levantas de tu puesto cuando la profesora no te lo pidió, te doy una carita triste.

Si al final tienes mas caritas felices que caritas tristes, te doy la golosina que tu quieras, pero si tienes más caritas tristes que felices no te doy nada.

SEGUNDA SESIÓN

Técnica: Economía de Fichas

Objetivo General: Minimizar la hiperactividad del niño dentro del aula.

Objetivo Específico: Hacer que el niño no se levante de su lugar de trabajo dentro del aula, en el momento inadecuado.

Fichas:

- Estrellas

Refuerzo:

- Elogios
- Stickers de power rangers.

Tiempo: 1 hora

Orden:

Cada vez que tú te levantes de tu puesto cuando la profesora te lo pida, te doy una estrellita. Pero si te levantas de tu puesto cuando la profesora no te lo pidió, te quito la estrellita.

Si al final tienes 5 estrellitas, te doy stickers de los power rangers, pero si no tienes las 5 estrellitas no te doy nada.

TERCERA SESIÓN

Técnica: Economía de Fichas

Objetivo General: Minimizar la hiperactividad del niño dentro del aula.

Objetivo Específico: Hacer que el niño no se levante de su lugar de trabajo dentro del aula, en el momento inadecuado.

Fichas:

- Stickers de caritas felices.

Refuerzo:

- Elogios
- Dos chocolates.

Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Orden:

Cada vez que tú te levantes de tu puesto cuando la profesora te lo pida, te doy un sticker. Pero si te levantas de tu puesto cuando la profesora no te lo pidió, te quito el sticker.

Si al final tienes 7 caritas felices, te doy dos chocolates, pero si no tienes las 7 caritas felices no te doy nada.

CUARTA SESIÓN

Técnica: Economía de Fichas

Objetivo General: Minimizar la hiperactividad del niño dentro del aula.

Objetivo Específico: Hacer que el niño no se levante de su lugar de trabajo dentro del aula, en el momento inadecuado.

Fichas:

- Caritas de ángel.

Refuerzo:

- Elogios
- Dibujos para pintar.

Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Orden:

Cada vez que tú te levantes de tu puesto cuando la profesora te lo pida, te doy una carita de ángel. Pero si te levantas de tu puesto cuando la profesora no te lo pidió, te quito la carita de ángel.

Si al final tienes 8 caritas de ángel, te doy dibujos para pintar, pero si no tienes las 8 caritas de ángel no te doy nada.

QUINTA SESIÓN

Técnica: Economía de Fichas

Objetivo General: Minimizar la hiperactividad del niño dentro del aula.

Objetivo Específico: Hacer que el niño no se levante de su lugar de trabajo dentro del aula, en el momento inadecuado.

Fichas:

- Calcomanías de carros.

Refuerzo:

- Elogios
- Un carro de juguete.

Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Orden:

Cada vez que tú te levantes de tu puesto cuando la profesora te lo pida, te doy una calcomanía de carro. Pero si te levantas de tu puesto cuando la profesora no te lo pidió, te quito la calcomanía de carro.

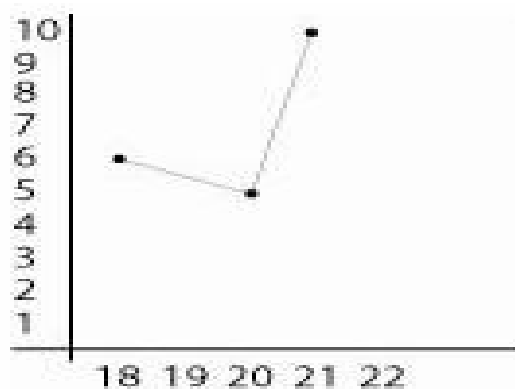
Si al final tienes 10 calcomanías de carros, te doy un carro de juguete, pero si no tienes las 10 calcomanías no te doy nada.

