



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica.

TÍTULO:

Intervención Psicológica en problemas Conductuales en niños de Cuarto de básica de la Unidad Educativa Iván Salgado.

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Psicóloga Clínica.**

Autora:

Lourdes Andrea Quito Zea.

Directora:

PhD. Ana Lucía Pacurucu.

Cuenca- Ecuador

2017

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO 1.....	12
Problemas conductuales.....	12
1. Introducción	12
1.1 Definición de los problemas conductuales	12
1.2 Etiología de los problemas conductuales.....	14
1.2.1 Factores personales.....	14
1.2.1.1 Características del niño.....	15
1.2.2 Factores familiares.....	15
1.2.2.1 Características de los padres.....	15
1.2.2.2 Ambiente familiar.....	15
1.2.3 Factor escolar.....	15
1.2.4 Factor social	16
1.3 Teorías del trastorno de la conducta	16
1.3.1 Teoría genético- hereditaria.....	17
1.3.2 Teorías Psicológicas.....	17
1.3.2.1 Teoría cognitivo.....	17
1.3.2.2 Teoría Humanista.....	17
1.3.3 Teoría sociológica.....	17
1.4 Prevalencia y epidemiología de los trastornos de conducta.....	18
1.5 Tipos de problemas conductuales	19
1.5.1 Hiperactividad	19
1.5.2 Conducta disruptiva.....	19
1.5.3 Negativista desafiante	20
1.5.4 Conducta violenta	20
1.6 Pautas, evaluación y diagnóstico para considerar un problema conductual.....	20

1.7 Carencias en la gestión de servicios de salud mental, necesidad e importancia de intervenir a edad temprana.....	21
1.8 Conclusiones	22
CAPITULO 2.....	24
Intervención cognitiva- conductual en problemas de conducta.....	24
2. Introducción	24
2.1 Intentos fallidos para solucionar los problemas de conducta.....	24
2.2 Concepto	26
2.3 Tipo de Aplicación	27
2.3.1 Intervención cognitivo conductual individual.....	28
2.3.2 Intervención cognitivo conductual grupal	28
2.4 Antecedentes del Tratamiento cognitivo conductual en trastornos de conducta en niños y adolescentes.....	29
2.4.1 La teoría conductual.....	29
2.4.2 Aprendizaje social.....	29
2.4.3 Autocontrol	29
2.5 Líneas de abordaje.....	30
2.6 Limitaciones	30
2.7 Técnicas cognitivo conductuales para problemas de conducta.	32
2.8 Conclusiones.....	35
CAPÍTULO 3.....	37
Metodología y aplicación práctica.....	37
3. Introducción	37
3.1 Metodología	37
3.1.1 Población	37
3.1.2 Muestra.....	38
3.1.3 Procedimiento.....	38
3.2 Instrumentos de evaluación psicológica.....	39
3.3 Fase de desarrollo.....	41
3.3.1 Objetivo General	41

3.3.2	Objetivos específicos.....	41
3.3.3	Descripción de técnicas Cognitivos- Conductuales	42
3.3.3.1	Programa de orientación a padres de niños desafiantes.....	42
3.3.3.2	Resolución de problemas.....	46
3.3.3.3	El semáforo	47
3.3.3.4	El termómetro del enojo	47
3.3.3.5	Técnicas del Buda	48
3.3.3.6	Entrenamiento en Autoinstrucciones	48
3.3.3.7	El freezer del enojo	49
3.3.3.8	Técnica de comunicación positiva	49
3.4	Ejecución de la Investigación	50
3.4.1	Lugar	50
3.4.2	Duración.....	50
3.4.3	Tipo de aplicación	50
3.4.4	Número de sesiones	50
3.4.5	Evaluación de las sesiones.....	51
3.5	Conclusiones.....	51
CAPITULO 4.....		52
Análisis de los resultados		52
4.	Introducción.....	52
4.1	Análisis cuantitativo.....	52
4.2	Análisis cualitativo.....	57
4.3	Discusión de los resultados	58
4.4	Conclusiones	59
5.	Recomendaciones	60
6.	Limitaciones	60
7.	Bibliografía	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Porcentaje de Problemas externalizantes de la muestra seleccionada con la Aplicación del cuestionario de conducta infantil, versión padres y profesores.....	55
Figura 2: Diagnóstico inicial, de los cinco casos con problemas externalizantes.....	55
Figura 3: Diagnóstico final de los cinco casos con problemas externalizantes.....	56

Figura 4: Avances antes y después de los casos, retest del cuestionario Infantil, versión padres (CBCL).....57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción del sexo y edad de la muestra.....	38
Tabla 2: Interpretación de los puntajes T.....	41
Tabla 3: Porcentaje de niños con problemas de conducta, acorde al cuestionario de profesores.....	52
Tabla 4: Porcentaje de niños con problemas de conducta, acorde al cuestionario de padres...	53
Tabla 5: Problemas Conductuales por sexo, acorde al cuestionario TRF (Profesores) y CBCL (Padres).....	54
Tabla 6: Niños con problemas Externalizantes y los principales indicadores conductuales...	54

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Modelo de Historia Clínica.....	70
Anexo 2: Cuestionario de Conducta Infantil CBCL.....	72
Anexo 3: Cuestionario de Conducta Infantil TRF.....	76
Anexo 4: Cronograma de Actividades para la intervención de padres.....	81
Anexo 5: Cronograma de Actividades para la intervención de niños.....	84
Anexo 6: Plantilla de Calificación del cuestionario de conducta infantil CBCL y TRF.....	86
Anexo 7: Historias Clínicas de los casos y evoluciones	90
Anexo 8: Modelo de Consentimiento informado para la aplicación e intervención.....	125

DEDICATORIA

Esta tesis, quiero dedicar en primer lugar a Dios, quién ha hecho que esto sea posible, por darme fortaleza y sabiduría para no equivocarme en el camino; a mis padres Hugo Quito y Lourdes Zea, por su apoyo y comprensión, convirtiéndose en unos grandes amigos que me han sabido guiar aceptándome tal como soy, con su amor incondicional para nunca dejarme rendir, a mi abuelo Rodolfo quién fue un gran ejemplo de vida al cuál admiró mucho, a mis hermanos Andrés y Valentina, por su apoyo y cariño fraternal que alegran mis días; a Fernando Cueva por su apoyo, durante este proceso; a mis abuelas, tíos, primos, amigos y conocidos que de alguna manera me ayudaron a cumplir esta meta.

AGRADECIMIENTO

El más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios, quién me ha sabido guiar en este camino con su misericordia, siendo el motor de mi vida; a mis padres por su sacrificio, apoyo, amor incondicional y confianza han estado siempre en todo momento, a mis hermanos por estar siempre conmigo apoyándome y como no agradecer a las personas que estuvieron junto a mí y que de cierta manera me han ayudado a realizar este proceso.

A mi directora de tesis PhD. Ana Lucía Pacurucu, por ser una excelente profesional y haber guiado el desarrollo de este proceso, además por su apoyo, tolerancia y dedicación; a mi tribunal por su gran conocimiento y aporte de críticas constructivas que han enriquecido el desarrollo de este trabajo; a mis profesores que han fomentado en mi persona un gran aprendizaje para la vida profesional.

Además un agradecimiento especial a la directora y a la psicóloga educativa de la Unidad Educativa Iván Salgado, por haberme dado apertura para poder realizar este proceso; al Dr. Fernando Cordero por la oportunidad de realizar la aplicación de la tesis en los consultorios UDA; a los estudiantes y padres que participaron en la aplicación e intervención de este proceso.

RESUMEN

El presente proyecto se realizó con niños de 8 y 9 años de la Unidad Educativa Iván Salgado y cuyo objetivo fue, la Intervención Psicológica en problemas Conductuales

En la fase inicial, se aplicó el cuestionario de Conducta Infantil, versión padres (CBCL) y versión profesores (TRF) y la aplicación de la historia clínica, a partir de esta información se elaboró una planificación terapéutica, basada en la intervención cognitiva conductual, la misma que consistió en 8 sesiones para los padres y 8 sesiones con los niños, con una frecuencia de dos veces por semana.

Se realizó la aplicación de un retest con los mismos cuestionarios, evidenciándose el progreso de cada paciente, en cuanto a mejorar la relación de los padres, establecer normas, mecanismos para resolución de problemas, autocontrol y disminución del comportamiento agresivo.

Se concluye que el apoyo psicoterapéutico para niños y padres es beneficioso, ya que permite la disminución de conductas disruptivas en casa y en el aula de clases.

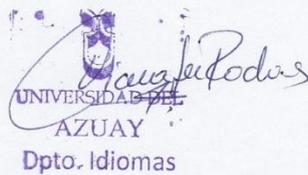
Palabras claves: Intervención psicológica, problemas conductuales, intervención cognitiva conductual.

ABSTRACT

This research project was carried out with 8 and 9 years old children attending *Ivan Salgado* Educational Institution, and its objective was the Psychological Intervention in Behavioral Problems. The parents' version (CBCL) questionnaire on Infant Behavior, as well as the teachers' version (TRF) and the application of the medical history were applied in the initial phase. Based on this information, a therapeutic planning focus on cognitive behavioral intervention was developed. This plan consisted of 8 sessions for the parents and 8 sessions with the children, with a frequency of two times a week. A retest with the same questionnaires was applied; evidencing the progress of each patient in terms of improving parents' relationship, establishing norms, mechanisms for problem solving, self-control and reduction of aggressive behavior.

It is concluded that psychotherapeutic support for children and parents is beneficial, since it allows the reduction of disruptive behaviors at home and in the classroom.

Keywords: Psychological Intervention, Behavioral Problems, Cognitive Behavioral Intervention.



Lourdes Crespo
Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente investigación es detectar la presencia de problemas conductuales en niños de 4to de básica de la Escuela Iván Salgado, proponer una intervención y detectar si existen mejoras en su conducta después de la intervención psicológica.

Los problemas conductuales, son manifestaciones de emociones de una manera destructiva, con la intención de hacer daño a lo que le rodea, la persona que presenta un problema de conducta se caracteriza por no respetar las reglas, desafiar a la autoridad, comportamiento agresivo hacia los demás, generando un malestar a nivel social y para las personas que lo rodean. Los problemas de conducta pueden aparecer en cualquier etapa de la vida.

Los lugares en donde existen un mayor índice de problemas conductuales son en las escuelas, el docente en varias ocasiones por tratar de lidiar y mejorar estas dificultades sin una adecuada intervención, agravará la situación generando mayores dificultades en la persona que lo presenta. Por lo tanto el detectar e intervenir de manera adecuada con los problemas conductuales, generará en la persona un buen pronóstico, mejorando su estilo de vida, ya que el individuo será capaz de tener un mayor autocontrol, disminuyendo su comportamiento agresivo, aumentará la capacidad de resolver los conflictos y mejorará sus habilidades sociales y asertividad.

El desarrollo de esta investigación consta de cuatro capítulos, en el primer capítulo se expone el concepto de problemas de conducta, sus características, etiología, factores, prevalencia, teorías de los problemas de conducta, tipos de problemas conductuales evaluación, diagnóstico e importancia de intervenir a tiempo.

En el segundo capítulo se habla sobre la terapia cognitiva conductual, centrándose en las características que presenta, tipos de intervención, la terapia cognitiva conductual en niños, las limitaciones que puede presentar y las técnicas cognitivas conductuales que se utilizaran tanto para la intervención con niños como con los padres.

El tercer capítulo abarca la metodología utilizada para la detección de problemas conductuales y elaboración de la intervención psicológica en problemas conductuales. Esta investigación se realizó en la Unidad Educativa Iván Salgado, para la detección se aplicaron los Cuestionarios de comportamiento infantil (versión padres y profesores), realizado por Achenback (2001) a los padres y profesores de los niños de cuarto de básica. Posteriormente

los niños que fueron seleccionados se realizaron la historia clínica, con la finalidad de profundizar y proceder a la intervención.

Después se presenta, la planificación de las técnicas a utilizar y finalmente la Ejecución y cierre, la duración del proceso terapéutico es de 8 sesiones para los padres y 8 sesiones para los niños aplicándose de manera individual.

El cuarto capítulo se evidencia el análisis de los resultados obtenidos tanto de la intervención por medio del retest aplicado, como de los resultados obtenidos de la calificación de los cuestionarios en cuanto a problemas externalizantes e internalizantes, utilizándose el paquete estadístico spss, versión 23. Cumpliéndose con los objetivos establecidos de la terapia.

Finalmente se expone las respectivas recomendaciones y conclusiones del presente trabajo investigativo.

CAPITULO 1

PROBLEMAS CONDUCTUALES

1. Introducción

Los problemas conductuales, son manifestaciones de emociones de una manera destructiva, con la intención de hacer daño. Los problemas de comportamiento son muy frecuentes en cualquier etapa de la vida de los individuos, uno de los lugares más comunes en el que aparecen estos problemas, son en las instituciones educativas, en donde los profesores manifiestan que dentro del aula, se les dificulta continuar con las clases, debido a la presencia de niños y niñas que presentan conductas inadecuadas. Los niños y niñas que presentan un problema conductual se caracterizan por no acatar reglas, oposición hacia la autoridad, molestar en clases y la realización de actos violentos.

Por otra parte la etiología de los problemas de conducta es multicausal, considerándose los factores personales, familiares, ambiente escolar y social, cada uno de estos factores se debe profundizar con la finalidad de poder indagar en el origen del problema. Además existen teorías que explican desde cada enfoque los problemas conductuales como la teoría biológica, apartando la personalidad del individuo, también se encuentra la teoría psicológica que incluye la teoría cognitiva- conductual, la humanista y la teoría sociológica. La teoría que se pondrá en práctica en la investigación será la teoría cognitiva conductual con el objetivo de reestructurar el pensamiento del niño para poder modificar la conducta del mismo. Para detectar si un niño presenta o no un problema conductual se debe considerar pautas, el juicio crítico del especialista, aplicación de escalas estandarizadas y guiarse por un manual estadístico de trastornos mentales como el DSM 5 (2015), ya que algunas veces por la falta de profesionales en los centros de salud y el no realizar una evaluación profunda suelen pasar desapercibidos estas manifestaciones, desencadenándose un trastorno de conducta con consecuencias a largo plazo.

1.1 Definición de problema conductual

La conducta que es considerada dentro de lo “normal”, le permite a la persona desenvolverse, acatando exigencias que le impone la sociedad, con la finalidad de establecer un equilibrio y control, consiguiendo sus necesidades. Pero cuando se evidencia conductas que no respetan las normas dictadas por la sociedad, emitiendo respuestas inadecuadas ante

situaciones que presenta el individuo, se puede decir que la persona presenta un problema, de no ser tratado a tiempo se desarrollará un trastorno de Conducta. (Rodas, 2007).

Briggs, Carter, Bosson, Guyer y Horwitz (2006) definen los problemas conductuales como dificultades sociales y emocionales, presentando varias conductas inaceptables en niños y niñas. Estos problemas conductuales se denominan externalizantes al igual que la agresión, hiperactividad, impulsividad e inatención.

Mientras que Pino (2011), señala que los problemas conductuales, son comportamientos desadaptativos, en el que la persona no puede pensar de forma compleja, además manifiesta las emociones de ira, tristeza, dolor de una manera destructiva y agresiva con la intención de hacer daño a la otra persona, causando un malestar significativo.

Otro concepto de problema conductual es, el de los autores Velásquez y Frola (2011) indicando que los problemas de conducta son comportamientos que desde un punto de vista subjetivo se consideran fuera de lo aceptable a lo que, según la sociedad considera una conducta aceptable. Además mencionan algunas características de los niños que presentan problemas conductuales:

- Molesta a sus compañeros, de manera verbal o física.
- No respeta las cosas de los demás.
- Se roba, o atrapa las cosas de los demás sin pedir.
- No obedece las indicaciones de los adultos.
- Interrumpe a los demás compañeros.
- Desafía a la autoridad.

Por otra parte Fernández (2001) propone las siguientes características de conductas disruptivas que causan un malestar significativo en el aula:

- Violar normas y reglas establecidas dentro del aula como por ejemplo: hablar en clases, molestar a los compañeros, etc.
- No cumplir o alterar las tareas que se le asigna.
- Oposición y desafío ante la autoridad.
- Agresividad hacia sus compañeros.
- Bajo rendimiento escolar

Para determinar cuando un niño es agresivo, hay que tener en consideración el significado de esta palabra, por esta razón Rodas (2007) explica que la agresividad consiste en una actividad variable, en el que incluye desde comportamientos físicos inadecuados, hasta gestos o verbalizaciones con el fin de conseguir varios propósitos. Además uno de los efectos negativos de la agresividad, es que causa un malestar significativo a padres y profesores del niño que lo presenta, ya que muchos de los cuidadores no tienen conocimientos de cómo tratar al niño para cesar dicho comportamiento agresivo y cambiarlo. Si este comportamiento no es tratado a tiempo o se lo previene, puede desarrollarse un trastorno, especialmente relacionado con conductas antisociales, agresividad persistente en la adolescencia y adultez y por consiguiente se puede manifestar problemas académicos, de adaptación con el entorno, en el caso de que se tratara a tiempo, mejoraría el pronóstico.

Por lo tanto se puede concluir claramente, que un problema de conducta es considerado cuando un individuo, actúa en contra de las normas que rigen la sociedad, presentando manifestaciones de sus emociones de una manera destructiva, con la intención de hacer daño a lo que le rodea, presentándose como consecuencia un malestar significativo tanto a nivel social como emocional. En los lugares más frecuentes en donde se puede evidenciar problemas de comportamiento son en las escuelas. Tanto los profesores como los padres emiten un criterio para considerar si el niño presenta o no un problema, siendo una opinión subjetiva a la vez, sin embargo los niños que manifiestan una conducta inadecuada se caracterizan por molestar a sus compañeros, desafiar la autoridad, no acatan normas y presentan agresividad hacia sus pares. Para detectar el origen de un problema de conducta se debe considerar los factores que intervienen en el desarrollo del comportamiento disfuncional, de esta manera se facilitará y se planteará objetivos que guiarán a una adecuada intervención.

1.2 Etiología de los problemas conductuales

Bunge, Gomar y Mandil (2009) afirman que la etiología de los trastornos Conductuales son multicausales. Henao (2005) considera que existen factores personales, familiares, y escolares. Verlinden, Hersen y Thomas (2000) agrega el factor social, todos estos factores mencionados son multicausales, por lo que se debe analizar cada uno de ellos de manera exhaustiva.

1.2.1 Factores personales

1.2.1.1 Características del niño: los niños que presentan características de irritabilidad, hiperactividad, impulsividad, problemas para controlarse y mantener la atención, presentan alto riesgo de mostrar problemas de conducta y conducta antisocial, que los niños que no presentan tales características (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro y Barragán, 2002). Por otra parte también, dentro de las características del niño intervienen los factores neurobiológicos, estos factores influyen en su temperamento y en el funcionamiento de las áreas de la corteza prefrontal orientadas a la planificación, inhibición y control de las conductas. (Barkley, 2000).

1.2.2 Factores familiares

Dentro de los factores familiares se encuentra las características de los padres y el ambiente familiar.

1.2.2.1 Características de los padres: Ayala et al. (2002) afirman que existe una relación entre la conducta disruptiva y características de los padres en cuanto a la interacción con sus hijos. Mientras que Greene y Ablon (2006) indican que las características de los padres en relación con la conducta de los niños se producen por presentar déficits en la flexibilidad o adaptabilidad, en la tolerancia a la frustración o en la resolución de problemas. Así como también la disfuncionalidad a nivel familiar tales como: conflictos de pareja, las emociones negativas y pesimistas (Bradley et al. 2003) y el abandono de los padres a los hijos, son factores que pueden influir en el desarrollo de problemas conductuales en los niños (Dadds, Maujean y Fraser, 2003).

1.2.2.2 Ambiente familiar: Otros autores consideran que los niños que han sido diagnosticados con conductas agresivas, provienen de familias disfuncionales, con indicadores de agresividad, problemas sociales y problemas de alcohol (Norono, Cruz, Cadalso y Fernández, 2002). Los niños que viven en hogares violentos en el futuro pueden desencadenar problemas sociales y conductas agresivas, siendo en la adolescencia agresores (Fondo de las Naciones Unidas, 2006, citado en Cid et al. 2008).

1.2.3 Factor escolar

Es importante el ambiente escolar, Maturana y Dávila (2006) afirman que las interacciones con sus compañeros y profesores fomentan un buen desarrollo académico y a su vez la autovalía. Por otra parte Freire (2004) considera que si el profesor guía a sus alumnos de manera adecuada, ayudándoles a formar y establecer el conocimiento, se obtendrán alumnos

libres, para desenvolverse en la sociedad, al igual que si los profesores enseñan a sus alumnos a fomentar el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, se obtendrá empatía, buen aprendizaje, motivación y mayor participación, de lo contrario si el profesor no propicia un ambiente adecuado se puede generar problemas conductuales.

Otro factor escolar que interviene en los problemas conductuales es la percepción del docente, es decir los prejuicios, pocas expectativas de rendimientos hacia los alumnos, problema del docente para estructurar el currículo, falta de métodos de enseñanza y valores adecuados (Jadue, 2002)

1.2.4 Factor social

En el entorno se proyecta gran material de contenido violento, como por ejemplo los medios de comunicación, ya que afecta de una manera cognitiva, emocional y conductual en los niños, a su vez la conducta violenta aprendida de sus padres o los estilos de crianza rígidos promueve el desarrollo y aparición de problemas de conducta (Pérez, Pinzón, González y Sánchez, 2005).

Cada factor mencionando anteriormente proporciona pautas para indagar sobre la aparición del problema conductual. Dentro de los Factores individuales hay que tener en cuenta las características del niño, según estudios han confirmado que niños irritables, con problemas de atención e hiperactividad son un punto blanco para desarrollar dificultades de comportamiento, así como también se debe considerar los aspectos biológicos y psicológicos. En cuanto a los factores familiares, hay que profundizar sobre la relación entre los padres, estilos de crianza. En el factor escolar, depende del rol y guía del tutor a cargo de los niños, ya que cuando el tutor carece de empatía y capacidad de desarrollar y promover un buen ambiente escolar tanto emocional como intelectual se puede desencadenar problemas conductuales. El factor social se encuentra ligado al contenido de violencia que se transmiten en los medios de comunicación siendo como una vía de influencia en los niños. Así como es importante determinar cada factor, también hay que tener en cuenta las teorías del problema conductual indagado desde varios enfoques.

1.3 Teorías del trastorno de la conducta

Dentro de las teorías del trastorno de conducta se encuentra la teoría genético- hereditario, teorías psicológicas y la teoría sociológica

1.3.1 Teoría Genético- Hereditaria: los trastornos conductuales se basan en factores biológicos y neurológicos en el que intervienen procesos de excitación e inhibición de los estímulos que se exteriorizan, presentando un mal funcionamiento en los procesos de la actividad nerviosa manifestándose como respuesta a una conducta inadecuada (Rodas, 2007).

1.3.2 Teorías Psicológicas: incluyen aspectos de la personalidad del individuo, los conductistas indican que los trastornos de conducta están ligados a problemas de aprendizaje de comportamientos adaptativos, es decir estos problemas conductuales, se adquieren por la exposición ante situaciones difíciles, sin embargo la teoría conductista se enfoca en el comportamiento ante estímulos específicos, apartando los motivos, emociones o personalidad de la persona que podrían intervenir en el comportamiento. Existen tres mecanismos en el que se explica el aprendizaje de una conducta, los cuales son: el condicionamiento clásico, condicionamiento operante y condicionamiento vicario. La intervención de los problemas conductuales se encuentra encaminada en eliminar las conductas disruptivas y sustituirlas por otras (Cugat, 2013). Rodas (2007) indica que la intervención se encuentra dirigida en la modificación de la conducta de manera consciente. Además esta teoría recalca que el trastorno conductual no es una enfermedad o incapacidad, sino más bien, un acto que se produce ante situaciones difíciles.

1.3.2.1 Teoría cognitivo: como evolución de la teoría conductista se encuentra la teoría cognitivo-conductual, propone que las conductas que se presentan en los niños se debe a la manera en la que perciben e interpretan las situaciones (Díaz, 2005). La intervención se focaliza en modificar y reestructurar el pensamiento de los niños en cuanto al comportamiento (Caseras, Fullana y Torrubia, 2002).