4.2. CONSTRUIR UN DIAGRAMA DEL COMPORTAMIENTO NO DESEADO

INQUIETUD DE “JOSÉ”
(Levantamiento del lugar de trabajo)

Observación	Tiempo			Frecuencia
	<u>Comienzo</u>	<u>Final</u>	<u>Total</u>	
1°	4:52 p.m. min.	5:10 p.m.	18	6 veces
2°	4:47 p.m. min.	5:08 p.m.	21	10 veces
3°	4:33 p.m. min.	4:53 p.m.	20	5 veces

DIAGRAMA



4.3. ELABORAR LAS TARJETAS PARA LA ESTRATEGIA ESTABLECIDA

Se elaboraron a partir del 15 de febrero hasta el 16 de febrero, cada tarjeta posee diferentes fichas y refuerzos dependiendo del objetivo de la sesión, además son elaboradas en cartulinas de diferente color con el propósito de motivar al niño a realizar la actividad con entusiasmo.

Cada ficha esta estructurada de la siguiente manera:

- Se levanta cuando la profesora le pide = ficha establecida

- Se levanta cuando la profesora no le pide = retirada de la ficha obtenida anteriormente

X stikers = Refuerzo establecido

- X stikers = NADA

Tiempo: 1 hora

Fecha: 22/02/07

4.4. EJECUTAR SESIONES

Las sesiones fueron ejecutadas de la siguiente manera:

- **SESIÓN 1**

Fecha: 22 de febrero del 2007

Tiempo: 1 hora

Diagnóstico: El objetivo fue logrado.

Observaciones: El niño presentó gran entusiasmo y colaboración.

- **SESIÓN 2**

Fecha: 23 de febrero del 2007

Tiempo: 1 hora

Diagnóstico: El objetivo fue logrado.

Observaciones: El niño presentó entusiasmo y colaboración aunque hubo ciertas distracciones pero retomaba nuevamente la actividad.

- **SESIÓN 3**

Fecha: 26 de febrero del 2007

Tiempo: 1 hora, 30 minutos

Diagnóstico: El objetivo fue logrado

Observaciones: El niño estuvo entusiasmado y prestó colaboración.

- **SESIÓN 4**

Fecha: 27 de febrero del 2007

Tiempo: 1 hora, 30 minutos

Diagnóstico: El objetivo fue logrado

Observaciones: El niño estuvo muy colaborador y se logró el objetivo en 15 minutos menos de lo planificado.

- **SESIÓN 5**

Fecha: 28 de febrero del 2007

Tiempo: 1 hora, 30 minutos

Diagnóstico: El objetivo fue logrado

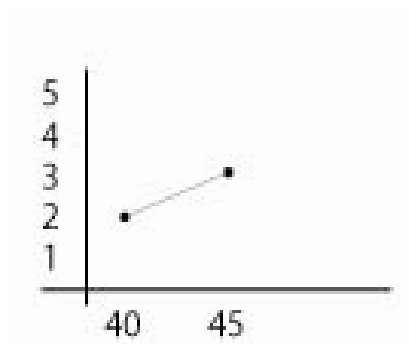
Observaciones: El niño estuvo muy atento y colaborador.

4.5. ELABORAR UN DIAGRAMA DEL COMPORTAMIENTO META

INQUIETUD DE “JOSÉ” (Levantamiento del lugar de trabajo)

Observación	Tiempo			Frecuencia
	<u>Comienzo</u>	<u>Final</u>	<u>Total</u>	
1°	4:00 p.m.	4:40 p.m.	40 min.	2 veces
2°	4:00 p.m.	4:45 p.m.	45 min.	3 veces

DIAGRAMA



4.6. ELABORAR EVALUACIONES

Se puede observar que el niño José (nombre ficticio), ha mejorado gratificadamente en respecto a su conducta puesto que la frecuencia de su inquietud dentro del aula se ha modificado en un gran porcentaje.