1.3.2.2 Teoría Humanista: se encuentra centrada en la comprensión y capacidad interior del hombre con el objetivo de alcanzar una meta, y formar su desarrollo, considerando la personalidad como única, guiada por fuerzas que mantienen, recuperan y contribuyen al desarrollo del individuo encaminado hacia la autorrealización, el trastorno aparece cuando una de estas fuerzas se bloquean impidiendo al individuo seguir con su realización (Rogers, Maslow, Allport en Gonzales, 1994, citado en Rodas 2007)

1.3.3 Teoría sociológica: considera al trastorno de conducta como el resultado de la interacción social en el que se desarrolló el sujeto, atribuyéndole también a varias causas

multifactoriales como lo biológico, psicológico y social, agrupando y proyectándose en la personalidad del individuo generando problemas educativos y de relación (Rodas, 2007).

Se puede concluir que existen varias teorías, como la teoría genético hereditario, centrándose básicamente en factores biológicos y neurológicos, apartando la importancia de la personalidad, mientras que la teoría psicológica se encamina en la importancia de la personalidad, el pensamiento, comportamiento del individuo, y la teoría sociológica considerando los factores sociales. Cada teoría se encuentra argumentada y validada por varios expertos. La teoría y enfoque en el cual se va a centrar la presente investigación, es la teoría cognitiva conductual, ya que esta teoría es la más acertada y adecuada para intervenir en los problemas conductuales, con la finalidad de reestructurar el pensamiento del individuo, para modificarlo o sustituir la conducta disfuncional por una más aceptable.

Los problemas de comportamiento son más comunes de lo que se cree, por lo que existen varios estudios alrededor del mundo, en el que demuestran el porcentaje de trastornos y problemas de conducta.

1.4 Prevalencia y epidemiología de los trastornos de conducta

Tursz (2001) explica que existen ciertos conflictos al realizar estudios epidemiológicos, acerca de los trastornos mentales en la población infantil, debido a varios factores como: dificultades nosológicas, necesidades de varios informantes para recoger las historias del niño que se quiere evaluar o falta de instrumentos fiables que permitan hacer un diagnóstico. La gran mayoría de estudios epidemiológicos, han sido realizados en EEUU.

En relación con la prevalencia de problemas conductuales los autores Collishaw, Maughan, Goodman y Pickles (2004) afirman que estos problemas han ido aumentando desde 1970 hasta el 2004. De esta manera la prevalencia de problemas de conducta es de 3,3%, mientras que la prevalencia de problemas conductuales, afectivos, del desarrollo y alimentarios fue de un 15 % (Wadell y Sheperd, 2008). Moffitt y Scott (2009) en otro estudio con niños escolares y adolescentes encontró una prevalencia de 5 a 10 % de problemas conductuales en la población general, con un predominio significativo en varones, con relación a la mujeres, con una cifra de 2,5:1. Otros autores como Almonte, Montt y Correa (2003) obtuvieron resultados en población de escolares, en el que se determinó que el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial representa un 12%, presentándose el trastorno oposicionista desafiante en gran mayoría en la etapa escolar alrededor de 6 y 8 años.

En relación con la ciudad de Cuenca, se han encontrado estudios, relacionados con la prevalencia de problemas conductuales en donde los autores Pesántez, Farfán y Carpio (2013) han realizado un estudio con una muestra de 184, alumnos de primero y segundo de básica encontrando que un 20% es decir unos 33 alumnos presentan problemas de Conducta.

Los problemas conductuales en la edad de escolares y adolescentes se han dado en gran porcentaje, por lo que requiere de atención e intervención. Además se debe tener en cuenta que dentro de los problemas conductuales existen clasificaciones como se verá en el siguiente apartado.

1.5 Tipos de problemas conductuales

De acuerdo al DSM IV (2005) la clasificación de los problemas de conducta está dividido en dos grupos: el primer grupo conformado por: hiperactividad, Conducta disruptiva, negativismo desafiante, conducta violenta y el segundo grupo conformado por: introversión, aislamiento y depresión infantil, en este apartado se enfocará solo en el primer grupo denominado como los excesos conductuales.

El desorden negativista desafiante, la conducta agresiva, déficit de atención con o sin hiperactividad, se han tomado en cuenta como tipo de problema, ya que si no se detecta e interviene de manera adecuada se pueden convertir estos problemas conductuales en comportamiento antisocial o de consumo de drogas (Frick y White, 2008).

Velásquez y Flora (2011), definen los siguientes tipos de problemas Conductuales:

1.5.1 Hiperactividad: es el primer nivel y el menos complejo de los problemas conductuales caracterizado por un exceso de movimiento debido a una crianza incorrecta por parte de los padres, falta de reglas y normas en la casa, lo cual no se ha desarrollado un sistema que permita al niño actuar de manera propia, el 1% de los casos que se han encontrado de niños con hiperactividad están ligados a una disfunción neurológico, motivo por el cual cuando se diagnostique a un infante con hiperactividad se debe tener en cuenta exámenes neurológicos.

1.5.2 Conducta disruptiva: es el segundo nivel y no, el tan complejo de los problemas conductuales se caracteriza por un exceso de actividad, no se caracteriza por ser agresivo, ni hostil, con la intención de llamar la atención y aceptación de un grupo, no genera molestias cuando se interviene a tiempo.

1.5.3 Negativista desafiante: es el tercer nivel, considerado grave en los problemas conductuales se caracteriza por la oposición del niño a la autoridad. No sigue las indicaciones dadas por los mayores, se niega a cumplir órdenes, se resiste ante reglas y límites del docente. Si no se trata a tiempo puede ocurrir lo que se conoce como rechazo grupal por parte de los compañeros hacia el niño negativista, generándose una conducta violenta, en el niño rechazado.

1.5.4 Conducta violenta: Es el cuarto nivel, llegando a aumentar la complejidad se caracteriza porque el niño agrede, y empieza a pelear con sus compañeros, el docente trata de manejar la situación hablando con los padres y corrigiendo al alumno pero no da resultado, por lo que se ve la necesidad de remitir a algún especialista.

Los tipos de problemas conductuales van a variar en cada niño, pero para que no se prolongue y se convierta en un trastorno hay que detectar a tiempo guiándose por pautas, que proporcionen indicadores de problemas conductuales.

1.6 Pautas, evaluación y diagnóstico para considerar un problema conductual

Como ya se ha mencionado anteriormente, el problema conductual es la manifestación de comportamientos y emociones de una manera inaceptable. El Royal College of Psychiatrists en el 2001 presentó los siguientes criterios para considerar un problema de conducta:

a) En cuanto a la conducta, tiene que ver la frecuencia, gravedad o duración, para que sea atendido, para una evaluación o intervención.

b) El problema conductual no se encuentra ligado directamente por otro trastorno psiquiátrico, efectos de medicamentas o problemas físicos.

c) Presenta uno de los siguientes rasgos:

- Gran impacto en la vida de la persona o familiares

- Este problema afecta en la salud o seguridad de la persona, familiares o personas que le rodean.

d) Persistencia y dominancia.

Gardner et al. (2006) indica que en el caso de que exista un trastorno psiquiátrico y problema conductual no existe siempre una relación causal, ya que el problema conductual se

puede presentar por varios factores, considerándose como el resultado de una interacción negativa entre la persona, en relación con su patrón biológico, psicológico, entorno físico y nivel social.

En cuanto a la evaluación se puede decir que detectar un problema de conducta en los niños puede resultar difícil, debido a los cambios que presentan en el desarrollo, y consideración de las conductas que presentan en cada edad y en qué medida el niño se adapta. (A. Gómez et al. 2014).

La CEDEP (1983) afirma que, en las evaluaciones que se realicen a los niños, interviene una persona adulta, ya sea padre, tutor o profesor, sin embargo la perspectiva del adulto hacia el niño en cuanto a la conducta va a depender de los valores y medio cultural.

Dentro de la evaluación del niño es importante el uso de escalas de evaluación comportamental estandarizadas y validadas, que estén relacionadas con los criterios del DSM IV (Jensen, Edelbrock, 1999). Uno de los instrumentos de evaluación más utilizados han sido los cuestionarios estandarizados (Edelbrock, Crnic y Bohnert, 1999). Además de realizar la aplicación de instrumentos estandarizados, se debe efectuar una entrevista como recolección de datos del paciente, la entrevista puede ser estructurada o abierta, considerando que esta entrevista se realice con el paciente y luego confirmarlo con un familiar, en el caso de los niños, se realiza la entrevista a los padres o cuidadores del menor. Sin embargo para emitir un diagnóstico hay que tener en cuenta la entrevista realizada al paciente, interpretaciones intuitivas del profesional, criterios propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5, 2014) y resultados de la aplicación de métodos con escalas estandarizadas, ya que se obtendrá información cuantitativa, objetiva, precisa y fiable (Colimon, 1990).

1.7 Carencias en la gestión de servicios de salud mental, necesidad e importancia de intervenir a edad temprana.

Los centros de servicios generales de salud mental, se encargan de realizar diagnósticos, tratamientos, servicios auxiliares, salud, etc. Pero varios de estos servicios no se encuentran capacitados adecuadamente para brindar un tratamiento enfocado en el aspecto biopsicosocial, profundizando la problemática del paciente, por la falta de profesionales especializados en áreas específicas en el cual no se puede brindar un servicio de calidad, presentándose cierta limitación en el área biomédica, psicológica y social, debido a la presencia de la utilización

excesiva de medicamentos psicotrópicos y falta de procedimientos conductuales y ambientales para tratar problemas conductuales. Un buen servicio de apoyo es eficaz para realizar un diagnóstico y de esta manera realizar una intervención basado en un tratamiento centrado a profundidad en la intervención de factores desencadenantes de los problemas conductuales (Gardner et al. 2006)

Los estudios con preescolares han presentado cierta escases, teniendo en cuenta que se requiere de gran ayuda detectar los problemas conductuales a edad temprana, para tener una intervención, desarrollar talleres y mejorar la calidad de vida del niño, a la vez que se prevendrá el desarrollo de una patología a largo plazo, teniendo en cuenta que existe una correlación entre la psicopatología infantil y la adulta (CEDEP, 1983).

Cuando un problema conductual no se detecta a tiempo se presentan las siguientes consecuencias:

- Moffit (1993), afirma que los trastornos de conducta cuando se inician en la niñez, presenta mayor desadaptación, mayor factor de riesgo y peor pronóstico a comparación del que se inicia en la adolescencia.
- Limita la participación del mismo en situaciones sociales, educativas, vocacionales y recreativas, perjudicando en su desarrollo (Gardner et al. 2006).
- Problemas de autoestima, ansiedad, depresión, dificultades a nivel escolar y de aprendizaje (Pino ,2011).

1.8 Conclusiones

Es importante considerar el concepto de problema conductual, ya que tanto niños como adultos lo han presentado en alguna etapa de la vida. Este problema conductual se ha presentado de manera común especialmente en instituciones educativas, debido a la falta de conocimientos por parte de los profesores para lidiar con estos problemas. Siendo de gran importancia tratarlos a tiempo para mejorar el pronóstico de la persona que lo padece. Por otra parte la etiología de estos problemas es multicausal, interviniendo los factores individuales como las características del niño, factores familiares, factor escolar y social. Por otra parte también existen varias teorías que respaldan la existencia de los problemas conductuales como es la teoría genético-hereditario, psicológico y sociológico. El diagnóstico de los problemas conductuales debe consistir en un estudio exhaustivo que abarquen factores personales, familiares, escolares y sociales, además de cuestionarios validados y estandarizados por expertos, manual diagnósticos

de trastornos mentales como el DSM 5 o el CIE 10, el juicio y la experticia de un profesional. Cuando un niño no es tratado a tiempo puede desencadenar problemas de autoestima, ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, deficiencias sociales, etc.

CAPITULO 2

INTERVENCION COGNITIVA- CONDUCTUAL EN PROBLEMAS DE CONDUCTA

2. Introducción

Este capítulo abordará el tema, de la intervención cognitiva conductual en problemas de conducta. Partiendo desde la perspectiva, de que los docentes cuando observan una conducta disfuncional en el aula tratan de modificarla, pero si no se tiene un plan o estrategia adecuada, se desencadenan consecuencias denominándose actos fallidos, por esta razón es necesario remitir a los niños a centros psicológicos para una adecuada intervención. La intervención que se tendrá en cuenta es la terapia cognitivo conductual, ya que presenta un soporte teórico que garantiza ser una buena opción para tratar estos problemas conductuales, caracterizándose por ser breve, directiva y trabajar con el síntoma. En relación a la terapia cognitiva con niños, debido a limitaciones como la parte intelectual, poca motivación o desarrollo del niño es recomendable trabajar también con los padres, los objetivos van encaminados a mejorar la solución de problemas, presentar mecanismos de autocontrol para disminuir el comportamiento agresivo, reestructurar el pensamiento del niño con la finalidad de modificar su conducta disfuncional, en cuanto a los padres se les brinda estrategias para poder comprender y mejorar la conducta de sus hijos. Las técnicas que se emplearán en el estudio serán: resolución de problemas, contingencias, entrenamiento en autoinstrucciones, habilidades sociales y autocontrol, estas técnicas se aplicarán a los niños y la estrategia de intervención del programa de Barkley se aplicará a los padres.

2.1 Intentos fallidos para solucionar los problemas de conducta

Cuando el docente, consigue detectar al niño que presenta un problema conductual, trata de modificar su conducta, sin embargo en la mayoría de los casos, suele intensificarse y no solucionarse, considerándose intentos fallidos por parte del profesor.

Los autores Velásquez y Frola (2011) mencionan los siguientes intentos que utilizan los profesores para modificar la conducta:

- **Aniquilación pasiva:** Son actitudes descalificadoras por parte del profesor hacia el niño que presenta una conducta inadecuada, consiste en hacerlo quedar mal, discriminarlo ante el grupo, castigarlo a largo plazo o compararlo con niños que presentan una buena disciplina. Las consecuencias que puede tener la aniquilación pasiva es, afectar la autoestima del niño, atentando contra su imagen.

- **El complot:** Se aplica varias veces, cuando el problema se intensifica y se encuentra fuera de control tanto para el profesor como para el centro de atención psicológico de la institución. En este caso suelen aliarse profesores y personal de la escuela para centrarse en los aspectos negativos, recolectando reportes de disciplina con baja conducta, quejas de los compañeros y padres de familia hacia el niño, con la finalidad de expulsarlo de la institución. Las consecuencias del complot es que, se genera en el niño una magnificación de la frustración, agresividad, etiquetación y rechazo, siendo en varias ocasiones difícil de combatir para el individuo. Esta táctica suele ser eficaz para el profesor ya que el niño es removido a otra escuela. Sin embargo la conducta del niño no desaparece, por lo que en su próxima escuela repetirá el mismo comportamiento, es decir este intento no elimina el problema, solo lo evita.

- **El síndrome del niño pelota parchada:** Cuando el niño ha sido etiquetado por agresivo, con un mal comportamiento, al tutor ya no le interesa realizar un plan de intervención para solucionar la situación, por lo que queda a la suerte y de esta manera irá rotando de escuela en escuela hasta que alguien intervenga, pero sin una adecuada intervención, por lo que como consecuencia el estudiante terminará en una deserción escolar y en lugares como la correccional.

Cuando el docente no posee de un conocimiento o programa de intervención adecuado para solucionar los problemas conductuales que ocurren en el aula, suele ocurrir consecuencias, ya que el profesor de cierta manera intenta solucionar las conductas desviadas. Sin embargo se intensifica el problema, generando conflictos de autoestima en los niños, la aparición de trastornos de conducta o deserción escolar.

Por esta razón se recomienda a los docentes que cuando, se presente un problema de conducta en el aula y no posea un buen conocimiento o plan de intervención, se debe remitir al niño a profesionales en el tema, con la finalidad de no agravar y producir cambios positivos a tiempo.

Una de las opciones que se puede tener en cuenta, cuando existen problemas de comportamiento y en lo que se va a centrar este trabajo de investigación, es en la “Intervención psicológica en niños con problemas conductuales”.

Kazdin (1993) menciona que al momento de realizar una intervención en niños con problemas conductuales, se puede aplicar cualquier tipo de corriente psicológica. Debido a que los problemas de conducta proporcionan información que puede ser abarcada por diferentes perspectivas psicológicas, ya sea psicoanalítica, centrado en el cliente, conductual, cognitivo familiar, etc.

En este caso la corriente psicológica que se empleará en la investigación será la corriente cognitiva conductual, debido a que se encuentra respaldada mediante varias investigaciones como la más eficaz para tratar trastornos de conducta.

2.2 Concepto

A continuación se darán a conocer algunos conceptos de la terapia cognitivo conductual.

Leahy (2004) manifiesta que la terapia cognitivo conductual es un enfoque psicológico que ha revolucionado la naturaleza del ser humano en todos sus aspectos, considerando desde una perspectiva psicosocial la importancia de factores cognoscitivos, factores desencadenantes, detonantes, mantenedores del comportamiento y problemas emocionales.

Mientras que el autor (Herman., s,f) considera lo siguiente: “La terapia cognitivo conductual, plantea que los patrones de pensamientos desadaptativos o fallidos causan conductas disfuncionales y emociones “negativas” (conductas desadaptativas son conductas que son contra productivas o interfieren con el diario vivir). El tratamiento se enfoca en cambiar los pensamientos de los individuos (patrones cognitivos) con el objetivo de cambiar su conducta y su estado emocional” (p. 19).

Además el mismo autor afirma que la terapia cognitivo conductual es amplia e incluye una serie de terapias similares como la terapia racional emotiva conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia racional del buen vivir, la terapia cognitiva, la terapia dialéctica conductual, la terapia de los esquemas, etc. Todas estas terapias comparten particularidades similares por lo que el autor (Mahoney, 2003) cita las siguientes características:

- Se basa en un modelo cognitivo, enfocado en las respuestas emocionales, fundamentando en que los pensamientos tienen un rol importante, ya que causan las conductas y emociones, descartando los acontecimientos externos.

- Es breve y de tiempo limitado, el número que sugieren es de 8 a 22 sesiones aproximadamente, la duración de las sesiones depende de la situación y problemática del paciente.

- Las técnicas cognitivas conductuales son efectivas cuando existe una buena relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta, además de esto también el crear un buen clima ayuda a mejorar la situación.

- Ayuda a las personas a mejorar su estilo de vida, por medio de la reestructuración cognitiva, es decir cambiando sus pensamientos negativos por unos más adaptativos.

- Se utiliza el diálogo socrático, por parte del terapeuta y además sugiere que constantemente el propio paciente lo realice.

- Es estructurada y directiva, es decir el paciente planifica las sesiones con técnicas, tareas intersecciones o temas y directiva ya que provee al paciente de estrategias para confrontar su situación.

- Presenta un modelo educativo para sus pacientes. El terapeuta explica la situación de cada problemática con la intención de que las personas reconozcan y modifiquen sus conductas.

- Se basan en un modelo inductivo, ayudando a que el paciente realice un autorazonamiento, alcanzando pensamientos generales de las situaciones y de esta manera aplicar a situaciones particulares de cada paciente.

- Las tareas intersecciones son primordiales, dentro de la terapia cognitivo conductual, ya que ayuda a reforzar lo aprendido y a poner en práctica en situaciones que se requiera.

Por lo tanto la terapia cognitiva conductual, considera que la conducta se debe al pensamiento de las personas, es decir si alguien presenta una distorsión, afecta directamente en la conducta externa del individuo. De esta manera el tratamiento se centra en la modificación del pensamiento, además se enfoca en el aquí y el ahora, analizando los factores detonantes, predisponentes y mantenedores que afectan en el comportamiento. Básicamente la terapia cognitivo conductual se caracteriza por: ser breve, limitada, directiva e inductiva presentando como complemento las tareas intersecciones.

2.3 Tipo de Aplicación

La terapia cognitivo conductual se puede aplicar de dos maneras ya sea individual o grupal.

2.3.1 Intervención cognitivo conductual individual: se asigna un terapeuta, estableciendo el número de sesiones puede ser de cinco a 20 sesiones, con una duración de 45 a 60 minutos. El terapeuta tiene que centrarse en observar, si el paciente es apto para la terapia cognitivo conductual, además tiene que establecer un buen ambiente y empatía. Conforme se avance las sesiones, el terapeuta encamina al paciente a determinar y detectar los pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales, y mediante técnicas ayudará a modificar y proporcionar al paciente estrategias para que pueda resolverlas, junto con las tareas intersecciones que reforzaran lo aprendido en la terapia. (Herman., s.f).

2.3.2 Intervención cognitivo conductual grupal: consiste en enseñar a los individuos habilidades, atender sus problemas y aplicación de técnicas conductuales. Las técnicas conductuales individuales son las mismas en la aplicación grupal, la finalidad de la terapia cognitivo conductual de grupo es que las personas intenten modificar conductas desadaptativas por unas más funcionales. Existen ventajas en el trabajo grupal como el modelamiento, la variedad de habilidades, estilos cognoscitivos, experiencias y respuestas de los pacientes generan más cambios. Además otra ventaja es que el grupo proporciona mayores oportunidades de practicar lo aprendido. Los grupos pueden ser en relación a la gravedad del problema, tipo de grupo heterogéneo u homogéneo, edad de los pacientes, la duración puede ser de 8 a 12 sesiones de una duración de una hora a dos horas (Alonso y Swiller, 1996).

Por otra parte el mismo autor manifiesta que la intervención psicológica por medio de la terapia cognitivo conductual se ha obtenido buenos resultados siendo aplicable en problemas como dificultades de conductas, problemas de habilidades, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de alimentación, abuso de sustancias, manejo de estrés, problemas de pareja, problemas familiares y trastornos de personalidad. La terapia cognitivo conductual, se puede aplicar a los padres de los niños con problemas de conducta recibiendo de esta manera enseñanzas sobre las habilidades y aplicando lo aprendido con sus hijos.

Tanto la intervención cognitivo conductual individual como grupal, generan resultados y cambios positivos en el paciente, las dos modalidades se caracterizan por presentar las mismas técnicas sin embargo cada uno presenta particularidades como en el caso de la intervención individual, se abarca de manera exhaustiva la problemática, mientras que en la grupal los individuos tienen más oportunidades de practicar lo aprendido, desarrollar habilidades y las respuestas de los miembros del grupo brindan a cada uno más alternativas de solución.

2.4 Antecedentes del Tratamiento cognitivo conductual en trastornos de conducta en niños y adolescentes.

En relación con los tratamientos de los niños que presentan problemas externalizantes, se pueden identificar tres grandes corrientes: la terapia conductual, aprendizaje social y la del autocontrol considerando que los precursores de la terapia cognitivo conductual son: el aprendizaje social de A. Bandura y la autorregulación de Luria y Vigotsky (Bunge et al. 2009).

2.4.1 La teoría conductual: Los autores Gonzáles y Carrasco (2006), afirman que la teoría conductual relacionada con la agresión es aprendida y adquirida por castigos inadecuados, reforzadores positivos o negativos denominados como contingencias. De esta manera la intervención va a estar enfocada en tres aspectos: a) uso de reforzamiento primario y secundario, b) aplicación apropiada del castigo y c) combinación de contingencias refuerzo y castigo para modificar las conductas de agresividad. Generalmente este modelo va dirigido hacia los padres para entrenar y enseñar un buen manejo de contingencias.

2.4.2 Aprendizaje social: El mismo autor indica que desde esta perspectiva, se considera que la agresividad se determina por medio de la observación de una conducta violenta del medio y de las consecuencias que se desencadenan siendo de esta manera un aprendizaje vicario (Bandura, 1973). Las técnicas que se utilizan para reducir la agresividad se centra en técnicas de modelamiento, imitación y ensayo de comportamientos inadecuados con la conducta agresiva.

Por otra parte Rotter, Chance y Phares (1972) indican que la teoría del aprendizaje social se basa en que, la credibilidad de que suceda un comportamiento específico, está relacionada con el valor y evaluación cognoscitiva que se dé al refuerzo.

2.4.3 Autocontrol: Vigotsky (1978) considera que la autorregulación del niño se encuentra determinado por tres procesos: el cuidador lo que hace es controlar y dirigir la actividad del niño, después el niño y el adulto comparte la resolución del problema y el adulto permite que el niño pueda tener el control, de esta manera se desarrolla la idea de que para que el niño tenga y ejerza el control se dé por medio del diálogo interno y la interacción con el adulto.

El modelo cognitivo considera que la conducta agresiva es la manifestación de distorsiones cognitivas, sistema de creencias, pensamiento distorsionado, que el individuo manifiesta, realizando una conducta inadecuada. Este modelo se centra en la secuencia de los

acontecimientos externos e internos, así como conductas agresivas y la detección de pensamientos automáticos. Siendo el foco de atención la modificación o sustitución por pensamientos adaptativos, reconstrucción y refutación de sistema de creencias irracionales. (Deffenbacher, Dahlen, Lynch et al, 2000, citado en Gonzales y Carrasco, 2006).

También Bunge et al. (2009) agrega que la terapia cognitiva comportamental con el paciente se focaliza en:

- Pensamientos y distorsiones cognitivas de los niños.
- Funciones de autocontrol, regulación y resolución de problemas

Las problemas conductuales han sido tratados y fundamentados por tres corrientes psicológicas: la terapia conductual, el aprendizaje social y el autocontrol, siendo los precursores de la terapia cognitivo conductual el aprendizaje social de Bandura y el de autocontrol de Luria y Vigotsky. El foco de atención en la terapia será: la modificación y sustitución de conductas más funcionales, reestructuración cognitiva y autocontrol.

2.5 Líneas de abordaje

En relación con la perspectiva y líneas de abordaje de la terapia cognitiva conductual en niños con problemas de conducta, el autor Bunge et al. (2009) plantea 3 líneas de los cuales en la práctica clínica, el terapeuta puede combinar las tres:

- Trabajo en contextos familiares y educativos, se trabaja con el programa de orientación a padres de R. Barkley. Enfatizado en los factores reforzantes para mejorar el comportamiento del niño.
- Enfatizar en trabajar en el niño en cuanto al autocontrol, se recomienda trabajar con la línea de abordaje de Kendall y Braswell (1993).
- Resolución de problemas en los entornos familiares disfuncionales, se recomienda el programa de Ross W. Greene y J. Stuart Ablon (2006).

Las líneas de abordaje que se aplicará en el estudio será una combinación del programa de orientación a padres del autor R. Barkley y técnicas relacionadas con el autocontrol del niño, resolución de problemas y habilidades sociales.

2.6 Limitaciones

Bunge et al. (2009) explican que existe ciertas dificultades al aplicar la terapia cognitiva conductual con niños debido a que presentan lo siguiente:

- Escasa motivación para realizar el tratamiento.
- El desarrollo intelectual.
- Dificultades en la comunicación que pueden presentar.

Los autores manifiestan que existen dificultades al aplicar directamente la terapia cognitivo conductual en los niños, ya que en cuanto al desarrollo pre-operatorio los niños de dos a siete años, presentan un pensamiento concreto, existiendo una limitación en un rango alto, con la aplicación únicamente de técnicas conductuales y la intervención con padres es indispensable.

En relación con el desarrollo operatorio concreto que incluye niños de 7 a 11 años, el grado de limitación será moderado, la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas simples, la intervención con padres podrá ser considerable.

Mientras que los niños con un desarrollo operatorio Formal que abarcan una edad de 11 años en adelante, se podrá realizar una terapia más compleja, presentando un grado de limitación bajo, la aplicación se centrará en técnicas conductuales y cognitivas y la intervención a los padres será solo si es necesario y si la problemática lo solicita.

Por lo tanto hay que tener en cuenta la edad del niño o niña para establecer una intervención cognitivo conductual adecuada, ya que se presentan en ciertas edades limitaciones por su desarrollo intelectual.

Además Cuando un niño presenta problemas de conducta hay que tener en cuenta una investigación exhaustiva, considerando el conjunto de síntomas, factores predisponentes, mantenedores, precipitantes, ambiente, hogar y antecedentes por lo que le da un valor de centrarse en los niños de manera individual (Kazdin, 1993). Bunge et al. (2009) también manifiestan que se debe considerar el tipo de problema de externalización que padezca el niño ya que un niño que presente déficit de atención no se podrá aplicar las mismas técnicas a un niño que presente problemas de agresividad o autocontrol.

En la investigación se trabajará con niños de 8 a 9 años, por lo que se encuentran en un grado de limitación moderado aplicando de esta manera técnicas conductuales simples y la participación de los padres en el proceso terapéutico. También se recolectará información de

cada caso, elaborándose en cada paciente la historia clínica con la finalidad de detectar las conductas inadecuadas y poder establecer un plan terapéutico.

2.7 Técnicas cognitivo conductuales para problemas de conducta.

En relación a las estrategias cognitivo- conductuales, la intervención se focaliza en una combinación de técnicas de mediación de conductas con técnicas de disposición cognitiva, trabajando de la siguiente manera: a medida que la ira y la agresión se modifiquen con aplicación de contingencias de reforzadores y castigo adecuado, también se reestructurará los pensamientos acerca de las situaciones que inducen a las conductas (Fariz, Mías y Moura, 2002)

Las técnicas y los objetivos se van a enfocar en los problemas que presente el procesamiento cognitivo del individuo ya sea déficits o distorsiones de los eventos y además en su regulación de emociones, en especial en la agresividad (Kazdin, 1993).

A continuación se presenta un listado de técnicas cognitivas conductuales tentativas que se tendrán en cuenta para realizar la intervención con los niños que presenten problemas comportamentales.

- **Resolución de problemas:** Shirk (1988), afirma que los procesos cognitivos, que incluyen, pensamientos, presentan un papel fundamental en los problemas conductuales.

Kazdin (1993) El entrenamiento en solución de problemas consiste en ayudar al paciente a desarrollar habilidades cognitivas en solución de problemas interpersonales, desarrollando los siguientes pasos:

- Enfocarse en la manera en la que los niños abordan las situaciones, es decir en los procesos de pensamiento.
- Encaminar a los niños a que se introduzcan en un proceso de solución de problemas interpersonales.
- El tratamiento consiste en emplear tareas que incluyan juegos, actividades académicas y cuentos.

Conforme se vaya avanzando en la terapia, se irá aplicando lo aprendido en la vida real. El papel del terapeuta es activo es decir ayudar al paciente, modelando los procesos cognitivos, por medio de autoverbalizaciones, aplicando a problemas y adquiriendo habilidades. Es importante tener una adecuada retroalimentación y refuerzos positivos. Por último el tratamiento consiste en el modelado, la práctica, la representación de papeles, el reforzamiento y el castigo suave.

- **Contingencias Conductuales:** La aplicación de reforzadores positivos o negativos de una manera sistemática, para que se dé una conducta en particular. Cuando se desea que se dé una extinción de la conducta se aplica los no reforzantes y el castigo se aplica cuando, existe una consecuencia aversiva que sigue a la conducta inadecuada lo que conlleva a la supresión de dicha conducta, el castigo no se aplica con frecuencia. En cuanto al reforzamiento diferencial consiste en aplicar consecuencias positivas para que se refuerce la conducta y la falta de atención a la conducta con la intención de que se extinga.

Ejemplo: se aplica la formulación de contratos utilizándose en mayoría en ambientes educativos y relación de padres e hijos.

Otra Técnica conductual para reducir la agresividad es la economía de fichas, se aplica de manera general en instituciones y en la familia, en donde se entrega fichas a los pacientes, realizando conductas adecuadas. Mientras que cuando se realiza una conducta inadecuada se retiran las fichas (costo de respuestas). Luego las fichas se cambian por reforzadores o incentivos que apoyen a la conducta adecuada alcanzada (Alonso y Swiller, 1996).

- **Entrenamiento en autoinstrucciones:** Consiste en una mediación verbal en el que el individuo habla consigo mismo, ante situaciones en donde se manifiesta una conducta agresiva, intentando resolver, enfrentarse o aprender (Polaino, Ávila, Cabanyes, Orjales y Moreno, 1997).

- **Entrenamiento en habilidades Sociales:** Consiste en realizar pasos para desarrollar un aumento de habilidades sociales, es decir para desenvolverse de forma asertiva en relaciones interpersonales, presenta las siguientes pautas: Comprensión de las conductas agresivas, siendo producto de falta de habilidades sociales y las influencias de los iguales. Entre las estrategias que se presentan se encuentran las siguientes: modelado, instrucciones, role playing, ensayo conductual y asesoramiento (González y Carrasco, 2006).

- **Modelado:** Consiste en que el terapeuta y el paciente realicen un ejercicio como juego de roles en el que el terapeuta actúa como modelo y realiza comportamientos inadecuados ante diversas situaciones (Heman., s.f). También los autores Alonso y Swiller (1996) explican que el modelamiento es la observación de otra persona que realiza o evita la conducta lo que tendrá como resultado la frecuencia o eliminación de la conducta.

- **Entrenamiento en autocontrol:** “Entrenamiento en autocontrol. Es una intervención destinada a lograr la autorregulación de la conducta mediante autoobservación, autoinstrucciones, autoreforzamiento y estrategias de autorregulación de la activación fisiológica. Esto último, a través del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. En este entrenamiento se enseña al sujeto a atender y percibir correctamente las claves fisiológicas que indican el comienzo de la ira y la agresividad” (Gonzales y Carrasco, 2006, p. 87).

Las técnicas que se han considerado para el manejo de la ira se han propuesto en tres etapas:

1. Preparación cognitiva es decir, se prepara al paciente para que pueda identificar los puntos en los que se desea trabajar, identificación del ambiente, y autoafirmación para ver la situación y generar repuestas adecuadas.

2. Adquirir destrezas en habilidades de relajación ante situaciones que le generan la ira.

3. Etapa de la repetición, en el que el paciente se le expone ante situaciones que le provoquen la ira por medio del role playing o imaginación. (Beck y Fernández, 1998, citado en Gonzales et al. 2006).

Todas las técnicas mencionadas anteriormente van dirigidas hacia el niño que presenta el problema conductual, a continuación se presentará la estrategia de intervención basada en el programa de Barkley, por motivos de tiempo no se utilizará todos los pasos, pero se priorizará la aplicación de los más importantes.

El autor Kazdin (1993) manifiesta que el entrenamiento a padres, es un procedimiento en el cual se enseña a los progenitores a modificar la conducta desviada de sus hijos por medio de técnicas aprendidas y desarrollar habilidades en los mismos para mejorar la conducta de sus hijos, básicamente el programa presenta los siguientes pasos:

Primero: El proceso se lleva a cabo con uno o los dos padres quienes llevarán a cabo varios procedimientos en casa.

Segundo: Se explica a los padres para que detecten y definan las conductas disfuncionales de sus hijos.

Tercero: Las sesiones cubren lo que es el aprendizaje social y los procedimientos que siguen de él, incluyendo: refuerzos positivos (incentivos), castigos leves (pérdida de privilegios o utilizar tiempo fuera), negociación y contrato de contingencias.

Cuarto: Las sesiones son guías para que los padres aprendan y puedan poner en práctica en casa con sus hijos.

El programa de entrenamiento a padres de Rusell Barkley, puede utilizarse de manera individual o grupal, dirigido a niños desafiantes de 2 a 12 años. Los objetivos de este tratamiento es mejorar la competencia y habilidades de los cuidadores, aumentar el conocimiento de los padres sobre lo que produce el comportamiento de sus hijos y mejorar la aceptación por parte del niño acerca de las órdenes y reglas dictadas por los padres, básicamente está compuesta por 10 sesiones en el que se presenta como material, folletos y cuestionarios y aplicación de técnicas como el modelado, juego de roles e intervenciones cognitivas. A continuación este programa presenta los siguientes contenidos:

a) Brindar información a los padres sobre las causas del comportamiento de sus hijos, basándose en información que contenga las características de niño, características de los padres, acontecimientos exteriores y sus consecuencias.

b) Consecuencias del circuito, es decir ejercer un tiempo compartido de juego para la aplicación favorecedora del reforzamiento.

c) Consejos y entrenamiento de conducta por medio del manejo de contingencias.

d) Refuerzo del juego autónomo en el niño con la finalidad de disminuir las conductas disfuncionales mediante economía de fichas y contratos.

e) Generalización del comportamiento a situaciones fuera del hogar.

2.8 Conclusiones

Los docentes en varias ocasiones por tratar de solucionar los problemas conductuales dentro del aula, intervienen de manera incorrecta provocando intentos fallidos los cuales causan dificultades en el niño que lo padece y en varias ocasiones llegando a intensificar su situación. Por esta razón es de gran importancia remitir lo más pronto posible a un profesional capacitado en tratar problemas conductuales. El profesional capacitado realizará una intervención y de acuerdo a la edad del niño se establecerá una planificación terapéutica, sin embargo la intervención cognitiva conductual ha sido la más idónea a tratar estos problemas. Para obtener mejores resultados y por las limitaciones de acuerdo al desarrollo de la edad de los niños, se debe trabajar en terapia conjunta con los padres, en este caso la intervención está enfocada en niños de 8 y 9 años, por lo que es necesario la participación de sus tutores. En cuanto a la planificación terapéutica con los niños la terapia se encuentra centrada en modificar su comportamiento, mejorar sus habilidades sociales y reestructuración cognitiva, centrándose en técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en autocontrol y técnicas en comunicación positiva. En cuanto a los padres se aplicará el programa

de Barkley para niños oposicionistas en este programa se brindará a padres estrategias para comprender y modificar la conducta de sus hijos, este programa comprende contratos terapéuticos, economía de fichas, reconocimiento de conductas positivas y negativas y a su vez los posibles reforzadores positivos y negativos para modificar el comportamiento. El trabajar con los padres y los hijos mejorará el pronóstico del niño disminuyendo su problema conductual.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA Y APLICACIÓN PRÁCTICA

3. Introducción

En el presente capítulo, se desarrollará la metodología y el programa de intervención individual, con la implementación de Técnicas cognitivas conductuales, destinado a modificar los problemas comportamentales de niños de cuarto de básica de la Unidad Educativa Iván Salgado.

3.1 Metodología

La metodología utilizada en esta investigación es de tipo cuantitativa, el diseño es cuasi experimental. Se realizará una selección de la muestra de forma no probabilística y se aplicarán los cuestionarios de conducta infantil versión padres (CBCL) y versión profesores (TRF), antes y después de la intervención psicológica para medir el impacto de la intervención.

3.1.1 Población

La muestra que se empleó fue no probabilística, debido a que se realizó una selección según el criterio de la investigación, teniendo como población base la Unidad Educativa Iván Salgado, que cuenta con alrededor de 800 estudiantes, de ellos la muestra del estudio estuvo compuesta por los alumnos de cuarto de básica alrededor de 81 niños y bajo los criterios de inclusión y exclusión se determinó la muestra.

Criterios de Inclusión

- Niños y niñas de cuarto de básica.
- Niños y niñas que pertenecen a la Unidad Educativa Iván Salgado.
- Consentimiento de los padres.
- Presentan un puntaje de rango clínico y límite en las escalas de problema conductual en el cuestionario de conducta infantil (CBCL) y (TRF).

Criterios de Exclusión

- Niños y niñas que no se encuentren en cuarto de básica.
- Niños y niñas que no pertenecen a la Unidad Educativa Iván Salgado.
- Que no tenga el consentimiento de los padres

- Presentan un puntaje normal en problemas externalizantes en el cuestionario de conducta infantil (CBCL) y (TRF).

3.1.2 Muestra

La muestra inicial estuvo conformada por 81 niños de cuarto de básica, de la Unidad Educativa Iván Salgado, con edades comprendidas entre 8 y 9 años. De los cuáles 40 fueron niñas y 41 niños, a quienes se les aplicó el cuestionario de conducta infantil, versión profesores. El cuestionario de conducta infantil, versión padres se aplicó a 77 niños, conformado por 40 niñas y 37 niños, no se pudo aplicar a los cuatro niños restantes ya que los padres no entregaron los cuestionarios de conducta infantil, y en cuanto a nivel socioeconómico de la muestra se obtuvo una percepción de los participantes de un nivel medio a medio bajo.

Tabla 1

Descripción de sexo y edad de la muestra

Sexo			Edad niños			Edad niñas		
Hombre	Mujer	total	9 años	8 años	total	9 años	8 años	total
41	40	81	13	28	41	10	30	40

Después de haber realizado el análisis de los test aplicados se encontró un grupo de niños que presentaron una problemática en común en cuanto a problemas externalizantes, siendo un número de 17 niños y niñas, que presentan diferentes tipos de problemas externalizantes (comportamiento agresivo, déficit de atención y conductas delictivas).

De los 17 estudiantes que presentaron problemas externalizantes, resultaron ser 9 mujeres y 8 varones, con una percepción socioeconómica de un nivel medio a medio bajo. A todos se les citó, para proponerles el programa de intervención psicológica, sin embargo, se contó con la aprobación solamente de cinco, de los cuales fueron 2 niñas de 8 años de edad y 3 niños en el que 1 tenía 9 años y los otros dos, 8 años. Se realizó la planificación de los procesos con su respectivo cronograma, sin embargo, se aplicó la intervención de manera individual acorde a los horarios de los padres.

3.1.3 Procedimiento

Para la ejecución del presente estudio se ha realizado los siguientes pasos:

1. Una vez aprobado el protocolo del diseño de tesis por el tribunal. Se envió la solicitud al centro de estudio, se incluyó el protocolo y los cuestionarios que se aplicaron a la muestra seleccionada.

2. Aprobadas las solicitudes, se contactó con la institución fiscal, en la que se ha realizado el convenio en servicio de la colectividad en el Hospital del Río, convocándoles a una reunión con la autoridad de la institución, con la finalidad de dar a conocer los objetivos y propósitos del estudio.

3. El momento en el que se aprobó, se dio acceso a la muestra, se aplicó el instrumento a los niños seleccionados que cumplan con los criterios de inclusión, anteriormente se contactó a los padres de los niños seleccionados para firmar un consentimiento con su respectiva explicación.

4. Se escogió el inventario de Comportamiento Infantil versión padres, (CBCL) y versión profesores, (TRF), descrito bajo las consideraciones de pertinencia, aplicabilidad y reproductibilidad, manteniendo de manera rigurosa las consignas de su aplicación.

5. Los instrumentos han sido aplicados en las reuniones que se han convocado en la institución.

6. Posteriormente se les dará a los profesores el cuestionario de conducta infantil para la aplicación de cada niño.

7. De los resultados obtenidos se realizó una intervención Cognitiva Conductual a los niños que presentaron indicadores límite y clínico en las escalas de problemas conductuales del cuestionario CBCL y TRF.

8. Luego de que se realizó el análisis correspondiente del listado de conductas Infantiles versión padres (CBCL) y profesores (TRF), la muestra quedó establecida con un número de 17 estudiantes.

3.2 Instrumentos de evaluación psicológica

A continuación, se detalla técnicamente los instrumentos realizados para la recolección de información de los participantes dentro del proceso individual.

a) Entrevista semiestructurada: Consiste en una serie de preguntas definidas por la autora y por preguntas espontáneas que surgen dentro de la entrevista, obteniendo una duración de 45 minutos, con la finalidad de obtener información relevante para llenar la historia clínica.

b) Historia Clínica: Aplicada a los padres de familia o representantes, se ha empleado el modelo de historia clínica del Consultorio psicológico UDA, se empleó con la finalidad de recoger información sobre el área personal, familiar, escolar y social para poder determinar la problemática. (Ver *ANEXO 1*)

c) Cuestionario de conducta Infantil, versión padres (CBCL): Es un instrumento que informa sobre las competencias sociales y el comportamiento de los niños en la casa. En cuanto a los cambios que se han ido efectuando en el transcurso de los años, en 1991 fue modificado, con la intención de incluir a niños de hasta 18 años de edad, este instrumento evalúa ocho áreas: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas de atención, conducta infractora y conducta agresiva, además de ser el único que contiene la escala de los problemas sexuales, también permite examinar dos grandes grupos de síndromes: internalización y externalización, en el que internalización está conformado por: quejas somáticas, ansiedad, depresión, mientras que el externalizante abarca problemas de atención, conducta delincuente, y comportamiento agresivo, por último la escala contiene elementos que evalúan la competencia social actividades sociales y escuela, incluyendo 20 elementos de los 113 ítems, los ítems están relacionados con los criterios del DSM IV. La puntuación es de 0, 1 y 2 en el que 0= Nunca, 1= algunas Veces y 2= muchas veces (Achenbach, 2001). (Ver *ANEXO 2*)

En lo que respecta a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna para las escalas internalizadores es 0,90, externalizadores 0,94y para el total de problemas 0,97. En cuanto a su confiabilidad fue de 0,84 y mientras que su validez se determinó por medio del grupo clínico y grupo comunitario, debido a que todas las escalas pudieron discriminar de manera factible los dos grupos, quedando establecida la validez de criterio con la curva de ROC, este estudio se realizó en una muestra mexicana, para la adaptación en una versión en español (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez y Villanueva, 2007).

d) Cuestionario de conducta Infantil, versión profesores, (TRF): Al igual que el cuestionario CBCL evalúa los problemas de conducta dentro de la escuela, conformado por 8 áreas que son: retraimiento social, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, alteración del pensamiento, problemas de atención, conducta infractora y conducta agresiva, clasificándolos en dos grandes grupos de problemas, que abarca internalización y externalización, en el que internalización está conformado por: quejas somáticas, ansiedad,

depresión, mientras que el externalizante abarca problemas de atención, conducta delincuente, y comportamiento agresivo, por último la escala contiene elementos que evalúan la competencia social actividades sociales, de igual manera contiene ítems relacionados con el manual de trastornos mentales DSM IV, y su puntuación es de cero, 1 y 2 en el que 0= Nunca, 1= algunas Veces y 2= muchas veces (Rains, 2003). (Ver **ANEXO 3**)

En cuanto a las propiedades psicométricas, versión original en inglés, la consistencia interna de la escala problemas oscilaron de 0,72 a 0,97. Mientras que su confiabilidad media de prueba- repetición para los síndromes basados empíricamente es 0, 90. Por otra parte el TRF tiene una buena validez de criterio ya que en las escalas problemas pueden diferenciar entre los niños remitidos y no remitidos (Achenbach y Rescorla, 2001).

Tabla 2

Interpretación de puntajes T

Puntaje	Interpretación
64 o menos	No clínico
65 a 70	Límite
71 a más	Clínico

Nota: Fuente: Bordin et al. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form(TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública*, vol.29, 13-28.

3.3 Fase de Desarrollo

3.3.1 Objetivo General

Modificar la conducta disfuncional de los niños que presentan indicadores de problemas externalizantes.

3.3.2 Objetivos específicos

- Proporcionar una guía y brindar estrategias a los padres para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.
- Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos, autocontrol y asertividad.
- Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo

3.3.3 Descripción de técnicas Cognitivos- Conductuales

Se ha determinado las respectivas técnicas conductuales en base a los objetivos planteados, teniendo en cuenta un cronograma de actividades que sirvió de guía durante todo el proceso (Ver *ANEXO 4 y 5*)

3.3.3.1 Programa de orientación a padres de niños desafiantes (Barkley, 2000)

El objetivo de este programa es brindar estrategias a los tutores para mejorar la competencia y habilidades parentales, aumentar el conocimiento de los padres sobre el comportamiento de sus hijos y establecer normas y reglas de las cuales el niño acepte adecuadamente.

El contenido del programa se ha presentado con una duración de 8 sesiones presentándose de la siguiente manera:

- Paso 1: Comprensión de las causas del comportamiento

a. En las causas del comportamiento se explica a los padres las características del niño, estresores ambientales, características de los padres y consecuencias situacionales que intervienen en el comportamiento del individuo.

b. También se habla de las claves del comportamiento en el que se les enseña a los padres, que la conducta está determinada por sus consecuencias.

c. Conceptos útiles para comprender el comportamiento:

- Refuerzo: Toda respuesta tiene una acción
- Refuerzo positivo: Cuando se quiere que se repita una conducta deseada se agrega una consecuencia positiva con la intención de que se repita.
- Extinción: Cuando a un comportamiento no se le refuerza con una consecuencia positiva ni negativa, disminuye con el tiempo.
- Refuerzo negativo: Suspensión de una consecuencia negativa. se refuerza de manera negativa conductas que generan problemas.
- Castigo: Es una consecuencia aversiva por parte de los padres para eliminar una conducta, lo cual no lleva a un proceso de aprendizaje.

d. Las conductas indeseadas persisten por tres razones:

- Refuerzo positivo de conductas problema.
- Cuando se da una consecuencia negativa a una situación disfuncional

- Ausencia de refuerzo positivo de conductas positivas
- Problemas al utilizar la extinción

e. Después de explicar todo acerca del comportamiento del niño se realiza ejercicios para reforzar lo aprendido e incrementar habilidades en los padres para comprender la conducta de sus hijos, los ejercicios son los siguientes:

- **Listado de conductas positivas y posibles refuerzo:** Se les pide a los padres que realicen una lista de conductas funcionales que quisieran que sus hijos hicieran o hacen y una lista de posibles refuerzos positivos para que se repita esa misma conducta.