Esta mejoría ha ayudado tanto al niño en su relación con sus compañeros y con su maestra. A la vez la maestra también se ha beneficiado por el hecho de que puede comprender al niño por qué es su hiperactividad y poder ayudarlo a sobrellevar este problema al niño.

Conclusión

La Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) es un problema que en la actualidad está presente en los niños en un gran porcentaje. Este trabajo nos ayudó en muchos aspectos. En primer lugar ayudó al niño portador a conocerse a sí mismo y a educarse a controlar su impulsividad. En segunda instancia orientó tanto a padres de familia como a docentes a conocer las causas y consecuencias de este problema y claro esta al trato correcto de estos niños.

Recomendaciones

Es recomendable ejecutar un seguimiento de la conducta del niño, fomentarle una educación personalizada y apoyo psicopedagógico en el centro educativo al que asiste y en su entorno familiar, para orientar tanto a maestros como a sus padres sobre la dificultad actual como tratar al niño y consecuencias que pueden presentarse en un futuro sino se procede con anterioridad.

Referencias

1. Bibliográficas

- 1.1. FARRÉ Anna, NARBONA Juan **Escalas para la evaluación del Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.** 5° Edic., Edit. Publicaciones de Psicología aplicada, Madrid – España. 2003
- 1.2. SHEA, Thomas M, WALKER, James E. **Manejo conductual: Un Enfoque práctico para educadores** 2° Edic., Edit. El Manual Moderno, México, D.F. – Santafé de Bogotá.

2. Internet

- 2.1. Menéndez Benavente, Isabel.
Niños Hiperactivos.
<http://www.psicologoinfantil.com/articulohiperactivo.htm>.
- 2.2. Las psicoterapias
<http://www.psicologia.com/articulopsicoterapias.htm>.

3. Reactivos

- 3.1. Asociación Americana de Psiquiatría (APA), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1994 (DSM – IV).
Valoración de ADHD.
- 3.2. Consultorios de especialidades medicas “Santa Inés”. Certificado Médico, Dr. Aturo Carpio Rodas Médico Neurólogo, Cuenca- Ecuador. 2007.
- 3.3. Departamento Psicopedagógico, Escuela Particular “La Asunción”,
Fichas de Observación. Cuenca – Ecuador. 200/.

- 3.4. Departamento Psicopedagógico, Escuela Particular “La Asunción”,
Historia Clínica: 5-7 años. Cuenca – Ecuador. 200/.
- 3.5. Departamento Psicopedagógico, Escuela Particular “La Asunción”,
Ficha Personal. Cuenca – Ecuador. 200/.
- 3.6. Departamento de Orientación (DOBE), Colegio Fiscomicional
Experimental “Asunción”, Entrevista para estudiantes y
representantes de hijos de emigrantes. Cuenca – Ecuador. 200/.
- 3.7. FARRÉ Anna, NARBONA Juan
Escalas para la evaluación del Trastorno por déficit de Atención con
Hiperactividad (EDAH).
5º Edic., Edit. Publicaciones de Psicología aplicada, Madrid –
España. 2003.
- 3.8. NIETO TRELLES Andrea Verónica
Fichas para la aplicación de la terapia cognitiva conductual:
economía de fichas, Cuenca – Ecuador, 2007
- 3.9. SHEA, Thomas M, WALKER, James E.
Manejo conductual: Un Enfoque práctico para educadores,
CHILDRENS REINFORCEMENT SURVEY SCHEDULE (CRSS)
(Programa de estudio para el reforzamiento de los niños)
2º Edic., Edit. El Manual Moderno, México, D.F. – Santafé de
Bogotá.
- 4. Otros**
- 4.1. (Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005).
- 4.2. (Cátedra del curso de graduación: modulo “Psicoterapia cognitiva -
conductual” Lic. Rodrigo Hernán García, Universidad del Azuay.)

ANEXOS