- **Refuerzo de Conducta problemas:** se les pide a los padres que realicen un listado de conductas problemas de los niños, después como lo refuerzan, con la finalidad de ver los resultados.

- **Registro S-R-C (situación, reacción y consecuencia):** Consiste en realizar un registro en el que se pide a los padres, que registren una situación en el que el niño actúa de manera inadecuada, luego se les pide que registren la reacción y por consiguiente observen la consecuencia del niño.

- **Paso 2: Mejorar la relación con su hijo**

Se emplea el tiempo especial, en el que se les explica a los tutores que consiste en brindar unos minutos de su tiempo a su hijo. El progenitor tendrá que jugar solo con él. Dejando que el niño escoja la actividad, sin juzgarlo, ni tomar el control del juego y debe aprobarlo.

- **Paso 3: Prestar atención cuando su hijo obedece**

Este paso consiste en observar al niño para descubrir cuáles son las buenas conductas, entrenarlo en la obediencia y dar ordenas claras, concretas y efectivas.

- **Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas**

El objetivo de esta técnica es incorporar reglas claras, permitir a los niños anticiparse a la consecuencia de sus conductas e incrementar la motivación para cumplir con los mandatos de sus padres.

Ejecución de la técnica.

1. Se da una hoja de papel bond a los padres.
2. En la hoja se coloca en la primera columna el listado de conductas deseadas de los padres hacia los niños.

3. En la segunda columna se coloca los días de la semana.
4. La consigna es asignar a cada actividad una puntuación, si el niño realiza esa actividad se le asigna una ficha.
5. Al final se contabiliza el número de fichas y se da un reforzador positivo que sea de agrado del niño.
6. El terapeuta hará el seguimiento esa semana para observar que conductas se han cumplido.

- **Pasos 5 y 6: Tiempo fuera**

Esta técnica sirve para modificar el comportamiento disfuncional del niño.

Pasos para la ejecución de la técnica

1. Consiste en dar una orden al niño con el tono de voz agradable y contar en voz alta del 1 al 5 al revés.
2. Si el niño no obedece, establecer contacto visual.
3. Alcé la voz de manera moderada, adoptando una postura firme diciendo “si no haces caso de lo que te dije, te vas a sentar en esa silla”.
4. Después de la advertencia cuente de nuevo del 1 al 5.
5. Si el niño no obedece lléveselo a la silla, sin importar las promesas que diga.
6. No discuta con el niño mientras se encuentra en tiempo fuera.
7. No se puede hablar con el niño durante ese tiempo.
8. No perderlo de vista.
9. El tiempo que se encuentre será de uno a dos minutos dependiendo de la edad que tenga, si el niño sigue portándose mal se prolonga el tiempo hasta que se tranquilice
10. La silla debe colocarse lejos de la pared y que no haya objetos de distracción a su alrededor.

- **Paso 7: Manejo de los niños en lugares públicos**

Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Anticipar:** Antes de ir a un lugar hay que decir al niño lo que se va a realizar o lo que desea que no haga
- **Incentivador:** Si el niño cumple refuerce su conducta.

- **Advertirlo:** Realizar consecuencias negativas por la desobediencia.
- **Planificar:** Ofrecer opciones para que el niño no se aburra.

- **Paso 8: Estrategias para mejorar la conducta escolar desde la escuela.**

Se debe realizar una tarjeta la cual conste de:

Listado de conductas esperadas por el niño y al lado se pondrá el puntaje obtenido

- **Paso 9: Manejo de futuras dificultades en el comportamiento**

Se explica a los padres, la manera de mantener las conductas en el futuro, tener en cuenta si han regresado los hábitos anteriores y emplear las técnicas aprendidas.

Tener en cuenta y repasar las técnicas y por último realizar el contrato terapéutico.

- **Modelo para resolver conflictos interpersonales**

En cuanto al apartado para resolver conflictos interpersonales se clasifica en tres etapas:

- **Ser empático:** Consiste en indicar a los padres que deben tratar de ponerse en el lugar de sus hijos, con la finalidad de que puedan entender su visión y poder comprenderlo y trate de expresar la situación verbalmente.

Luego imagine que siente el otro en esta situación y descifrar la razón.

Y por último diga al niño que usted entiende y sabe porque cree que puede ser.

- **Decirle al otro cuál es nuestro problema:** Los padres deben describir lo que sienten en primera persona, sin culpabilizar al otro.

Expresar la inquietud, necesidad o problema de manera concreta, para que el otro pueda entender.

Dígale a su hijo que él le diga lo que le molesta o si tienes alguna necesidad o inquietud.

- **Proponer junto al niño alternativas de solución.**

- **Paso 10 Cierre**

Finalmente, en la última sesión se realiza una retroalimentación de todo lo aprendido del programa, junto con la conclusión de los padres.

El programa de orientación a padres se empleará para cumplir con el siguiente objetivo terapéutico:

- Proporcionar una guía y brindar estrategias a los padres para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.
- Establecer normas y reglas con la finalidad de mejorar el estilo de crianza.

3.3.3.2 Resolución de problemas (Bunge et al. 2009)

Consiste esta técnica en ayudar a los niños a desarrollar habilidades cognitivas para resolver los problemas de una mejor manera, los pasos a seguir son los siguientes:

1. Enfocarse en la manera en la que los niños abordan las situaciones, encaminar a los niños en un proceso de solución de problemas interpersonales, se usará mediante un cuento.

Para la ejecución de la técnica

- Primero se realiza la lectura de un cuento que se llama “la lectura del carpintero”, posteriormente se invita al niño a que conteste tres preguntas con la finalidad de ayudar a resolver al carpintero su problema y para que el niño se dé cuenta de que existen más soluciones para resolver el problema.

- Posteriormente se le enseña al niño a resolver sus propios problemas en el que se le explica los siguientes pasos:

- a. Definir bien el problema, que sea algo concreto.
- b. Colocar todas las opciones que se le ocurran para resolver los problemas.
- c. Ver las ventajas y desventajas de cada opción.
- d. Escoger la mejor opción y como se emplearía.

-Después de haber realizado la ficha de solución de problemas, se refuerza lo aprendido, es decir se lo analiza cada uno y de esta manera se resuelve las dudas que tenga el niño

Utilizando las siguientes preguntas: ¿Qué estrategia usaste para resolverlo?, Tu estrategia ¿Te daba los mismos resultados que a “Matías el carpintero”?

-Posteriormente se realiza una retroalimentación junto con el niño, con el propósito de que el paciente haya comprendido la estrategia de resolución de problemas.

3.3.3.3 El semáforo (Bunge et al. 2009)

Esta técnica permite al niño tener la habilidad para afrontar conflictos, basándose en el significado de la luz del semáforo.

Para la ejecución de la técnica:

1. La consigna es la siguiente: “imagínate que tienes un semáforo en tu mente”
 - a. La luz roja: Significa que debes parar y respirar dos veces.
 - b. La luz amarilla: Piensa en tres maneras diferentes para solucionar tu conflicto, no importa si son buenas o malas.
 - c. Luz verde: Debes elegir la alternativa más adecuada y la que resuelva tu conflicto, fijándote en las ventajas y desventajas que trae cada alternativa.
 - d. Se realiza varios ejercicios con el niño hasta que lo haya entendido, junto con una retroalimentación, con la finalidad de aclarar sus dudas.
2. Se le da al niño una hoja en el que se encuentra dibujado un semáforo.
3. Se le explica en que consiste dejando claro que la luz roja significa que hay que parar y respirar.

La técnica de Resolución de problemas y el Semáforo se utilizará para la aplicación del objetivo fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.

3.3.3.4 El termómetro del enojo (Bunge et al. 2009)

Esta técnica consiste en reconocer los niveles del enojo que posee cada paciente en una situación determinada, con la intención de poder controlarlo con alternativas más aceptables.

Para la ejecución de la técnica

1. Se pide al paciente que dibuje un termómetro, marcando bien los números de la temperatura del termómetro.
2. Se le explica que del 0 al 3 es un nivel que se está tranquilo. La alarma de enojo indica que tienes un problema en el que no hay mucha importancia y lo puedes dejar pasar.
3. Del 4 al 6 es una situación en el que genera cierta dificultad, pero lo puedes controlar, mantienes la capacidad de expresar lo que sientes de una manera no agresiva.
4. Del 7 al 10 tu alarma suena fuerte que te impide pensar y actuar con claridad, te sientes tan enojado que no te puedes controlar.

5. Se le pide al paciente que visualice situaciones en la que le genera ese enojo e identifique a que nivel llega.

6. Se pedirá al paciente que comente y exprese como se ha sentido con esta técnica.

3.3.3.5 Técnicas del Buda (Bunge et al. 2009)

Consiste en disminuir la intensidad del enojo, después de haber detectado las situaciones que genera demasiado enojo y pueda resolverlo de mejor manera.

Para la ejecución de la técnica

1. Después de haber identificado los niveles de enojo se proporciona al paciente alternativas para disminuir entre ellas se encuentra las siguientes

a. Salir a dar una vuelta y pensar en otras cosas durante unos minutos.

b. Respirar profundamente.

c. Hablarte a voz mismo diciendo que tienes que bajar tu enojo.

d. Hacer por un rato cosas que le gusten y distraigan.

2. Por último se realiza un listado de conductas con el paciente para poder practicarlo por medio de la visualización, con la intención de que el niño se entrene y aprenda la técnica.

La técnica del termómetro del enojo y del Buda, se empleará para la aplicación del objetivo proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo.

3.3.3.6. Entrenamiento en Autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977)

Este entrenamiento sirve para potenciar el pensamiento secuencial del niño, en el cual facilitará de mejor manera la comprensión de las situaciones, brindando estrategias y mediadores para la resolución, en el cuál el niño podrá tener una guía y control del comportamiento. (Miranda y Soriano, 2010).

Pautas para ejecutar la técnica

1. Debe hacer un adulto de modelo cognitivo, en el que realice una actividad hablándose a sí mismo en voz alta.

2. El niño debe ejecutar la misma tarea del adulto con las mismas instrucciones.

3. El niño realiza las tareas, hablando en voz alta las instrucciones, para realizar dicha tarea.

4. El niño ahora susurra las instrucciones, mientras se encuentra realizando la tarea.

5. El niño realiza la tarea, sin embargo, esta vez se guía por el habla privada del él mismo.
6. Repetir las veces que sea necesario hasta que se comprende.

3.3.3.7 El freezer del enojo (Bunge et al. 2009)

Esta técnica tiene como objetivo proporcionar al individuo estrategias para controlar el enojo y actuar de una mejor manera.

Pasos para ejecutar la técnica.

1. Se realiza mediante cartulinas pequeñas, se pide al niño que haga una lista de frases que le pueden tranquilizar para calmar el enojo.
2. Luego, el terapeuta practica con el niño diciendo frases en las que el niño puede enojarse, el cual empleará estas frases para tranquilizarse.

El entrenamiento en autoinstrucciones y la técnica freezer del enojo, se aplicará para el objetivo entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol.

3.3.3.8 Técnica de comunicación positiva (Bunge et al. 2009)

El objetivo de esta técnica es proporcionar al niño estrategias para poder reaccionar de una manera asertiva y mejorar las habilidades sociales.

Para la ejecución de la técnica

Esta técnica consiste en ejecutar cuatro pasos:

- **Gestos:** Mirar a los ojos, sonreír y distenderse, en cuanto a los gestos también se debe tener en cuenta, la cara, el cuerpo, la manera en la que se utiliza las manos. Se va a indagar con el niño sobre que gestos realiza. Además, en este apartado se le propone a la persona claves para saber cuándo ser asertivo antes de actuar, por medio de las siguientes preguntas:

¿Te interesa mucho?

¿Es la persona adecuada para pedírselo?

¿Es el momento para hacerlo?

¿Es justo mi reclamo?

¿Mi emoción es la adecuada para intentarlo?

¿Estoy en condiciones de mantener lo que digo?

- **Decir cosas positivas:** Cuando se realice una conversación hay que destacar dos aspectos positivos como:
 - o Las personas con las que interactúas,
 - o Sus actividades e intereses
- **Escuchar activamente, se realiza mediante:**
 - a. Contestar solo cuando el otro hace pausa
 - b. Tratar de reflejar lo que siente la otra persona, mediante verbalizaciones
 - c. Repetir con otras palabras lo que dijo la persona, con la intención de que se sienta entendida.
- **Hacer preguntas, interesarse por el otro:** Se debe realizar preguntas de temas generales y poco a poco preguntar sobre temas más concretos.

La técnica de comunicación positiva se empleará en el objetivo de Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.

3.4 Ejecución de la investigación

3.4.1 Lugar

La intervención cognitiva conductual se realizará en el Hospital del Rio Consultorios UDA.

3.4.2 Duración

La ejecución de cada sesión tendrá una duración de 40 a 45 minutos como máximo, la frecuencia con la que se realizará cada sesión será de dos veces por semana.

3.4.3 Tipo de aplicación

Se ha estructurado una planificación para los niños y niñas que presentan indicadores límite y clínico de conductas externalizantes. Sin embargo, la aplicación se realizará de manera individual debido a que no se pudo unificar el horario de atención por las múltiples causas de los tutores de los niños y a la vez se aprovechará la intervención individual para abordar profundamente sobre las conductas disfuncionales de los mismos.

3.4.4 Número de sesiones

El proceso se llevará a cabo en un número de 8 sesiones para los padres y 8 sesiones para los niños.

3.4.5 Evaluación de las sesiones

Para la evaluación de las sesiones se realiza un informe de cada sesión.

En cuanto a la verificación de los resultados del plan de intervención, se realizará un retests del cuestionario de comportamiento conductual de niños versión padres.

3.5 Conclusiones

La fase diagnóstica es un proceso de gran importancia, ya que permite determinar las necesidades y el problema que presenta el grupo seleccionado, con la finalidad de poder realizar un programa de intervención, en el que permite cumplir con los objetivos planteados. En este caso se realizará la intervención con los padres y los niños, centrándose en la modificación de los problemas externalizantes.

CAPITULO 4

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4. Introducción

En este capítulo se explicarán los resultados obtenidos del diagnóstico y aplicación del programa cognitivo conductual. Los resultados se proporcionarán de forma cualitativa y cuantitativa y aplicación del retest a los casos del proceso.

4.1 Análisis de Resultados Cuantitativos.

Tabla 3

Porcentaje de niños con problemas de conducta, acorde al cuestionario de profesores

Problemas	Normal	%	Clínico	%	total	%total
Internalizantes						
Ansiedad- depresión	77	95.06	4	4.93	81	100
Retraimiento- depresión	77	95.06	4	4.93	81	100
Quejas somáticas	72	88.88	9	11.11	81	100
Externalizantes						
Atención	80	98.76	1	1.23	81	100
Oposicionista	76	93.82	5	6.17	81	100
Conducta agresiva	75	92.59	6	7.40	81	100
Sociales	75	92.59	6	7.40	81	100
Pensamiento	78	96.29	3	3.70	81	100

En la tabla 2, se puede observar que el mayor porcentaje de problemas en relación con los 81 niños y niñas, de acuerdo a los profesores, es la escala de quejas somáticas con un 11.11 %, seguido de la conducta agresiva y problemas sociales con un porcentaje de 7.40%.

Tabla 4*Porcentaje de niños con problemas de conducta, acorde al cuestionario de padres.*

Problemas	Normal	%	Clínico	%	total	%total
Internalizantes						
Ansiedad- depresión	57	74.02	20	25.97	77	100
Retraimiento- depresión	65	84.41	12	15.58	77	100
Quejas somáticas	59	72.83	18	23.38	77	100
Externalizantes						
Atención	68	88.31	9	11.69	77	100
Oposicionista	68	88.31	9	11.69	77	100
Conducta agresiva	73	90.12	4	5.19	77	100
Sociales	65	84.41	12	15.58	77	100
Pensamiento	65	84.41	12	15.58	77	100

En la tabla 3, existe un mayor porcentaje de problemas en las escalas de ansiedad-depresión con un 25.97%, seguido de quejas somáticas con el 23.38 %, luego, retraimiento-depresión, problemas sociales y del pensamiento con un 15.58%

Después de haber analizado los cuestionarios de profesores y padres, se obtuvo un total de 38 problemas de conducta detectados por los profesores. En el cuestionario de padres se obtuvo un total de 96 problemas. Estos problemas se observan en 17 niños que presentan más de un problema externalizante, conjuntamente con problemas internalizantes. Por otra parte, los niños que presentan problemas internalizantes son 32, dividiéndose en un grupo de 21 niños y 11 niñas.

Tabla 5

Problemas Conductuales por sexo, acorde al cuestionario TRF (Profesores) y CBCL (Padres)

Problemas	Cuestionario TRF				Cuestionario CBCL			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
Internalizantes								
Ansiedad- depresión	4	10.53	0	0	11	11.45	9	9.37
Retraimiento- depresión	4	10.53	0	0	8	8.33	4	4.16
Quejas Somáticas	6	15.79	3	7.89	14	14.58	4	4.16
Externalizantes								
Atención	1	2.63	0	0	7	7.29	2	2.08
Oposicionista	3	7.89	2	5.26	6	6.25	3	3.12
Conducta agresiva	2	5.26	4	10.52	2	2.08	2	2.08
Sociales								
Sociales	4	10.52	2	5.26	8	8.33	4	4.17
Pensamiento								
Pensamiento	3	7.89	0	0	9	9.37	3	3.12
Total de problemas	27	71.05	11	28.95	65	67.71	31	32.30

En la tabla 4, en relación al sexo y los cuestionarios, se puede concluir que existe un mayor porcentaje de problemas en los niños. En el cuestionario de padres, las escalas con mayor puntaje de problemas fueron: quejas somáticas, ansiedad- depresión y problemas del pensamiento. En cuanto a los cuestionarios de profesores se obtuvo mayor puntaje de problemas en las escalas de quejas somáticas, y un mismo puntaje en las escalas de ansiedad- depresión, retraimiento- depresión y problemas sociales. En cuanto a los problemas externalizantes, se evidenciaron un mayor porcentaje en los niños, en la escala de atención y oposicionista, por parte del cuestionario de conducta infantil, versión padres.

Tabla 6

Niños con problemas Externalizantes y los principales indicadores conductuales.

Problemas	masculino	%	Femenino	%	total	%total
Internalizantes						
Ansiedad- depresión	6	75	2	22.22	8	47.05
Retraimiento- depresión	7	87.50	3	33.33	10	58.82
Quejas somáticas	6	75	0	0.00	6	35.29
Externalizantes						
Atención	7	87.50	2	22.22	9	52.94
Oposicionista	7	87.51	5	55.55	12	85.71
Conducta agresiva	4	50	6	66.66	10	58.82
Sociales						
Sociales	6	75	4	44.44	10	58.82
Pensamiento						
Pensamiento	7	87.50	1	11.11	8	47.05
Total de problemas clínicos	44		23		67	

De los 17 niños con problemas externalizantes, conformado por 9 niñas y 8 niños, se determinó que presentaban a la vez problemas internalizantes, presentando con mayor puntaje en relación con los niños las escalas de retraimiento- depresión, atención, oposicionista y problemas del

pensamiento con un puntaje de 87.50%. En cuanto a las niñas los problemas que presentaron en mayor puntaje fueron: la conducta agresiva con 66.66 %.

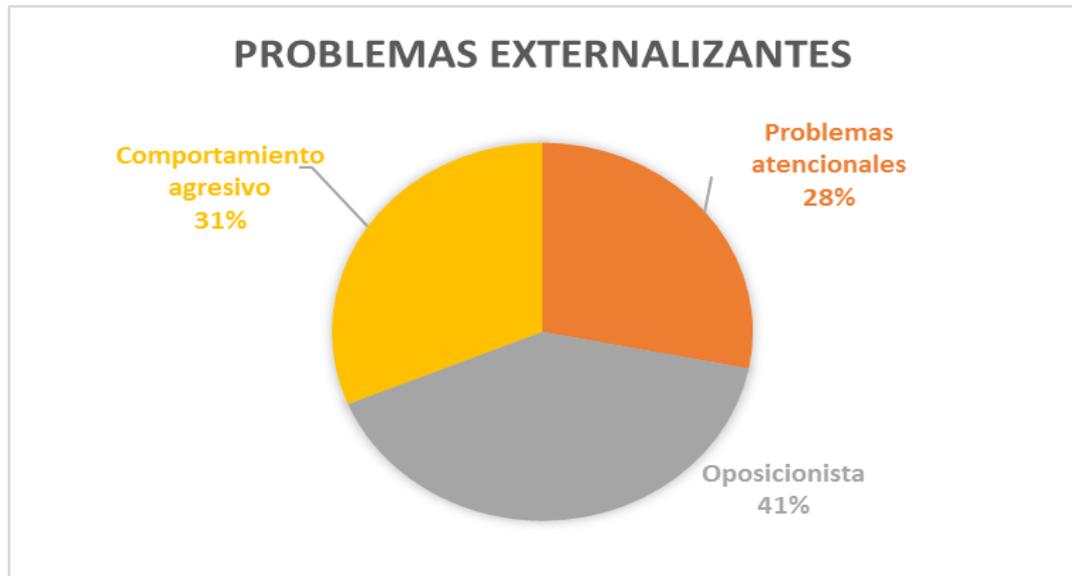


Figura 1. Porcentaje de Problemas externalizantes de la muestra seleccionada Con la aplicación del cuestionario de conducta infantil, versión padres y profesores.

De los resultados obtenidos de los 17 niños, se puede indicar que el 41% es oposicionista, el 31% presenta un comportamiento agresivo y el 28% presenta problemas atencionales, sin embargo, los que acudieron a la intervención cognitiva han sido 5 pacientes, siendo 3 niños y dos niñas.

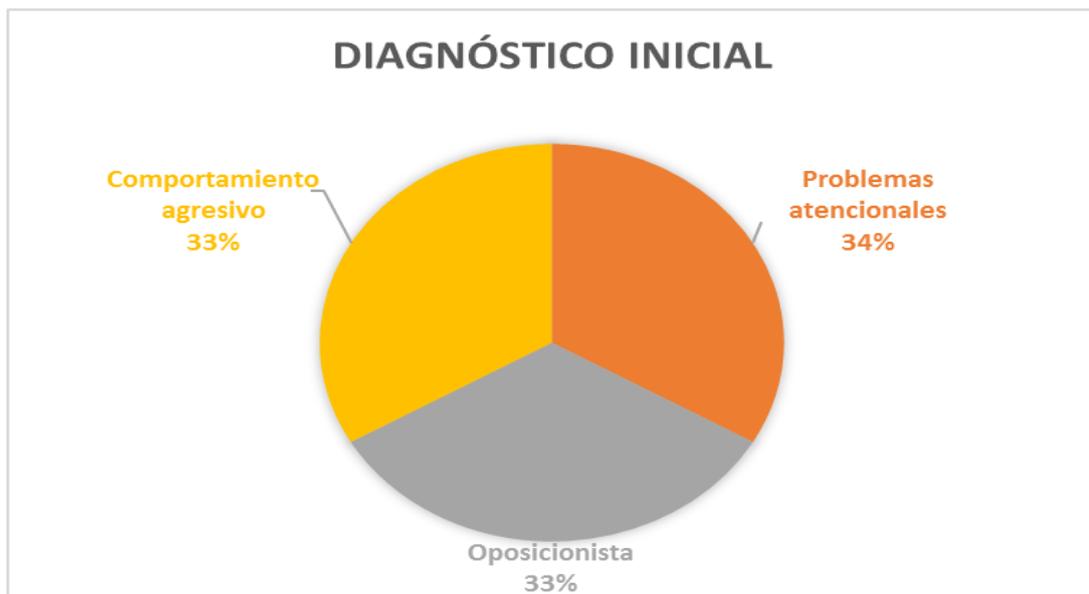


Figura 2: Diagnóstico inicial, de los cinco casos con problemas externalizantes

De los 5 casos antes de realizar la intervención conductual, se encontraron porcentajes de 33% de comportamiento agresivo, 33% oposicionista y 34 % problemas atencionales.

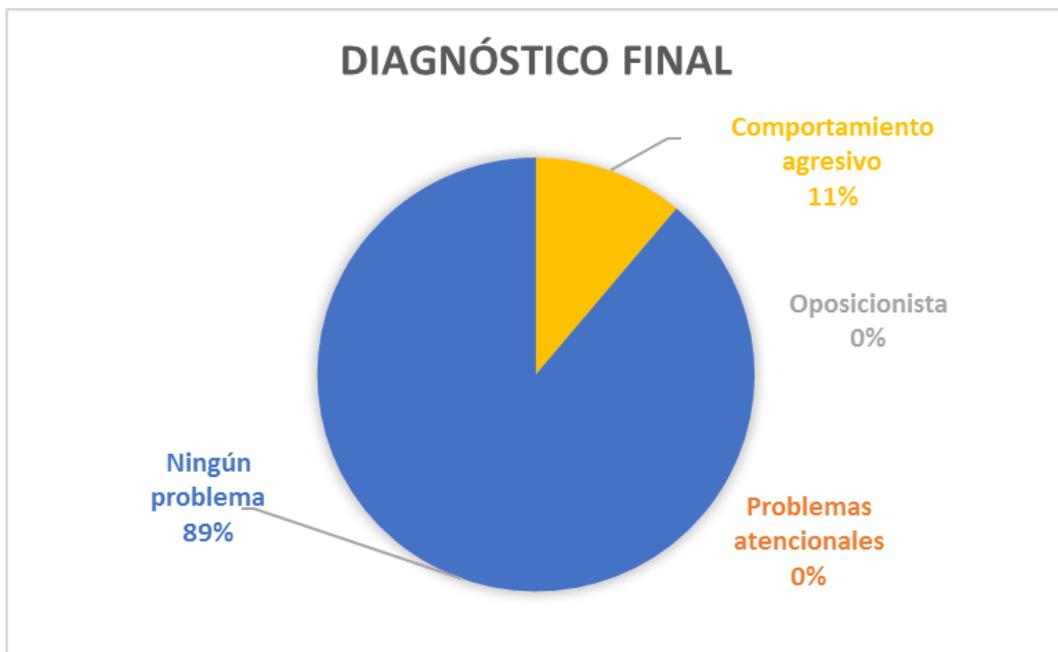


Figura 3: Diagnóstico final de los cinco casos con problemas externalizantes

Después de haber realizado la intervención cognitiva conductual con los cinco casos, se evidenció una mejoría disminuyendo la sintomatología, por lo que, en las escalas de oposición y problemas atencionales, desapareció totalmente, y en relación al comportamiento agresivo disminuyó un 22%, evidenciándose una efectividad de 89% de la terapia cognitiva conductual.

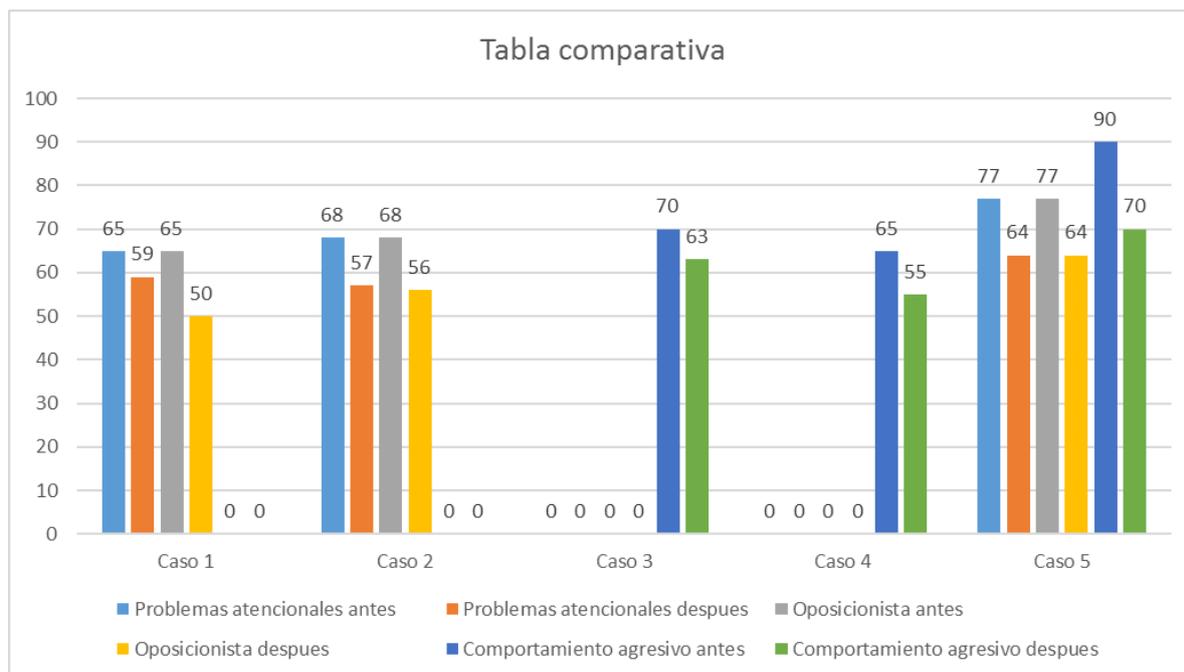


Figura 4: Avances antes y después de los casos, retest del cuestionario Infantil, versión padres (CBCL).

Por medio del gráfico se puede evidenciar el grado de incidencia que tuvo el programa de intervención cognitiva conductual en niños con problemas externalizantes, en cada uno de los participantes se evidenció una mejoría notable, aplicándose el retest con el cuestionario de comportamiento infantil, versión padres, CBCL. Presentándose una efectividad de 89% de la terapia cognitiva conductual, en el caso 5 en cuanto al comportamiento agresivo, disminuyó de clínico a límite, en el resto de casos ha disminuido completamente la sintomatología.

4.2 Análisis de resultados cualitativos

En el análisis de los cinco casos se encontraron las siguientes similitudes: factores familiares comunes como, por ejemplo: los niños venían de familias disfunciones, en el que habían recibido maltrato físico y psicológico por parte de algún familiar, ya sea de su madre, tío o abuelos. Otra característica del grupo fue que en alguna etapa de la vida en especial en los primeros años, fueron abandonados por su madre debido a que las madres migraron de su lugar de origen para conseguir trabajo, dejándoles a cuidados de algún familiar. También se pudo determinar que provienen de familias uniparentales o reconstruidas. En relación con las madres de los niños, estas presentaban en común que fueron madres jóvenes (18- 22 años), con estilo de crianza rígido, utilizando el castigo físico como herramienta para educar a sus hijos y los niños no mantienen contacto o presentan poco contacto con el padre.

De los 5 casos de estudio además de presentar indicadores de problemas externalizantes, presentaron problemas internalizantes como quejas somáticas, ansiedad, depresión y retraimiento.

Se logró de manera indirecta disminuir un poco la sintomatología internalizante de los niños, por medio del programa aplicado.

4.3 Discusión de los Resultados

En este estudio se encontró resultados favorecedores, ya que los padres, indican un mayor número de problemas internalizantes y externalizantes, al igual que en las escalas de problemas sociales y de pensamiento que los profesores, tanto los profesores como los padres consideraron a los varones con mayor problema, esto coincide con la investigación realizada por C, Montiel, Montiel y Peña (2007), quienes obtuvieron datos normativos para una muestra representativa de niños venezolanos. Resultados similares se obtuvieron en la investigación sobre la percepción de la madre en comparación con el personal educativo realizado en Chile por los autores A, Gómez, Santelices, Gómez y Farkas (2014).

Estos resultados se deben a que probablemente los profesores no conocen a fondo a los niños, otro factor que puede ser que en la escuela existe mayor orden y reglas que en la casa, además la conducta se puede modelar a través de la interacción con sus compañeros, mientras que en la casa es más difícil establecer normas y reglas en el niño

En relación al sexo de los niños con los problemas internalizantes y externalizantes se evidenció tanto en el cuestionario de profesores, como en el de padres, que los niños presentan mayor dificultad en especial en las escalas de quejas somáticas, ansiedad, retraimiento y en cuanto a los problemas externalizantes, los padres reportaron mayores indicadores de problemas de atención y conducta oposicionista, estos resultados se asemejan a lo encontrado por Almonte, Montt y Correa (2003) en el que obtuvieron una muestra en la que predomina el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial con un 12%, presentándose el trastorno oposicionista en gran mayoría en la etapa escolar alrededor de 6 y 8 años, datos corroborados con el CIE, 10 y con el estudio de Moffitt y Scott (2009).

En relación con la ciudad de Cuenca, se ha encontrado estudios, relacionados con la prevalencia de problemas conductuales en donde los autores Pesántez, Farfán y Carpio (2013), han realizado un estudio con una muestra de 184 alumnos de primero y segundo de básica encontrando que un 20% es decir unos 33 alumnos presentan problemas de Conducta,

corroborándose con ésta investigación, ya que de 81 niños y niñas, se obtuvo la muestra 17 niños con indicadores de problemas de conducta, equivalentes al 20.9%.

En cuanto a los resultados cualitativos, obtenidos mediante las entrevistas a los padres, historias clínicas y evoluciones de cada sesión presentaron cierta información similar entre los casos. Al parecer los factores familiares como los hogares disfuncionales, el maltrato físico y psicológico, familias uniparentales o reconstruidas, las madres jóvenes, estilo de crianza rígido con predominancia al castigo y el tener ningún o poco contacto con el padre, presentan como consecuencia el desarrollo de indicadores de problemas de conducta, esto se ha confirmado con lo indicado en el estudio de Greene y Ablon (2006). Además, concuerdan con una investigación acerca de la influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas realizado por Norono, Cruz, Cadalso y Fernández (2002).

Por otra parte, en las características de los niños se encontró indicadores de problemas internalizantes como depresión, ansiedad, quejas somáticas y otros indicadores como problemas sociales y de pensamiento, presentando comorbilidad entre los trastornos, situación que coincide con lo mencionado en el CIE, 10.

Por los resultados obtenidos, mediante el retest, se puede concluir que la terapia cognitiva conductual ha sido efectiva para reducir los problemas externalizantes en los niños, proporcionándoles estrategias para resolución de problemas, mecanismos de autocontrol, mejoría en habilidades sociales y disminución del comportamiento agresivo. En esta terapia cognitiva para niños se ha establecido con el modelo propuesto por las tres corrientes de la teoría cognitiva conductual que son: la teoría conductual, aprendizaje social de Bandura y la autorregulación de Luria y Vigotsky, en el que se ha utilizado desde economía de fichas, modelado, entrenamiento en auto-instrucciones, además se ha realizado terapia conjunta con los padres, ya que Bunge et al. 2009 considera que existen ciertas limitaciones de acuerdo a la edad del niño, por lo que se ha aplicado el programa de entrenamiento de Rusell Barley, con la finalidad de brindar estrategias a los padres, para que puedan mejorar la conducta de sus hijos.

4.4 Conclusión

Todos los casos provenían de hogares disfuncionales, con estilo de crianza rígido. Los padres, reportan un mayor número de problemas internalizantes y externalizantes, al igual que en las escalas de problemas sociales y de pensamiento, excepto en la escala de comportamiento agresivo. En relación a la percepción de problemas sociales y del pensamiento los padres consideraron a los niños y niñas con mayor dificultad que lo que hacen sus maestros

Tanto los maestros como los padres reportan mayores problemas conductuales en los niños varones en especial en las escalas de quejas somáticas, ansiedad, retraimiento y en cuanto a los problemas externalizantes los padres indican mayores problemas de atención y oposicionista.

La terapia cognitiva conductual ha sido efectiva para reducir los problemas externalizantes en los niños, proporcionándoles estrategias para resolución de problemas, mecanismos de autocontrol, mejoría en habilidades sociales y disminución del comportamiento agresivo.

La aplicación del retest se realizó con el cuestionario de conducta infantil versión padres, y se evidenció mejoría, llegando a cambiar los indicadores de límite, clínico a normal. Por otra parte, se aplicó el retest con el cuestionario de los profesores, pero no se evidenció gran cambio.

Otro efecto de la terapia cognitiva conductual fue una ligera disminución en los problemas internalizantes como quejas somáticas, ansiedad, depresión y en las escalas de problemas de pensamiento y problemas sociales.

5. Recomendaciones

- Extender esta investigación, con la intervención psicológica a los niños que presentaron indicadores de problemas internalizantes.
- Concientizar a los padres de los niños que presentaron problemas de conducta y no acudieron al programa, de la necesidad de recibir asistencia psicológica.
- Realizar el seguimiento de los niños en la institución para comprobar el mantenimiento de las nuevas conductas o su regresión.
- Aplicar los instrumentos en los meses de enero y febrero, con la finalidad de que los profesores puedan familiarizarse con los niños y poder determinar su comportamiento de mejor manera.
- Es necesario, que los profesores también participen en el proceso de intervención cognitiva conductual con los niños.

6. Limitaciones

- Poco compromiso por parte de los padres de familia, ya que no consideran a esta edad que los problemas de conducta sean un problema grave o que merezca atención.

- Se presentó en algunos niños falta de motivación, por lo que presentaban cierta dificultad para realizar la técnica.

7. Bibliografía

Achenbach, T. (1991). *Child Behavior Checklist/4-18*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.

Achenbach, T., y Rescorla, L. (2001). *Manual para los formularios y perfiles ASEBA en edad escolar*. Burlington: Centro de Investigación para Niños, Jóvenes y Familias, Universidad de Vermont.

Albores, L et al. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(6), 393-399. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39472677/Validity_and_reability_of_the_CBCL6-18.20151027-26698-1e2jzct.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484256902&Signature=uB1JZTq6CxBS03dvsklivMM%2FTA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DValidity_and_reability_of_the_CBCL_6-18..pdf

Almonte, C., Montt, M., y Correa, A. (2003). *Psicopatología Infantil y de la adolescencia*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Alonso, A., y Swiller, H. (1996). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. El manual Moderno, SA. de C.V. México.

American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4to ed). Barcelona: MASSON, S.A.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statical manual of mental disorders* (5a ed., texto rev.). Washington, DC: Autor.

Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A., y Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños de edad escolar. *Salud Mental*, 25(3). Recuperado de https://www.academia.edu/7318101/FACTORES_DE_RIESGO_FACTORES_PROTECTORES_Y_GENERALIZACION_DEL_COMPORTEMENTO_AGRESIVO_EN_UNA_MUESTRA_DE_NI%3%91OS_EN_EDAD_ESCOLAR

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Oxford, England: Prentice-Hall.

Barkley, R. (2000). *Hijos desafiantes y Rebeldes*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Bordin, I., et al. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública*, vol.29, 13-28.

Bradley, S., Jadda, D., Brody, J., Landy, S., Tallet, S., Watson, W., Shea, B., y Stephens, D. (2003) Brief Psychoeducational Parenting Program: An Evaluation and 1 Year Follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1171-1178. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709619791>

Briggs, M., Carter, A., Bosson, J., Guyer, A. y Horwitz, S. (2006). Are Infanttoddler Social-emotional and Behavioral Problems Transient? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 45, (7), 849-858.

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

Caseras, X., Fullana, M., y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial: Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. *Una perspectiva conductual de sistemas*. 277-302.

Centro de Estudios del Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP). (1983). Salud mental del escolar. *Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de Tomas Achenbach en niños de 6 a 11 años*. Santiago de Chile: Publicación UNICEF.

Cid, P., Díaz, A., Pérez, M., Torruella, M., y Valderrama, M. (2008). Agresión y violencia en la escuela como factor de riesgo del aprendizaje escolar. *Ciencia y enfermería XIV*. (2), 21-30. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art04.pdf>

Cie-10. (1992). *Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Técnicas gráfica. Forma, S.A.

Colimon, K. (1990). *Fundamentos de Epidemiología*. Medellín: Díaz de Santos.

Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., y Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15482496>

Cugat, E. (2013). Herramientas y estrategias aplicables en niños con trastorno de conducta: *éxito en la redirección de conductas disruptivas en el aula*. Recuperado de: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/20081/6/ecugatpPracticum0213memoria.pdf>

Dadds, M., Maujean A. y Fraser, J. (2003) Parenting and Conduct Problems in Children: Australian Data and Psychometric Properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 38, 238-241. Recuperado de <https://experts.griffith.edu.au/publication/n716bbf0d4d4437cce25bc6371f7e537f>

Díaz, M. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: Trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. *Manual de Terapia de Conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.

Edelbrock, C., Crnic, K., y Bohnert, A. (1999). Interview as communication: an alternative way of administering the diagnostic interview schedule for children. *J Abnorm Child Psychol*. 27, 447-53

Fariz, M., Mías, C., y Moura, C. (2002). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide.

Fernández, I. (2001). *Guía para la convivencia en el aula*. Barcelona: Cisspraxis.

Flores, M. (2012). Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en palma de Mallorca. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/107959/tiff1de1.doc.pdf?sequence=1>

Freire, P. (2004). *Pedagogía da Autonomia*. México: Siglo XXI. Recuperado de <http://bsasjuven.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/freire.pdf>

Frick, P., y White, S. (2008). Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *The Journal of child*

psychology and psychiatry. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2007.01862.x/full>

Gardner, W. (2006). Directrices y principios para la práctica: *Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta*. Recuperado de: http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/59L_evaluacion.pdf

Gómez, A., Santelices, M., Gómez, D., Rivera, C., y Farkas, C. (2014). Problemas Conductuales en preescolares chilenos: Percepción de la madre y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos XI*. (2), 175-187. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v40n2/art11.pdf>

Gonzáles, M., y Carrasco, M. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*. 4 (2), 83-105. Recuperado de: <file:///C:/Users/Angie/Downloads/out.pdf>

Greene, R., y Ablon, J. (2006). *Treating Explosive kids*. New York. London. The Guilford Press. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=esOO2d1e-4UC&oi=fnd&pg=PR1&dq=greene+y+ablon+2006+treating+explosive+kids.+new+york.+london+the+guilford+press&ots=cD2ifVkoGr&sig=PbWDx-Fi_XzOeIpIykSCmmgFTO0#v=onepage&q=greene%20y%20ablon%202006%20treating%20explosive%20kids.%20new%20york.%20london%20the%20guilford%20press&f=false

Heman, A. (sin fecha). Inseguridad: una actitud. *El enfoque Cognitivo Conductual*.

Henao, J. (2005). La prevención temprana de la violencia: Una revisión de programas y modalidades de intervención. *Universitas Psychologica*, 4(2), 161-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64740205.pdf>

Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar: *estudio pedagógico*.28, 193- 204. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052002000100012

Jensen, S., Edelbrock, C. (1999). Subject and interview characteristics affecting reliability of the diagnostic interview schedule for children. *J Abnorm Child Psychol*. 27: 413-5. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1021971724048>

Kazdin, A. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: Avances de la investigación. *Psicología Conductual*. 1 (1), 111-114: Recuperado de: <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1993/num1/Tratamientos%20conductuales%20y.pdf>

Leahy, R. (2004). *Contemporary Cognitive Therapy: Theory research and practice*. E. Guilford Press. New York.

Maturana, H., y Dávila, X. (2006). Desde la matriz biológica de la existencia humana. *PRELAC*, 2, 30-39. Recuperado de file:///C:/Users/Angie/Downloads/matriz_biol%C3%B3gica_existencia_humana_maturana.pdf

Mahoney, M. (2003). *Psicoterapia constructiva: una guía práctica*. E. Paídos.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive- behavior modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.

Miranda, A., y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información psicológica*, 100, 100-114.

Moffit, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent offending: a complementary pair of developmental theories. *Developmental theories of crime and delinquency*. New Brunswick, NJ.

Moffitt, T. E., & Scott, S. (2009). *Conduct disorders of childhood and adolescence. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 543-564.

Montiel, C., Montiel, I., y Peña, J. (2007). Datos normativos del cuestionario sobre el comportamiento de niños- versión para padres (CBCL) y versión para profesores (TRF) en una muestra de niños venezolanos. *Psicología Conductual*. 15 (1), 29-44. Recuperado de <http://neurologiavenezuela.org/i/imagenes/descargables/articulos%20medicos/2012/cbcl.pdf>

Norono, N., V., Cruz, R., Cadalso, R., y Fernández, O. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Rev Cubana Pediatría*, 74(2), 138-144. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000200007&script=sci_abstract

Pérez, I., Pinzón, A., Gonzales, R., y Sánchez, J. (2005). Influencia de la televisión violenta en niños de una escuela pública de Bogotá, Colombia. *Salud Pública*, 7 (1), 70-88. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S012400642005000100006&script=sci_abstract&tlng=en

Pesántez, I., Farfán, S., y Carpio, B. (2013). *El bajo rendimiento escolar y su relación con la malnutrición y conducta en los niños del primero y segundo año de educación básica de la escuela zoila aurora palacios cuenca* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6730/1/TESIS.pdf>

Pino, S. (2011). *Propuesta de estrategias psicosociales tendientes a disminuir la violencia escolar entre pares* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2214/1/tps715.pdf>

Polaino, A., Avila, C., Cabanyes, J., Orjales, I., y Moreno, C. (1997). *Manual de hiperactividad Infantil*. Madrid: Unión Editorial.

Puerta, I.(2004). Instrumentos para evaluar los trastornos de conducta. *Revista de Neurología*. 38 (3),271-277. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3803/q030271.pdf>

Rains, C. (2003). Teacher's Report Form.

Rodas, F. (2007).la agresividad infantil. Infancia y adolescencia. Recuperado de: <http://infanciayadolescencia.blogspot.com/2007/11/la-agresividad-infantil.html>

Rodas, F. (2007). El trastorno afectivo- conductual en la infancia. Recuperado de: <http://infanciayadolescencia.blogspot.com/2007/11/el-trastorno-afectivo-conductual-en-la.html>

Rotter, J., Chance, J., y Phares, E. (1972). *Application of a social learning theory of personlity*. New York, Rhinehart y Winston.

Royal College of Psychiatrists (2001). *DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/ mental retardation*. London, Gaskel Press.

Shirk, S. (1988). *Cognitive development and child psychoterapy*. Nueva York: Plenum.

Tursz, A. (2001). Mental disorders in children: The value of epidemiology. *Archives De Pediatrie : Organe Officiel De La Societe Francaise De Pediatrie*, 8(2), 191-203.

Velásquez, J., y Frola, P. (2011). *Los problemas de Conducta en el Aula*. México. Recuperado de: <https://issuu.com/luisenrique87/docs/losproblemasdeconductaenelaula-1203>

Verlinden, S., Hersen, M., y Thomas, J. (2000). Risk factors in school shootings. *Clinical Psychology*, 20(1). Recuperado de http://www15.uta.fi/arkisto/aktk/projects/sta/Verlinden_Hersen_Thomas_2000_Risk-Factors-in-School-Shootings.pdf

Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society: The development of higher psychologic proceses*. Cambridge: Harvard University Press.

Waddell, C., y Shepherd, C. (2002). Prevalence of mental disorders in children and youth. *Vancouver: The University of British Columbia*. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.552.7724&rep=rep1&type=pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de historia Clínica.

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Hospital Universitario del Río

FECHA: _____

1. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGION: _____

LUGAR/ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RESIDENCIA: _____ **DIRECCIÓN:** _____

TELEF: _____

INSTRUCCIÓN: _____ **OCUPACIÓN:** _____

INFORMANTE: _____

CONFIABILIDAD: _____

TERAPEUTA: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

1. ANTECEDENTES

2. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR

3. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

4. DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO.

5. CRITERIOS PRONÓSTICOS

6. RECOMENDACIONES

Responsables

Dra. Ana Lucía Pacurucu
Ps Clínica Infantil

Andrea Quito
Dpto. Psicología Clínica

Anexo 2: Cuestionario de Conducta Infantil, versión padres (CBCL)

Corporació Sanitària CLÍNIC

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

C.B.C.
4-5; 6-11; 12-16

SUBDIVISIÓ DE PSIQUIATRIA
(PSIQUIATRIA INFANTIL I JUVENIL)

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO: _____ FECHA _____

A continuació encontrará una serie de frases que describen algunos comportamientos y problemas de los niños y de los adolescentes. Léalas pensando si esa manera de comportarse es la que ha tenido su hijo (o hija) **durante los últimos 6 meses.**

Haga una señal en la casilla (□) correspondiente a "NO NUNCA", "ALGUNAS VECES" o "MUCHAS VECES" de acuerdo con lo que usted cree que le sucede a su hijo.

No deje ninguna cuestión por contestar.

Versión original castellana (1981) del C.B.C. de T.N. Achenbach (Universidad de Vermont), adaptada para uso experimental por J. TORO.

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
1. Se comporta como si fuera más pequeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
2. Es alérgico. (Explíquelo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
3. Discute mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
4. Tiene asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
5. Actúa como si fuera del sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
6. Se hace sus necesidades ("caca") encima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
7. Es presumido y fanfarrón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
8. No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8
9. No puede apartar de su cabeza ciertos pensamientos u obsesiones. (Explíquelo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9
10. No puede sentarse quieto ni estar tranquilo; siempre está moviéndose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10
11. Es demasiado dependiente de los adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11
12. Se queja de que se siente solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12
13. Se aturde, se desconcierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13
14. Llora mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14
15. Es cruel con los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15
16. Es abusón, cruel o desconsiderado con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16
17. Sueña despierto o se queda distraído con sus pensamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17
18. Se hace daño expresamente o ha intentado suicidarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18
19. Exige que estén muy pendientes de él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19
20. Destroza sus cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20
21. Destroza cosas de otros niños o de familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21
22. Es desobediente en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22
23. Es desobediente en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23
24. No come bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24
25. No se lleva bien con los otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26
27. Tiene celos con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27
28. Come o bebe cosas que no son alimentos (Explíquelo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son el colegio) (Explíquelo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29
30. Tiene miedo a ir al colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30
31. Tiene miedo a pensar algo malo o a hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31
32. Cree que tiene que ser perfecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32
33. Se queja o piensa que nadie lo quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33
34. Piensa que los demás le quieren hacer daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34
35. Cree que es inútil o inferior a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35
36. Se hace daño o tiene accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36
37. Se mete en muchas peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37
38. Se burlan de él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38
39. Tiene malas compañías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 39
40. Oye cosas o a personas que no están presentes. (Explíquelo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40
41. Es impulsivo, hace las cosas sin pensar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 41
42. Le gusta estar solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 42
43. Dice mentiras o hace trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43
44. Se muerde las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 44
45. Es nervioso, sensible o tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45
46. Hace movimientos nerviosos o tiene tics. (Explíquelo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 46
47. Tiene pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 47

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
48. No cae bien a otros niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48
49. Tiene estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 49
50. Es demasiado miedoso o angustiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50
51. Le dan mareos (vértigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51
52. Se siente demasiado culpable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52
53. Come demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53
54. Está demasiado cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54
55. Está demasiado gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55
56. Tiene trastornos físicos a los que no se ha encontrado una causa médica:			
a. Dolores o molestias en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56a
b. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56b
c. Náuseas, ganas de vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56c
d. Problemas en los ojos. (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56d
e. Ronchas, sarpullidos u otras alteraciones de la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56e
f. Dolores de barriga, retortijones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56f
g. Vómitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56g
h. Otros trastornos. (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56h
57. Ataca físicamente a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 57
58. Se mete el dedo en la nariz, se pellizca la piel u otras partes del cuerpo. (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 58
59. Juega con su sexo o lo toca en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 59
60. Toca o juega demasiado con su sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60
61. Su trabajo escolar es deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61
62. Se mueve torpemente, con mala coordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 62
63. Prefiere jugar con compañeros mayores que él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63
64. Prefiere jugar con compañeros de menos edad que él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64
65. No quiere hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65
66. Repite algunos comportamientos una y otra vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66
67. Se marcha (se fuga) de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67
68. Grita mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 68
69. Es reservado, guarda sus pensamientos para él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69
70. Vé cosas que no están presentes. (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 70
71. Teme hacer el ridículo y se desconcierta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71
72. Enciende fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 72
73. Tiene problemas sexuales (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 73
74. Le gusta llamar la atención, hace el payaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 74
75. Es tímido o vergonzoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 75
76. Duerme menos que la mayoría de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 76
77. Duerme más que la mayoría de los niños, de día o de noche. (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 77
78. Ensucia o juega con sus excrementos (con la "caca").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 78
79. Tiene problemas de pronunciación o de habla. (Explíquelo: _____ _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 79
80. Se queda absorto, mirando al vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 80

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
81. Roba en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 81
82. Roba fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 82
83. Acumula o almacena cosas que no necesita. (Explíquelo: _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 83
84. Hace cosas extrañas o raras. (Explíquelas: _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 84
85. Tiene ideas extrañas o raras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 85
86. Es tozudo, malhumorado o irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 86
87. Su humor o sus sentimientos cambian bruscamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 87
88. Se enfada o enfurruña fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 88
89. Es desconfiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 89
90. Dice palabrotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 90
91. Dice que se quiere matar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 91
92. Habla o camina cuando está durmiendo. (Explíquelo: _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 92
93. Habla demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 93
94. Se burla mucho de otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 94
95. Tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 95
96. Piensa demasiado en cuestiones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96
97. Amenaza a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 97
98. Se chupa el dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 98
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 99
100. No duerme bien. (Explíquelo: _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 100
101. Falta a la escuela sin motivo (hace novillos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 101
102. Es poco activo, se mueve con lentitud o le falta energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 102
103. Está descontento, triste o deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 103
104. Hace demasiado ruido. Escandaloso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 104
105. Bebe alcohol o toma drogas. (Explíquelo: : _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 105
106. Actúa vandálicamente, hace el garberro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 106
107. Se orina encima durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 107
108. Se orina en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 108
109. Se queja de todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 109
110. Le gustaría ser del otro sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 110
111. Es retraído, se relaciona poco con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 111
112. Está preocupado por las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 112
113. Por favor, a continuación escriba cualquier otro problema o trastorno de su hijo que no haya aparecido en la lista anterior: _____ _____ _____ _____			

* ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS CUESTIONES.
 * POR FIN, SUBRAYE AQUELLAS QUE A USTED MAS LE PREOCUPAN.

Anexo 3: Cuestionario de Conducta infantil, versión profesores (TRF)

C..B.C ESCOLAR

A continuación hay una lista de conductas que describen a los alumnos/as. Piense cómo cada una de ellas describe a este niño /8º concreto/a ahora o durante los últimos 2 meses:

- Rodee el 2 con un círculo si lo que se describe se aplica al alumno /a como CASI SIEMPRE o MUY CIERTO.
- Rodee el 1 si se aplica solamente EN PARTE o ALGUNAS VECES
- Rodee el 0 si lo que se describe se aplica raramente o es FALSO en relación al niño /a.

Por favor, conteste todos los ítems lo mejor que pueda, incluso aunque le parezca que algunos no se ajustan exactamente o son difícilmente aplicables a este alumno/a.

0 = FALSO (Por lo menos hasta donde usted conoce) 1= EN PARTE O ALGUNAS VECES 2 = MUY CIERTO O CASI SIEMPRE

1	Actúa como si fuera más pequeño	0	1	2	29	Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son el colegio) Describir.	0	1	2
2	Canturrea y hace ruidos (extraños) en clase	0	1	2	30	Tiene miedo a ir al colegio	0	1	2
3	Discute mucho	0	1	2	31	Tiene miedo a pensar o hacer algo malo	0	1	2
4	No termina las cosas	0	1	2	32	Cree que debe ser perfecto	0	1	2
5	Se comporta como si fuera del sexo opuesto	0	1	2	33	Se queja o siente que nadie lo quiere	0	1	2
6	Desafiante, impertinente con los adultos	0	1	2	34	Se siente perseguido	0	1	2
7	Es presumido y fanfarrón	0	1	2	35	Se siente inútil o inferior a los demás.	0	1	2
8	No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato	0	1	2	36	Se hace daño a menudo, propenso a accidentes	0	1	2
9	No puede apartar de su mente ciertos pensamientos, obsesiones(describir)				37	Se mete en muchas peleas	0	1	2
10	No puede permanecer sentado ni estar tranquilo	0	1	2	38	Se burlan de él	0	1	2
11	Es demasiado dependiente de los adultos	0	1	2	39.	Tiene malas compañías	0	1	2
12	Se queja de que se siente solo	0	1	2	40.	Oye ruidos o personas que no están presentes. (describir)	0	1	2

13	Parece confundido, ofuscado.	0	1	2	41	Es impulsivo o actúa sin pensar	0	1	2
14	Llora mucho	0	1	2	42	Le gusta estar solo	0	1	2
15	Parece inquieto, ansioso	0	1	2	43	Dice mentiras o hace trampas	0	1	2
16	Es cruel o desconsiderado con los demás	0	1	2	44	Se muerde las uñas	0	1	2
17	Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos	0	1	2	45	Nervioso, sensible o tenso	0	1	2
18	Se hace daño deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	46	Hace movimientos nerviosos o tiene tics (describir)	0	1	2
19	Exige mucha atención	0	1	2	47	Se conforma con las normas	0	1	2
20	Destroza sus cosas	0	1	2	48	No cae bien a otros niños	0	1	2
21	Destroza cosas de los demás	0	1	2	49	Tiene dificultades para aprender	0	1	2
22	Tiene dificultad para cumplir órdenes	0	1	2	50	Demasiado miedoso o ansioso	0	1	2
23	Desobediente en la escuela	0	1	2	51	Le dan mareos, vértigos	0	1	2
24	Molesta a los demás	0	1	2	52	Se siente demasiado culpable	0	1	2
25	No se lleva bien con los otros alumnos	0	1	2	53	habla cuando no es su turno	0	1	2
26	No parece sentirse culpable después de haberse portado mal	0	1	2					
27	Se siente celoso con facilidad	0	1	2					
28	Come o bebe cosas que no son alimentos (describir)								

0 = FALSO

1 = EN PARTE O

2 = MUY CIERTO O

(Por lo menos hasta donde Ud. conoce) ALGUNAS VECES

CASI SIEMPRE

54	Parece demasiado cansado	0	1	2	73	Se comporta de forma irresponsable (Describir)	0	1	2
55	Está demasiado gordo	0	1	2	74	Le gusta llamar la atención, hacer el payaso	0	1	2
56	Tiene trastornos físicos a los que no se ha encontrado causas médicas	0	1	2	75	Es tímido o vergonzoso	0	1	2
a	Dolores o molestias	0	1	2	76	Explosivo. Su conducta es imprevisible.	0	1	2
b	Dolores de cabeza	0	1	2	77	Sus deseos deben cumplirse inmediatamente	0	1	2
c	Náuseas, ganas de vomitar	0	1	2	78	Desatento, se distrae con facilidad	0	1	2
d	Problemas con los ojos (describir)	0	1	2	79	Problemas de lenguaje (describir)	0	1	2
e	sarpullidos	0	1	2	80	Se queda absorto	0	1	2
f	Dolores de barriga	0	1	2	81	Sensible a las críticas	0	1	2
g	vómitos	0	1	2	82	roba	0	1	2
h	Otros problemas físicos (describir)	0	1	2	83	Acumula o almacena cosas que no necesita (Describir)	0	1	2
57	Ataca físicamente a otras personas	0	1	2	84	Hace cosas extrañas o raras (Describir)	0	1	2
58	Se hurga la nariz, se pellizca la piel u otras partes del cuerpo (Describir)	0	1	2	85	Tiene ideas extrañas o raras (Describir)	0	1	2
59	Se duerme en clase	0	1	2	86	Testarudo, taciturno o irritable.	0	1	2
60	Apático, sin interés, desmotivado	0	1	2	87	Tiene cambios bruscos de humor	0	1	2
61	Su trabajo escolar es deficiente	0	1	2	88	Se enfada con facilidad	0	1	2
62	Se mueve con torpeza, tiene mala coordinación	0	1	2	89	desconfiado	0	1	2
63	Prefiere estar con niños mayores que él	0	1	2	90	Dice palabrotas	0	1	2
64	Prefiere estar con niños	0	1	2	91	Dice que se quiere morir	0	1	2

	menores que él								
65	No quiere hablar	0	1	2	92	Trabaja por debajo de sus posibilidades	0	1	2
66	Repite algunos comportamientos una y otra vez. Compulsiones. (Describir)	0	1	2	93	Habla demasiado	0	1	2
67	Altera la disciplina de la clase	0	1	2	94	Molesta mucho	0	1	2
68	Grita mucho	0	1	2	95	Tiene rabietas o mal genio	0	1	2
69	Reservado, guarda sus pensamientos para él.	0	1	2	96	Parece preocupado por cuestiones relativas al sexo	0	1	2
70	Ve cosas que no están presentes (Describir)	0	1	2	97	Amenaza a otras personas	0	1	2
71	Teme hacer el ridículo, se desconcierta fácilmente	0	1	2	98	Llega tarde al colegio o a clases	0	1	2
72	Su trabajo es desordenado, sucio	0	1	2	99	Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza	0	1	2
					100	Falta al colegio sin justificar (novillos)	0	1	2

0 = FALSO

(Por lo menos hasta donde Ud. conoce) ALGUNAS VECES

1 = EN PARTE O

2 = MUY CIERTO O

CASI SIEMPRE

101	No consigue llevar a cabo las tareas asignadas	0	1	2	109	Se queja de todo	0	1	2
102	Poco activo, lento de movimientos o le falta energía	0	1	2	110	Su apariencia es sucia	0	1	2
103	Está triste, descontento o deprimido	0	1	2	111	Retraído, se relaciona poco con los demás.	0	1	2
104	Demasiado ruidoso	0	1	2	112	Está preocupado por las cosas	0	1	2
105	Bebe alcohol o toma drogas (Describir)	0	1	2	113	Por favor, escriba cualquier otro problema que no hay sido citado.	0	1	2
106	Demasiado preocupado por complacer	0	1	2					
107	No le gusta el colegio	0	1	2					
108	Está preocupado por cometer errores	0	1	2					

Anexo 4: Cronograma de actividades de la intervención conductual para padres

CRONOGRAMA A PADRES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ESTUDIANTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA IVÁN SALGADO

OBJETIVO GENERAL: modificar los problemas comportamentales en los niños y niñas de la escuela Iván salgado.			
SESIÓN	OBJETIVO TERAPEUTICO	TÉCNICAS	DURACIÓN
Sesión 1	Brindar información a los padres, sobre los problemas comportamentales de sus hijos (concepto, factores, consecuencias, etc.)	Paso 1:Comprensión de las causas del comportamiento (Programa de orientación a padres, para niños desafiantes.)	45 minutos
Sesión 2	Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños	Paso 2: Mejorar la relación con su hijo. Paso 3: Prestar atención cuando su hijo obedece (programa de orientación a padres de niños desafiantes)	45 minutos
Sesión 3	Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños. Establecer normas y reglas para los niños.	Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas. (programa de orientación a padres de niños desafiantes)	45 minutos

Sesión 4	<p>Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.</p> <p>Establecer normas y reglas para los niños.</p>	<p>Paso 5 y 6: tiempo fuera (programa de orientación a padres de niños desafiantes)</p>	45 minutos
Sesión 5	<p>Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.</p>	<p>Paso 7: manejo de los niños en lugares públicos.</p> <p>Paso 8: estrategias para mejorar la conducta escolar desde la escuela (programa de orientación a padres de niños desafiantes)</p>	45 minutos
Sesión 6	<p>Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.</p>	<p>Paso 9: manejo de futuras dificultades en el comportamiento (programa de orientación a padres de niños desafiantes)</p>	45 minutos
Sesión 7	<p>Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.</p>	<p>Modelo para resolver conflictos interpersonales</p>	45 minutos

Sesión 8	Realizar la recapitulación de todas las sesiones	Cierre del programa de orientación a padres de niños desafiantes	45 minutos
----------	--	--	------------

Anexo 5: Cronograma de actividades para la aplicación cognitiva conductual en niños.

CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ESTUDIANTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA IVÁN SALGADO

OBJETIVO GENERAL: Modificar la conducta disfuncional de los niños que presentan indicadores de problemas externalizantes.			
SESIÓN	OBJETIVO TERAPEUTICO	TÉCNICAS	DURACIÓN
Sesión 1	Establecer la alianza terapéutica Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	Resolución de problemas	45 minutos
Sesión 2	Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo.	Termómetro del enojo Técnica del Buda.	45 minutos
Sesión 3	Entrenar al niño en cuanto al manejo del autocontrol	Entrenamiento en autoinstrucciones	45 minutos
Sesión 4	Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	El semáforo	45 minutos
Sesión 5	Brindar estrategias al niño para mejorar las habilidades sociales	Comunicación positiva	45 minutos
Sesión 6	Entrenar al niño en cuanto al manejo del autocontrol	Entrenamiento en Autoinstrucciones El freezer del enojo.	45 minutos

Sesión 7	Brindar estrategias al niño para mejorar las habilidades sociales	Comunicación positiva	45 minutos
Sesión 8	Realizar la recapitulación de todas las sesiones	Técnica del antes y después	45 minutos

Anexo 6: Plantilla de Calificación del cuestionario de Conducta Infantil (CBCL) y (TRF)

		Internalizado					Externalizado			T	
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	T
18	34	16	32	18	16	22	46	24	100		
17	33		31	17		21	45	23			
16	32	15	30	16	15	20	44	22			
15	31	14	29	15	14	19	43	21			
14	30	13	28	14	13	18	42	20			
13	29	12	27	13	12	17	41	19			
12	28	11	26	12	11	16	40	18			
11	27	10	25	11	10	15	39	17			
10	26	9	24	10	9	14	38	16			
9	25	8	23	9	8	13	37	15			
8	24	7	22	8	7	12	36	14			
7	23	6	21	7	6	11	35	13			
6	22	5	20	6	5	10	34	12			
5	21	4	19	5	4	9	33	11			
4	20	3	18	4	3	8	32	10			
3	19	2	17	3	2	7	31	9			
2	18	1	16	2	1	6	30	8			
1	17	0	15	1	0	5	29	7			
0	16	0	14	0	0	4	28	6			
0-1	15	0	13	0	0	3	27	5			
0-3	14	0	12	0	0	2	26	4			
0-2	13	0	11	0	0	1	25	3			
0-3	12	0	10	0	0	0	24	2			
0-1	11	0	9	0	0	0	23	1			
0-3	10	0	8	0	0	0	22	0			
0-2	9	0	7	0	0	0	21	0			
0-3	8	0	6	0	0	0	20	0			
0-1	7	0	5	0	0	0	19	0			
0-3	6	0	4	0	0	0	18	0			
0-2	5	0	3	0	0	0	17	0			
0-3	4	0	2	0	0	0	16	0			
0-1	3	0	1	0	0	0	15	0			
0-3	2	0	0	0	0	0	14	0			
0-2	1	0	0	0	0	0	13	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	12	0			
0-1	0	0	0	0	0	0	11	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	10	0			
0-2	0	0	0	0	0	0	9	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	8	0			
0-1	0	0	0	0	0	0	7	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	6	0			
0-2	0	0	0	0	0	0	5	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	4	0			
0-1	0	0	0	0	0	0	3	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	2	0			
0-2	0	0	0	0	0	0	1	0			
0-3	0	0	0	0	0	0	0	0			

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
11 Depresión de los niños	12 Se siente solo	13 Se desorienta	14 Se desorienta	15 Se desorienta	16 Se desorienta	17 Se desorienta	18 Se desorienta	19 Se desorienta
20 Miedo a ir al colegio	14 Hacer ruido	15 No quiere hablar	16 Se desorienta	17 Se desorienta	18 Se desorienta	19 Se desorienta	20 Se desorienta	21 Se desorienta
40 Miedo a ir al colegio	16 Miedo a ir al colegio	17 Miedo a ir al colegio	18 Miedo a ir al colegio	19 Miedo a ir al colegio	20 Miedo a ir al colegio	21 Miedo a ir al colegio	22 Miedo a ir al colegio	23 Miedo a ir al colegio
47 Presión de los niños	32 Presión de los niños	33 Presión de los niños	34 Presión de los niños	35 Presión de los niños	36 Presión de los niños	37 Presión de los niños	38 Presión de los niños	39 Presión de los niños
50 Ansiedad de los niños	33 Ansiedad de los niños	34 Ansiedad de los niños	35 Ansiedad de los niños	36 Ansiedad de los niños	37 Ansiedad de los niños	38 Ansiedad de los niños	39 Ansiedad de los niños	40 Ansiedad de los niños
70 Ansiedad de los niños	35 Ansiedad de los niños	36 Ansiedad de los niños	37 Ansiedad de los niños	38 Ansiedad de los niños	39 Ansiedad de los niños	40 Ansiedad de los niños	41 Ansiedad de los niños	42 Ansiedad de los niños
75 Ansiedad de los niños	48 Ansiedad de los niños	49 Ansiedad de los niños	50 Ansiedad de los niños	51 Ansiedad de los niños	52 Ansiedad de los niños	53 Ansiedad de los niños	54 Ansiedad de los niños	55 Ansiedad de los niños
	52 Ansiedad de los niños	53 Ansiedad de los niños	54 Ansiedad de los niños	55 Ansiedad de los niños	56 Ansiedad de los niños	57 Ansiedad de los niños	58 Ansiedad de los niños	59 Ansiedad de los niños
	64 Ansiedad de los niños	65 Ansiedad de los niños	66 Ansiedad de los niños	67 Ansiedad de los niños	68 Ansiedad de los niños	69 Ansiedad de los niños	70 Ansiedad de los niños	71 Ansiedad de los niños
	68 Ansiedad de los niños	69 Ansiedad de los niños	70 Ansiedad de los niños	71 Ansiedad de los niños	72 Ansiedad de los niños	73 Ansiedad de los niños	74 Ansiedad de los niños	75 Ansiedad de los niños
	84 Ansiedad de los niños	85 Ansiedad de los niños	86 Ansiedad de los niños	87 Ansiedad de los niños	88 Ansiedad de los niños	89 Ansiedad de los niños	90 Ansiedad de los niños	91 Ansiedad de los niños
	91 Ansiedad de los niños	92 Ansiedad de los niños	93 Ansiedad de los niños	94 Ansiedad de los niños	95 Ansiedad de los niños	96 Ansiedad de los niños	97 Ansiedad de los niños	98 Ansiedad de los niños
	103 Ansiedad de los niños	104 Ansiedad de los niños	105 Ansiedad de los niños	106 Ansiedad de los niños	107 Ansiedad de los niños	108 Ansiedad de los niños	109 Ansiedad de los niños	110 Ansiedad de los niños
	112 Ansiedad de los niños	113 Ansiedad de los niños	114 Ansiedad de los niños	115 Ansiedad de los niños	116 Ansiedad de los niños	117 Ansiedad de los niños	118 Ansiedad de los niños	119 Ansiedad de los niños
	total							



CBCL/6-18 PROFILE FOR GIRLS — SYNDROME SCALES

Age: 6-11 12-18 6-11 12-18 6-11 12-18 6-11 12-18 6-11 12-18 6-11 12-18 6-11 12-18
Internalizing Externalizing Total Score

Age:	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	T
26	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
25	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
24	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
22	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
21	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
20	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
19	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
18	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
17	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
16	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
15	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
14	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
13	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
12	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
11	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
10	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
9	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
8	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
7	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
6	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
5	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
4	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
3	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
2	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
1	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
≤50	12	18	16	16	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

ID# _____ Age _____
 Date CBCL filled out: _____
 CBCL filled out by: _____
 Computations
 Scale I _____
 + III _____
 T _____
 Internal (a) _____
 Scale VII _____
 + VIII _____
 T _____
 External (b) _____
 Scale IV _____
 V _____
 VI _____
 + Other _____
 Folds _____
 (c) _____
 Sum (a) + (b) + (c): T _____
 Total _____

I. ANKOUSS/ DEPRESSED	II. WITHDRAWN/ DEPRESSED	III. SOMATIC COMPLAINTS	IV. SOCIAL PROBLEMS	V. THOUGHT PROBLEMS	VI. ATTENTION PROBLEMS	VII. RULE-BREAKING BEHAVIOR	VIII. AGGRESSIVE BEHAVIOR
14. Gets a lot	5. Enjoys little	49. Nightmares	11. Dependent	9. Can't get mind off thoughts	1. Acts young	2. Drinks alcohol	3. Argues a lot
20. Fears school	42. Kater he alone	48. Constipated	12. Lonely	18. Hears self	4. Falls to finish concentrate	26. Lacks guilt	16. Mean
31. Fears doing bad	69. Secretive	51. Feels dizzy	25. Doesn't get along	40. Hears things alone	8. Can't concentrate	28. Breaks rules	19. Demands attention
32. Must be perfect	75. Shy, timid	54. Overfed	27. Jealous	58. Picks skin	10. Can't sit still	39. Bad friends	20. Destroys own things
33. Feels unloved	102. Lacks energy	56a. Headaches	34. Others out to get her	89. Sex parts too much	17. Daydreams	43. Less chats	22. Disobedient at home
worries	103. Sad	56c. Nervous	36. Gets teased	60. Sex parts too much	41. Impulsive schoolwork	67. Runs away	23. Disobedient at school
50. Fearful	111. Withdrawn	56d. Eye probs.	38. Gets teased	66. Repeats acts	61. Poor	81. Steals at home	27. Gets in fights
52. Feels too guilty	Total	56f. Slim probs.	48. Not liked	70. Sees things	78. Inattentive schoolwork	82. Steals outside home	37. Attacks people
conscious		56g. Vomiting	64. Prefers younger kids	83. Sleeps less	80. Stares	90. Swearing	68. Screams a lot
91. Talks of suicide		Total	79. Speech prob.	84. Strange behavior	Total	96. Thinks of sex too much	67. Mood changes
112. Worries				85. Strange ideas		98. Suits	88. Suits
Total				86. Sleep talk/walks		101. Truant	89. Sleeps more
				100. Trouble sleeping		105. Uses drugs	93. Talks too much
				Total		106. Vandalism	98. Thumbsucking
						Total	107. Weas self (day)
							108. Weas the bed
							109. Whining
							110. Wishes to be opposite sex
							113. Other problems
							Total

OTHER PROBLEMS
 6. BM out of toilet
 7. Brags
 14. Cruel to animals
 24. Doesn't eat well
 44. Bites nails
 53. Overeating
 55. Overweight
 56h. Other physical problems
 74. Shows off
 77. Sleeps more
 93. Talks too much
 98. Thumbsucking
 107. Weas self (day)
 108. Weas the bed
 109. Whining
 110. Wishes to be opposite sex
 113. Other problems
 Total

6-1-01 Edition 2003



TRF PROFILE FOR GIRLS — SYNDROME SCALES

Name _____
Date TRF filled out: _____
Age _____

ID# _____
TRF filled out by: _____

Age:	Internalizing					Externalizing					Total Score
	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	
32	32	18	18	18	18	24	24	40	40	40	100
31	30	15	17	17	19	23	23	39	39	39	95
30	29	15	16	16	20	22	22	36	36	36	90
29	28	14	15	15	19	21	21	35	35	35	89
28	27	14	15	15	18	20	20	34	34	34	88
27	26	13	14	14	17	19	19	33	33	33	87
26	25	13	13	13	16	18	18	32	32	32	86
25	24	13	13	13	15	17	17	31	31	31	85
24	23	12	12	12	14	16	16	30	30	30	84
23	22	12	12	12	13	15	15	29	29	29	83
22	21	11	11	11	12	14	14	28	28	28	82
21	20	11	11	11	11	13	13	27	27	27	81
20	19	10	10	10	10	12	12	26	26	26	80
19	18	10	10	10	9	11	11	25	25	25	79
18	17	9	9	9	8	10	10	24	24	24	78
17	16	9	9	9	7	9	9	23	23	23	77
16	15	9	9	9	6	8	8	22	22	22	76
15	14	8	8	8	5	7	7	21	21	21	75
14	13	8	8	8	4	6	6	20	20	20	74
13	12	7	7	7	3	5	5	19	19	19	73
12	11	7	7	7	2	4	4	18	18	18	72
11	10	6	6	6	1	3	3	17	17	17	71
10	9	6	6	6	0	2	2	16	16	16	70
9	8	5	5	5	0	1	1	15	15	15	69
8	7	5	5	5	0	1	1	14	14	14	68
7	6	4	4	4	0	0	0	13	13	13	67
6	5	4	4	4	0	0	0	12	12	12	66
5	4	3	3	3	0	0	0	11	11	11	65
4	3	3	3	3	0	0	0	10	10	10	64
3	2	2	2	2	0	0	0	9	9	9	63
2	2	1	1	1	0	0	0	8	8	8	62
1	1	1	1	1	0	0	0	7	7	7	61
0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	60
								5	5	5	59
								4	4	4	58
								3	3	3	57
								2	2	2	56
								1	1	1	55
								0	0	0	54
								0	0	0	53
								0	0	0	52
								0	0	0	51
								0	0	0	50
								0	0	0	49
								0	0	0	48
								0	0	0	47
								0	0	0	46
								0	0	0	45
								0	0	0	44
								0	0	0	43
								0	0	0	42
								0	0	0	41
								0	0	0	40
								0	0	0	39
								0	0	0	38
								0	0	0	37
								0	0	0	36
								0	0	0	35
								0	0	0	34
								0	0	0	33

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
Web: www.aseba.org
UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

6-1-01 Echlon-303

See other side for %iles of Attention Problems subscale scores

Anexo 7: Historias Clínicas de los casos y evoluciones

CASO 1

Historia Clínica

Fecha: 11 de Noviembre del 2016.

Datos Informativos

Nombre: A. A

Edad: 9 años.

Estado Civil: Soltera

Religión: católica.

Lugar y fecha de Nacimiento: 11 de noviembre del 2007.

Dirección: Autopista Cuenca- Azogues

Instrucción: Primaria.

Ocupación: Estudiante

Informante: Madre del paciente

Confiabilidad: Buena

Motivo de consulta

La niña es remitida por la psicóloga de la institución.

Antecedentes

El nacimiento de la paciente fue parto normal, a los 3 meses de nacida le dio bronquitis, su madre la tuvo de 18 años, dos años se ausento para ir a estados Unidos a trabajar. En cuanto al desarrollo caminó al año, empezó a hablar al año y medio y al año, seis meses dejo el biberón.

Por otra parte A, presenta dificultades en matemáticas, ciencias naturales y lenguaje, por lo que la madre de la paciente manifiesta que la niña es lenta para hacer los deberes.

Biografía psicológica personal y familiar (Genograma)

A, proviene de una familia uniparental. La madre del paciente manifiesta que en la casa la relación es buena y estable, aunque en ciertas ocasiones la niña no hace caso en los quehaceres del hogar, presentando una actitud desafiante. Además manifiesta que en varias ocasiones acude al castigo físico, para qué la paciente le haga caso, sin embargo casi no ha funcionado, el estilo de crianza de la madre hacia la niña es estricto y poco flexible.

Madre: 28 años (secretaria).

En el área académica A, presenta dificultades en matemáticas, inglés y ciencias naturales.

En ámbito social, le cuesta trabajo hacer amigos, caracterizándose por ser muy tímida.

La madre considera a la niña que es muy inquieta, distraída, callada aunque desafiante en ciertas ocasiones.

Resultados de Pruebas Psicológicas

Cuestionario de conducta infantil (CBCL): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la casa, se evidenció indicadores clínicos significativos de: problemas sociales, problemas de atención y oposicionista.

Cuestionario de conducta infantil (TRF): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta de la niña dentro de la escuela, los resultados que se evidenciaron fueron problemas clínicos significativos en: Quejas somáticas.

Diagnóstico Descriptivo del problema y trastorno.

De acuerdo con los test aplicados y la entrevista realizada a la madre del paciente se estableció que la niña presenta problemas de conducta tales como; problemas de atención, oposicionismo, posiblemente, debido al estilo de crianza, y por la falta de normas y reglas.

Recomendaciones

Realizar terapia cognitiva conductual, centrado en los problemas de conducta para la niña.

Esta terapia debe estar centrada en:

- Establecer normas y reglas.
- Disminuir la sintomatología oposicionista.
- Disminuir los problemas de atención.

Para los padres asistir al programa de orientación para niños desafiantes

Dra. Ana lucía Pacurucu
Psicóloga Clínica Infantil

Andrea Quito
Departamento de Psicología

CASO 2

Historia Clínica

Fecha: 8 de Noviembre del 2016.

Datos Informativos

Nombre: J.Q.

Edad: 9 años.

Religión: Católico

Lugar y fecha de Nacimiento: Gualaquiza, 19 de julio del 2007.

Residencia: José Danosso y Max Ule (Empresa Eléctrica).

Instrucción: Primaria

Ocupación: Estudiante

Informante: La madre del paciente

Confiability: Buena

Motivo de Consulta

El niño ha sido remitido por la psicóloga de la institución.

Antecedentes:

La madre manifiesta que cuando estuvo embarazada del niño, presentó amenazas de aborto, debido a que se dedicaba a cuidar el ganado que tenía en la finca.

En cuanto al desarrollo del paciente, se considera que J. caminó a los 8 meses, empezó a hablar al año, al año, dos meses dejó el pañal y al año y medio dejó el seno.

Por otra parte la madre manifiesta que el niño se muerde constantemente las uñas de las manos y los pies.

Los primeros tres años de vida vivió con su tía, ya que su madre se fue a España. El paciente recibió maltrato por parte de su tío, lo obligaba a cuidar el ganado.

Biografía psicológica, personal y familiar

J es único hijo, proviene de una familia reconstruida, la relación es buena y estable, sin embargo la madre manifiesta que a ratos el niño, no le obedece contestándole algunas veces de mala manera, por otra parte presenta algunas dificultades con los compañeros, es muy desesperado para realizar sus cosas.

Madre: 26 años (peluquera)

Padrastro: 34 (administrador de una pollería)

En el área académica, no presenta dificultades.

En el área social: presenta dificultades para establecer relaciones sociales.

Resultados de pruebas psicológicas

Cuestionario de conducta infantil (CBCL): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la casa, se evidenció indicadores de problemas clínicos significativos en: Quejas somáticas, problemas del pensamiento, problemas de atención y oposicionista.

Cuestionario de conducta infantil (TRF): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la escuela, los resultados que se evidenciaron fueron: ansiedad, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento y oposicionista.

Diagnóstico Descriptivo del problema y trastorno.

De acuerdo con los test aplicados y la entrevista realizada a la madre del paciente se estableció que el presenta problemas de conducta, posiblemente, debido al estilo de crianza, y al maltrato psicológico y físico que recibía por parte de su tío. Como consecuencia de su entorno también se ha desencadenado problemas emocionales.

Recomendaciones

Realizar la terapia cognitiva conductual, centrado en los problemas de conducta para el niño.

Centrado en:

- Resolución de conflictos.
- Disminución del comportamiento agresivo.
- Proporcionar habilidades sociales.
- Fomentar mecanismos de autocontrol.

Para los padres asistir al programa de orientación para niños desafiantes

Dra. Ana lucía Pacurucu
Psicóloga Clínica Infantil

Andrea Quito
Departamento de Psicología.

CASO 3

Historia Clínica

Fecha: 9 de noviembre del 2016.

Datos informativos

Nombre: J.A.

Edad: 8 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 17 de enero del 2008.

Dirección: Empresa eléctrica.

Instrucción: Primaria

Ocupación: Estudiante

Informante: la madre

Confiabilidad: buena

Motivo de consulta

El niño ha sido remitido por la psicóloga de la institución.

Antecedentes:

La madre manifiesta que estuvo embarazada a los 19 años, convivió con el padre del niño por dos años, manteniendo una relación conflictiva y maltrato físico.

En cuanto a los hitos del desarrollo, caminó al año y medio, empezó a hablar al año y dejó el pañal a los 2 años.

Hace unos meses el niño había agredido a sus compañeros en un juego.

Biografía psicológica, personal y familiar

J el primero de tres hermanos, proviene de una familia uniparental, la relación es buena y estable, sin embargo la madre manifiesta que a ratos el niño, grita mucho y pega a sus hermanas, no obedece en casa, por otra parte presenta algunas dificultades con los compañeros, siempre pasa peleando con ellos.

Madre: 29 años (vendedora)

En el área académica, no presenta dificultades.

En el área social: Presenta dificultades para establecer relaciones sociales.

Resultados de pruebas psicológicas

Cuestionario de conducta infantil (CBCL): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la casa, se evidenció indicadores de problemas clínicos significativos en: comportamiento agresivo.

Cuestionario de conducta infantil (TRF): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la escuela, los resultados que se evidenciaron fueron: retraimiento- depresión y comportamiento agresivo.

Diagnóstico Descriptivo del problema y trastorno.

De acuerdo con los test aplicados y la entrevista realizada a la madre del paciente se estableció que el presenta problemas de conducta, como consecuencia de su entorno.

Recomendaciones

Realizar la terapia cognitiva conductual, centrado en los problemas de conducta para el niño.

Centrado en:

- Resolución de conflictos.
- Disminución del comportamiento agresivo.
- Proporcionar habilidades sociales.
- Fomentar mecanismos de autocontrol.

Para los padres asistir al programa de orientación para niños desafiantes

Dra. Ana lucía Pacurucu
Psicóloga Clínica Infantil

Andrea Quito
Departamento de Psicología

CASO 4

Historia Clínica

Fecha: 8 de Noviembre del 2016

Datos Informativos

Nombre: V.N.

Edad: 9 años

Estado Civil: soltera

Religión: Evangélica

Lugar y fecha de nacimiento: 10 de junio del 2007

Residencia: Guayas- Cuenca

Dirección: Luis Correa y Paseo de los cañaris 3-22

Instrucción: Primaria:

Ocupación: Estudiante

Motivo de Consulta

La niña ha sido remitida por la psicóloga educativa de la institución.

Antecedentes

La madre de la paciente manifiesta que la niña tiene sobre peso. En cuanto a su etapa del desarrollo caminó a los 2 años, dejó el pañal a los dos años y medio, empezó a hablar a los 11 meses, dejó el biberón a los 3 años.

La niña ha sufrido maltrato psicológico y físico por parte de la abuela materna.

Biografía psicológica personal y familiar (Genograma)

V, es la segunda de tres hermanos, proviene de una familia reconstruida, los primeros tres años de vida paso a cuidados de su abuela materna, sin embargo no mantenía una buena relación con su abuela, ya que tenía preferencia al hermano mayor. Después su madre trajo a los niños a vivir a Cuenca junto con ella, y hace 2 años conoció a su actual pareja con la cual convive. La relación familiar es buena y estable, sin embargo el padrastro manifiesta que la madre es muy estricta para educar a sus hijos, ya que siempre suele pegarles, por otra parte también manifiesta que los niños muy introvertidos.

La madre considera a la paciente irritable, desafiante, nerviosa, con miedo de ir al baño, además afirma que todo el tiempo la niña se siente mal y fea.

En el área social la niña presenta dificultades para hacer amigos.

En el ámbito académico no presenta ninguna dificultad.

Resultados de pruebas psicológicas

Cuestionario de conducta infantil (CBCL): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la casa, se evidenció problemas clínicos significativos en: Ansiedad, depresión, problemas sociales y comportamiento agresivo.

Cuestionario de conducta infantil (TRF): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la escuela, los resultados que se evidenciaron que no se encuentra conflictos significativos.

Diagnóstico Descriptivo del problema y trastorno.

De acuerdo con los test aplicados y la entrevista realizada a la madre del paciente se estableció que la niña presenta problemas de conducta, posiblemente, debido al estilo de crianza, y al maltrato psicológico y físico que recibía por parte de su abuela materna. Como consecuencia de su entorno también se ha desencadenado problemas emocionales.

Recomendaciones

Realizar la terapia cognitiva conductual, centrado en los problemas de conducta para la niña.

Centrado en:

- Resolución de conflictos.
- Disminución del comportamiento agresivo.
- Proporcionar habilidades sociales.

Para los padres asistir al programa de orientación para niños desafiantes

Dra. Ana lucía Pacurucu
Psicóloga Clínica Infantil

Andrea Quito
Departamento de Psicología

CASO 5

Historia Clínica

Fecha: 11 de Noviembre del 2016.

Datos Informativos

Nombre: A.P.

Edad: 9 años.

Estado Civil: Soltero

Religión: católica.

Lugar y fecha de Nacimiento: 21 de octubre del 2007.

Dirección: Omar Torrijo y Puma Pungo.

Instrucción: Primaria.

Ocupación: Estudiante

Informante: madre del paciente

Confiable: Buena

Motivo de consulta

Remitido por la psicóloga educativa de la institución.

Antecedentes

La madre del paciente, le tuvo a los 18 años, manteniendo una relación conflictiva con el padre del niño, por lo que meses más tarde se separaron. Además, manifiesta que el niño presentaba problemas de amigdalitis y de la vista como astigmatismo, usa lentes desde los 5 años.

En cuanto a los hitos del desarrollo el paciente camino al año, empezó a hablar a los dos años, dejó el biberón al año, dos meses y el pañal a los dos años y medio.

Biografía psicológica personal y familiar (Genograma)

A, proviene de una familia reconstruida, donde sus padres se separaron hace 8 años. El niño pasó a cuidados de la abuela la que se encargaba de cuidarlo, mientras su madre estudiaba.

Actualmente vive con la madre y el padrastro, la relación se caracteriza por ser tensa, debido a que, a la madre se le dificulta establecer normas y reglas con el niño, manifestando A, es sarcástico y desafiante siempre la provoca y no le hace caso, indicando que la reacción ante estas actitudes del niño siempre es pegarlo físicamente, sin embargo, no obedece, ni se soluciona el problema, considerándose una madre estricta.

Por otra parte también la madre manifiesta que el niño tiene un ligero resentimiento hacia el padrastro ya que al comienzo él le decía papá y el padrastro le prohibió que le dijera así, generando un malestar significativo en el niño. En cuanto al padre de A, casi no mantiene contacto, ya que vive en Guayaquil y tampoco muestra mucho interés en conocer al niño, por lo que casi pocas veces lo ha llamado.

Madre: 28 años (estudia Bioquímica y Farmacia).

Padrastro: 33 años (trabaja de mecánico).

En el área académica, la madre manifiesta que ha tenido buenas notas, pero este año empezó a bajar de notas, y presenta actitudes desafiantes con la profesora.

En el ámbito escolar, en relación con sus compañeros, no puede en algunas ocasiones mantener amistades estables, debido a que suele pelearse con los compañeros a cada rato.

Resultados de Pruebas Psicológicas

Cuestionario de conducta infantil, versión padres (CBCL): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la casa, se evidenció problemas clínicos significativos en: Ansiedad, depresión, Quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, oposicionista y comportamiento agresivo.

Cuestionario de conducta infantil, versión profesores (TRF): Es un cuestionario que proporciona información sobre la conducta del niño dentro de la escuela, los resultados que se evidenciaron fueron problemas clínicos significativos en: Quejas somáticas.

Diagnóstico Descriptivo del problema y trastorno.

De acuerdo con los test aplicados y la entrevista realizada a la madre del paciente se estableció que el niño presenta problemas de conducta, posiblemente, debido al estilo de crianza, y por la falta de normas y reglas. Además presenta indicadores de depresión, ansiedad, problemas sociales, desencadenados por el entorno familiar.

Recomendaciones

Realizar la terapia cognitiva conductual, centrado en los problemas de conducta para el niño.

Para los padres asistir al programa de orientación para niños desafiantes

Profundizar el área emocional del niño.

Evolución Caso 1

Nombre: A.A

Sesiones con los padres

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersección
15/11/2016 Sesión 1	<p>Establecer el encuadre terapéutico.</p> <p>Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente</p> <p>Proporcionar una guía y brindar estrategias</p>	<p>Paso 1: comprensión de las causas del comportamiento.</p>	<p>Durante la primera sesión asistió la madre del paciente se estableció el encuadre.</p> <p>La madre presentó una buena predisposición al programa.</p> <p>Se le explicó el primer paso del programa, entendió los ejercicios, comprendiendo el comportamiento disfuncional de su niña y las consecuencias que lo reforzaba.</p>	<p>Realizar el cuestionario de conducta que consiste en registrar la conducta inadecuada de la niña, luego el tipo de reforzador y posteriormente registrar la reacción de la niña.</p>
18/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Mejorar la relación entre los padres y la niña.</p> <p>Establecer reglas y normas para la niña.</p> <p>Proporcionar una guía y brindar</p>	<p>Paso 2: Mejorar la relación con su hijo</p> <p>Paso 3: Prestar atención cuando su hijo obedece.</p>	<p>Se cumplió con los objetivos planteados en la sesión. Cuando se le explicó el paso 2, la madre se sorprendió un poco por lo que no le gusta jugar con la niña, en esta sesión se le incentivo a que juegue con ella, comprometiéndose a realizarlo.</p>	<p>Jugar la madre con la niña, 10 minutos 5 veces en la semana.</p> <p>Establecer un listado de normas y reglas que pueda cumplir la niña.</p>

22/11/2016 Sesión 3	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los Establecer reglas y normas para la niña	Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas.	Se cumplió con todos los objetivos planteados en esta sesión. Se explicó el programa cuatro del sistema de fichas, la madre lo entendió sin ningún inconveniente.	Se envió a la madre a jugar tres veces durante la semana con la niña. Realizar la economía de fichas con 3 conductas claras y concretas.
24/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres.	Paso 5 y 6: Tiempo fuera.	Se cumplió con los objetivos establecidos manifestando que en la economía de fichas incrementó la conducta de que la niña, se bañe todos días, arregle la mochila y no haga bulla en clases.	Seguir con la economía de fichas Aplicar el tiempo fuera en alguna ocasión que se presente entre la semana.
29/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos	Paso 7: Manejo de los niños en lugares públicos. Paso 8: Estrategias para mejorar la conducta escolar desde la escuela	Se cumplió con los objetivos planteados de la sesión, cuando se revisó la economía de fichas, la conducta había mejorado sin embargo en la conducta de hablar en clases no había mejorado. Se explicó el paso 7 y 8, en el punto 8 no se pudo establecer, debido a que no hubo colaboración por parte de los profesores.	Seguir con la economía de fichas en incrementar dos conductas más. Jugar con la niña 2 veces durante esta semana. Se envió a que la niña realice un autoregistro de su propio comportamiento.

2/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos	Paso 9: Manejo de futuras dificultades en el comportamiento.	Se cumplió con los objetivos planteados.	Seguir con la economía de fichas.
6/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño.	Paso 10 : Manejo de relaciones interpersonales	Se realizó la revisión de la economía de fichas por lo que se evidenció una mejoría en la conducta de la niña. La madre entendió muy bien el paso 10 del programa.	Jugar con la niña una vez durante esta semana. Realizar un listado de conductas que la niña haya mejorado.
9/12/2016 Sesión 8	Realizar una recapitulación breve de todas las sesiones Realizar el cierre de la intervención con los padres.	Técnica antes y después	Se realizó una recapitulación de todas las sesiones realizadas. Y además la madre pudo manifestar que obtuvo mejoría en su niña en cuanto a que se ha vuelto más organizada en sus cosas y en su aseo, y ya no habla demasiado en clases.	

Caso 1

Sesiones con la niña

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersección
---------------	----------	---------	-----------	--------------------

15/11/2016 Sesión 1	<p>Establecer el encuadre terapéutico.</p> <p>Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente</p> <p>Promover estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.</p>	Resolución de Conflictos	<p>Durante la primera sesión el comportamiento de la niña fue tranquilo, aunque tímida y poco abierta al diálogo</p> <p>Se le explicó la técnica por medio del cuento del “el carpintero”, pudo desarrollar sin ningún inconveniente, y entender el mensaje del cuento.</p>	<p>Buscar o establecer un problema que se le presente y plantear tres alternativas con sus ventajas, consecuencias y cuál es la más adecuada para resolver el conflicto.</p>
18/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Revisar la tarea intersesión</p> <p>Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo</p>	<p>“el termómetro del enojo”</p> <p>Técnica del Buda</p>	<p>En la segunda sesión se realizó la recapitulación, en el que la paciente entendió la técnica y como tarea intersesión resolvió un problema en cuanto a que le cuesta atender en clases por lo que escogió sentarse adelante.</p> <p>La técnica del termómetro del enojo, la niña pudo entender al igual que la técnica del buda.</p>	<p>Buscar una situación que le genere enojo, aplicar las técnicas del buda.</p>
22/11/2016 Sesión 3	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Revisar la tarea intersesión</p> <p>Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol</p>	Entrenamiento de autoinstrucciones	<p>Se realizó la recapitulación de la sesión anterior, a la vez se revisó la tarea intersesión en el que la niña manifiesta que lo realizó sin ningún inconveniente. El entrenamiento en autoinstrucciones se enfocó en prestar atención y realizar sus deberes rápido.</p>	<p>Aplicar en la casa el entrenamiento en autoinstrucciones, cuando tenga que hacer sus deberes.</p>

25/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.	Comunicación positiva	Se cumplió con los objetivos de la recapitulación de la sesión. Además manifestó que le costaba realizar la tarea por lo que no le fue tan bien. En la aplicación de la técnica de comunicación positiva, la niña lo realizó sin ningún inconveniente	Mejorar la comunicación, aplicando lo aprendido, tanto en la casa como en la escuela. Realizar un listado de pensamientos que le generan cuando está realizando sus deberes.
29/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	Entrenamiento en autoinstrucciones	Se cumplió con los objetivos de la sesión. Se revisó la lista de los pensamientos que le impiden realizar sus deberes de manera rápida y se realizó el entrenamiento en autoinstrucciones.	Aplicar el entrenamiento en autoinstrucciones cuando este yendo a realizar sus deberes.
2/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	El semáforo	Se cumplió con los objetivos a tener en cuenta en la sesión, manifestando que pudo realizar el entrenamiento en autoinstrucciones. En la aplicación de la técnica la niña estuvo colaboradora, se trabajó en el problema de que a veces se disgusta con la amiga.	Poner en práctica lo establecido en la sesión con la técnica del semáforo.
6/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.	Comunicación positiva	Se cumplió con todos los objetivos de la sesión. Aparte presento una buena predisposición al realizar la técnica.	Tratar de hacer una nueva amiga durante estos días con la técnica aprendida.

9/12/2016 Sesión 8	Realizar la recapitulación de la sesión anterior. Realizar el cierre terapéutico. Aplicar el cuestionario CBCL a los padres del niño.	Técnica del antes y el después.	Se realizó una recapitulación profunda de todo lo aprendido con su respectiva retroalimentación. Se le pidió a la niña que dibuje como se sentía antes de la sesión y el después de la terapia evidenciándose cambios positivos. La madre completó el cuestionario.	
-----------------------	---	---------------------------------	---	--

Evolución del Caso 2

Nombre: J.Q

Sesiones con los padres.

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersección
16/11/2016 Sesión 1	Establecer el encuadre terapéutico. Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.	Paso 1: Compresión de las causas del comportamiento.	Durante la primera sesión asistió la madre del niño presentando una buena predisposición al programa. .	Realizar un cuestionario de conducta que consiste en registrar la conducta inadecuada del niño, luego el tipo de reforzador y posteriormente registrar la reacción del niño.

18/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Mejorar la relación entre los padres y el niño.</p> <p>Establecer reglas y normas para el niño.</p> <p>Proporcionar una guía y brindar estrategias</p>	<p>Paso 2: Mejorar la relación con su hijo.</p> <p>Paso 3: Prestar atención cuando su hijo obedece.</p>	<p>Se cumplió con todos los objetivos establecidos. La madre indicó que hará lo posible por cumplir, debido a que se le dificulta por su trabajo.</p>	<p>Tratar de jugar con el niño todos los días por 10 minutos.</p> <p>Establecer un listado de normas y reglas que pueda cumplir el niño.</p>
23/11/2016 Sesión 3	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Brindar estrategias a los padres.</p> <p>Establecer reglas y normas para el niño</p>	<p>Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas.</p>	<p>Se cumplió sin ningún inconveniente todos los objetivos planteados de la sesión.</p>	<p>Intentar jugar tres veces durante la semana con el niño.</p> <p>Realizar la economía de fichas con 3 conductas claras y concretas.</p>
25/11/2016 Sesión 4	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Brindar estrategias a los padres.</p>	<p>Paso 5 y 6: Tiempo fuera.</p>	<p>Se cumplió con los objetivos establecidos en la sesión.</p> <p>Manifestando que en la economía de fichas incrementaron la conducta de: no morderse las uñas, lavarse los dientes y hacer caso de inmediato.</p>	<p>Seguir con la economía de fichas</p> <p>Aplicar el tiempo fuera en alguna ocasión que se presente entre la semana.</p>
30/11/2016 Sesión 5	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior</p> <p>Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los</p>	<p>Paso 7: Manejo de los niños en lugares públicos.</p> <p>Paso 8: Estrategias para mejorar la</p>	<p>Se cumplió con todos los objetivos de la sesión, se revisó la economía de fichas, indicando que la conducta del niño mejoró, obteniendo su recompensa, sin embargo a veces suele morderse las uñas.</p>	<p>Seguir con la economía de fichas, incrementar dos conductas más.</p> <p>Jugar con el niño 2 veces durante esta semana.</p>

	niños en lugares públicos Mejorar la conducta escolar del niño.	conducta escolar desde la escuela		
2/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos	Paso 9: Manejo de futuras dificultades en el comportamiento.	Se cumplió con los objetivos sin ningún inconveniente.	Seguir con la economía de fichas.
7/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño.	Paso 10: Manejo de relaciones interpersonales.	Se realizó la revisión de la economía de fichas por lo que se evidenció una mejoría en la conducta del niño.	Jugar con el niño una vez durante esta semana. Realizar un listado de conductas que el niño haya mejorado.
9/12/2016 Sesión 8	Realizar una recapitulación breve de todas las sesiones Realizar el cierre de la intervención con los padres.	Técnica antes y después	Durante la última sesión se realizó una recapitulación de todo lo aprendido enfatizando en el manejo de las técnicas aprendidas. La madre manifestó que hubo mejoría en su comportamiento en especial en la conducta de morderse las uñas.	

Caso 2

Sesiones con el niño

16/11/2016 Sesión 1	<p>Establecer el encuadre terapéutico.</p> <p>Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente</p> <p>Promover estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.</p>	Resolución de Conflictos	<p>Durante la primera sesión el comportamiento de la niño fue inquieto y poco abierto al dialogo</p> <p>Se le explicó la técnica por medio del cuento de “el carpintero”, pudo desarrollar sin ningún inconveniente, y entender el mensaje del cuento.</p>	<p>Buscar o establecer un problema que se represente y plantear tres alternativas con sus ventajas y consecuencias y cuál es la más adecuada para resolver el conflicto.</p>
18/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo</p>	<p>“el termómetro del enojo”</p> <p>Técnica del Buda</p>	<p>Se cumplió con los objetivos planteados en la sesión.</p> <p>La técnica del termómetro del enojo el niño pudo entender al igual que la técnica del buda.</p> <p>En esta sesión se le explicó una técnica breve de relajación, con la finalidad de disminuir el comportamiento ansioso.</p>	<p>Buscar una situación que le genere enojo, aplicar las técnicas del buda.</p> <p>Aplicar la técnica de respiración dos veces por día</p>
23/11/2016 Sesión 3	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Revisar la tarea intersección</p> <p>Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol</p>	Entrenamiento de autoinstrucciones	<p>Se cumplió con los objetivos</p> <p>Aunque en la sesión el niño manifestó que se muerde las uñas.</p>	<p>Aplicar en la casa el entrenamiento en autoinstrucciones, cuando tenga que hacer sus deberes.</p> <p>Realizar un registro de autocontrol que consiste en morderse las uñas dos veces por semana</p>

25/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.	Comunicación positiva	Se cumplió con los objetivos establecidos en la sesión.	Mejorar la comunicación, aplicando lo aprendido, tanto en la casa como en la escuela.
30/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	Entrenamiento en autoinstrucciones	Se cumplió con los objetivos de la sesión. Realizó el entrenamiento con la conducta de morderse las uñas.	Aplicar el entrenamiento en autoinstrucciones, cuando tenga ganas de morderse las uñas En el registro de autocontrol morderse las uñas 1 vez al día en la semana.. Practicar la respiración.
2/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	El semáforo	Se cumplió con los objetivos a tener en cuenta en la sesión, sin ninguna novedad	Poner en práctica lo establecido en la sesión con la técnica del semáforo.
7/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad	Comunicación positiva	Se cumplió con todos los objetivos de la sesión. Aparte presento una buena predisposición al realizar la técnica.	Realizar el registro de autocontrol sin morderse ni una sola vez las uñas. Practicar la respiración
9/12/2016 Sesión 8	Realizar la recapitulación de todas las sesiones sesión anterior. Realizar el cierre terapéutico.	Técnica del antes y el después.	Se cumplió con los objetivos establecidos. Se le pidió al niño que dibuje como se sentía antes de la sesión y el después de la terapia	

	Aplicar el cuestionario CBCL a los padres del niño.		evidenciándose cambios positivos, uno de ellos se corrigió la conducta de morderse las uñas	
--	---	--	---	--

Evolución del Caso 3

Nombre: J.A

Caso 4

Evoluciones de las sesiones con los padres.

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersección
14/11/2016 Sesión 1	Establecer el encuadre terapéutico. Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.	Paso 1: Comprensión de las causas del comportamiento.	Durante la primera sesión asistió la madre del paciente presentando una buena predisposición al programa. .	Realizar un cuestionario de conducta que consiste en registrar la conducta inadecuada del niño, luego el tipo de reforzador y posteriormente registrar la reacción del niño.
18/11/2016 Sesión 2	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño. Establecer reglas y normas para el niño. Proporcionar una guía y brindar estrategias	Paso 2: Mejorar la relación con su hijo. Paso 3: Prestar atención cuando su hijo obedece.	Se cumplió con todos los objetivos establecidos. La madre indicó que hará lo posible por cumplir, debido a que se le dificulta por su trabajo.	Tratar de jugar con el niño todos los días por 10 minutos. Establecer un listado de normas y reglas que pueda cumplir el niño.

21/11/2016 Sesión 3	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres. Establecer reglas y normas para el niño	Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas.	Se cumplió sin ningún inconveniente todos los objetivos planteados de la sesión.	Intentar jugar tres veces durante la semana con el niño. Realizar la economía de fichas con 3 conductas claras y concretas.
25/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres.	Paso 5 y 6: Tiempo fuera.	Se cumplió con los objetivos establecidos en la sesión. Manifestando que en la economía de fichas incrementaron la conducta de: no pelear con la hermana menor, no alzar la voz y arreglar su cuarto.	Seguir con la economía de fichas Aplicar el tiempo fuera en alguna ocasión que se presente entre la semana.
28/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos Mejorar la conducta escolar del niño.	Paso 7: Manejo de los niños en lugares públicos. Paso 8: estrategias para mejorar la conducta escolar desde la escuela	Se cumplió con todos los objetivos de la sesión, se revisó la economía de fichas, indicando que la conducta del niño mejoró, obteniendo su recompensa.	Seguir con la economía de fichas en incrementar dos conductas más. Jugar con el niño 2 veces durante esta semana.
2/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos	Paso 9: Manejo de futuras dificultades en el comportamiento.	Se cumplió con los objetivos sin ningún inconveniente, aunque a veces la madre manifiesta que el niño no puede controlarse.	Seguir con la economía de fichas.

5/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño.	Paso 10: Manejo de relaciones interpersonales	Se realizó la revisión de la economía de fichas por lo que se evidenció una mejoría en la conducta del niño.	Jugar con el niño una vez durante esta semana. Realizar un listado de conductas que el niño haya mejorado.
9/12/2016 Sesión 8	Realizar una recapitulación breve de todas las sesiones Realizar el cierre de la intervención con los padres.	Técnica antes y después	Durante la última sesión se realizó una recapitulación de todo lo aprendido enfatizando en el manejo de las técnicas aprendidas. La madre manifestó que hubo mejoría en su comportamiento en especial en el comportamiento de alzar la voz	

Caso 3

Evolución de las sesiones del niño

14/11/2016 Sesión 1	Establecer el encuadre terapéutico. Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente Promover estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	Resolución de Conflictos	Durante la primera sesión el comportamiento del niño fue tranquilo y colaborador. Se le explicó la técnica por medio del cuento de “el carpintero”, pudo desarrollar sin ningún inconveniente, y entender el mensaje del cuento.	Buscar o establecer un problema que se represente y plantear tres alternativas con sus ventajas y consecuencias y cuál es la más adecuada para resolver el conflicto.
------------------------	--	--------------------------	---	---

18/11/2016 Sesión 2	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo	“el termómetro del enojo” Técnica del Buda	Se cumplió con los objetivos planteados en la sesión.	Aplicar la técnica en una situación que le genere enojo, aplicar las técnicas del buda.
21/11/2016 Sesión 3	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Revisar la tarea intersección Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	Entrenamiento de autoinstrucciones	Se cumplió con los objetivos establecidos. Se trabajó en cuanto a su enojo y no alzar la voz.	Aplicar en la casa el entrenamiento en autoinstrucciones en cuanto al control de su enojo.
25/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.	Comunicación positiva	Se cumplió con los objetivos establecidos en la sesión.	Mejorar la comunicación, aplicando lo aprendido, tanto en la casa como en la escuela
28/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	Entrenamiento en autoinstrucciones El freezer del enojo	Se cumplió con los objetivos de la sesión. Se realizó un listado de conductas que el niño se dirá mentalmente con la finalidad de tranquilizarse.	Aplicar el entrenamiento en autoinstrucciones, en una situación que le moleste.
2/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	El semáforo	Se cumplió con los objetivos a tener en cuenta en la sesión, sin ninguna novedad	Poner en práctica lo establecido en la sesión con la técnica del semáforo.
5/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad	Comunicación positiva	Se cumplió con todos los objetivos de la sesión. Aparte presento una buena predisposición al realizar la técnica.	Poner en práctica la técnica aprendida.

9/12/2016 Sesión 8	Realizar la recapitulación de todas las sesiones sesión anterior. Realizar el cierre terapéutico. Aplicar el cuestionario CBCL a los padres del niño.	Técnica del antes y el después.	Se cumplió con los objetivos establecidos. Se le pidió al niño que dibuje como se sentía antes de la sesión y el después de la terapia evidenciándose cambios positivos, como dejar de pelear con su hermana y de alzar la voz.	
-----------------------	---	---------------------------------	--	--

Evoluciones del Caso 4

Nombre: V.N

Evoluciones de las sesiones con los padres

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersección
14/11/2016 Sesión 1	Establecer el encuadre terapéutico. Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.	Paso 1: Comprensión de las causas del comportamiento.	Durante la primera sesión asistió la madre y el padrastro, presentando una buena predisposición al programa. En esta sesión la madre manifestó que varias veces ha agredido físicamente a su hija.	Realizar un cuestionario de conducta que consiste en registrar la conducta inadecuada del niño, luego el tipo de reforzador y posteriormente registrar la reacción del niño.

16/11/2016 Sesión 2	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño. Establecer reglas y normas para el niño. Proporcionar una guía y brindar estrategias	Paso 2: Mejorar la relación con su hijo. Paso 3: prestar atención cuando su hijo obedece.	Se cumplió con todos los objetivos establecidos.	Tratar de jugar con la niña todos los días por 10 minutos. Establecer un listado de normas y reglas que pueda cumplir la niña.
21/11/2016 Sesión 3	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres. Establecer reglas y normas para el niño	Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas.	Se cumplió sin ningún inconveniente todos los objetivos planteados de la sesión.	Intentar jugar tres veces durante la semana con el niño. Realizar la economía de fichas con 3 conductas claras y concretas.
23/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres.	Paso 5 y 6: Tiempo fuera.	Se cumplió con los objetivos establecidos en la sesión. Manifestando que en la economía de fichas incrementaron la conducta de: limpiar su cuarto, no pegar a la hermana y hacer caso de inmediato.	Seguir con la economía de fichas Aplicar el tiempo fuera en alguna ocasión que se presente entre la semana.
28/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos Mejorar la conducta escolar del niño.	Paso 7: Manejo de los niños en lugares públicos. Paso 8: Estrategias para mejorar la conducta escolar desde la escuela	Se cumplió con todos los objetivos de la sesión, se revisó la economía de fichas, indicando que la conducta de la niña mejoró, obteniendo su recompensa.	Seguir con la economía de fichas en incrementar dos conductas más. Jugar con la niña 2 veces durante esta semana.

30/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos	Paso 9: Manejo de futuras dificultades en el comportamiento.	Se cumplió con los objetivos sin ningún inconveniente.	Seguir con la economía de fichas.
5/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño.	Paso 10: Manejo de resolución de conflictos interpersonales	Se realizó la revisión de la economía de fichas por lo que se evidenció una mejoría en la conducta del niño.	Jugar con el niño una vez durante esta semana. Realizar un listado de conductas que el niño haya mejorado.
7/12/2016 Sesión 8	Realizar una recapitulación breve de todas las sesiones Realizar el cierre de la intervención con los padres.	Cierre del programa.	Durante la última sesión se realizó una recapitulación de todo lo aprendido enfatizando en el manejo de las técnicas aprendidas. La madre manifestó que hubo mejoría en su comportamiento en especial en que ya no pelea mucho con su hermana, es más organizada y hace caso. También la madre manifestó que le ha servido ya que no ha vuelto a pegarles a sus hijos	

Caso 4

Evolución de las sesiones con la niña

14/11/2016 Sesión 1	<p>Establecer el encuadre terapéutico.</p> <p>Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente</p> <p>Promover estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.</p>	Resolución de Conflictos	<p>Durante la primera sesión el comportamiento de la niña fue tranquilo y poco colaboradora.</p> <p>Se le explicó la técnica por medio del cuento de “el carpintero”, pudo desarrollar sin ningún inconveniente, y entender el mensaje del cuento.</p>	<p>Buscar o establecer un problema que se represente y plantear tres alternativas con sus ventajas y consecuencias y cuál es la más adecuada para resolver el conflicto.</p>
16/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo</p>	<p>“el termómetro del enojo”</p> <p>Técnica del Buda</p>	<p>Se cumplió con los objetivos planteados en la sesión.</p>	<p>Aplicar la técnica en una situación que le genere enojo, aplicar las técnicas del buda.</p> <p>Aplicar la técnica de respiración dos veces por día</p>
21/11/2016 Sesión 3	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Revisar la tarea intersesión</p> <p>Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol</p>	Entrenamiento de autoinstrucciones	<p>Se cumplió con los objetivos establecidos.</p> <p>Se trabajó en cuanto a su enojo, cuando pelea con su hermana y no alzar la voz.</p>	<p>Aplicar en la casa el entrenamiento en autoinstrucciones en cuanto al control de su enojo.</p> <p>Realizar un cuento acerca de los hermanos.</p>
23/11/2016 Sesión 4	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.</p> <p>Mejorar la relación con la hermana</p>	Comunicación positiva	<p>Se cumplió con los objetivos establecidos en la sesión.</p> <p>Se revisó el cuento son su respectiva retroalimentación.</p>	<p>Mejorar la comunicación, aplicando lo aprendido, tanto en la casa como en la escuela.</p>

28/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	Entrenamiento en autoinstrucciones El freezer del enojo	Se cumplió con los objetivos de la sesión. Se realizó un listado de conductas que la niña se dirá mentalmente con la finalidad de tranquilizarse.	Aplicar el entrenamiento en autoinstrucciones, en una situación que le moleste.
30/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	El semáforo	Se cumplió con los objetivos a tener en cuenta en la sesión, sin ninguna novedad	Poner en práctica lo establecido en la sesión con la técnica del semáforo.
5/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad	Comunicación positiva	Se cumplió con todos los objetivos de la sesión. Aparte presento una buena predisposición al realizar la técnica.	Poner en practica la técnica aprendida.
7/12/2016 Sesión 8	Realizar la recapitulación de todas las sesiones sesión anterior. Realizar el cierre terapéutico. Aplicar el cuestionario CBCL a los padres del niño.	Técnica del antes y el después.	Se cumplió con los objetivos establecidos. Se le pidió a la niña que dibuje como se sentía antes de la sesión y el después de la terapia evidenciándose cambios positivos, como dejar de pelear con su hermana y de alzar la voz.	

Evoluciones del Caso 5

Nombre: A.P

Sesiones con los padres

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersesión
14/11/2016 Sesión 1	<p>Establecer el encuadre terapéutico.</p> <p>Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente</p> <p>Proporcionar una guía y brindar estrategias a los tutores para mejorar el comportamiento disfuncional de los niños.</p>	<p>Paso 1: Comprensión de las causas del comportamiento</p>	<p>Durante la primera sesión asistieron la madre del paciente y el padrastro, se estableció el encuadre. Los padres presentaron una buena predisposición al programa. Además manifestaron los problemas conductuales.</p>	<p>Realizar un cuestionario de conducta que consiste en registrar la conducta inadecuada del niño, luego el tipo de reforzador y posteriormente registrar la reacción del niño.</p>
17/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Mejorar la relación entre los padres y el niño.</p> <p>Establecer reglas y normas para el niño.</p> <p>Proporcionar una guía y brindar estrategias</p>	<p>Paso 2: Mejorar la relación con su hijo.</p> <p>Paso 3: Prestar atención cuando su hijo obedece.</p>	<p>Se cumplió con todos los objetivos establecidos. En cuanto a la explicación del segundo paso. La madre manifestó que su esposo, tiene una relación tensa con el niño, ya que al esposo no le nace jugar con el niño, y no deja que el niño le diga papá lo cual ha generado un resentimiento en el paciente. Este punto se retomó y el padrastro accedió a mejorar la relación con el niño comprometiéndose a jugar con él.</p>	<p>Se pidió a los padres que jueguen con el niño todos los días por 10 minutos.</p> <p>Establecer un listado de normas y reglas que pueda cumplir el niño.</p> <p>Realizar una actividad el día sábado en familia.</p>

21/11/2016 Sesión 3	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres. Establecer reglas y normas para el niño	Paso 4: Aumentar la motivación con el sistema de fichas.	Se cumplió sin ningún inconveniente todos los objetivos planteados. Se explicó el programa cuatro del sistema de fichas, los padres lo entendieron sin ningún inconveniente.	Jugar tres veces durante la semana con el niño. Realizar la economía de fichas con 3 conductas claras y concretas.
24/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Brindar estrategias a los padres.	Paso 5 y 6: Tiempo fuera.	Se realizó la recapitulación anterior, manifestando que en la economía de fichas incrementaron la conducta de que el niño, no pelee con sus primas, lavarse las manos y doblar su ropa. En la explicación del tiempo fuera, a los padres les pareció una buena estrategia, manifestando que en varias ocasiones la madre acude a agredirlo para que haga caso.	Seguir con la economía de fichas Aplicar el tiempo fuera en alguna ocasión que se presente entre la semana.
28/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos Mejorar la conducta escolar del niño.	Paso 7: manejo de los niños en lugares públicos. Paso 8: estrategias para mejorar la conducta escolar desde la escuela	Se realizó una recapitulación de la sesión, se revisó la economía de fichas, indicando que la conducta del niño mejoró, obteniendo su recompensa. Aunque la madre manifiesta que en algunas ocasiones el niño se comporta desafiante. Se explicó el paso 7 y 8, en el punto 8 no se pudo establecer, debido a que no hubo colaboración por parte de los profesores.	Seguir con la economía de fichas en incrementar dos conductas más. Jugar con el niño 2 veces durante esta semana.

1/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Proporcionar estrategias para mejorar la conducta de los niños en lugares públicos	Paso 9: Manejo de futuras dificultades en el comportamiento	Se realizó una recapitulación de la sesión anterior en el que los padres manifestaron que si hay mejoría con el niño. Se revisó el autoregistro del niño con la finalidad de ver si hay modificación de la conducta. Por otra parte se enfatizó los puntos, si en el futuro existe aparición de nuevas conductas o recaída de la conducta ya modificada.	Seguir con la economía de fichas.
5/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de sesión anterior. Mejorar la relación entre los padres y el niño.	Paso 10: modelo para resolver conflictos interpersonales.	Se realizó la revisión de la economía de fichas por lo que se evidenció una mejoría en la conducta del niño. Durante la explicación del paso 10, a los padres les pareció excelente ya que también lo pueden aplicar para resolver sus conflictos de pareja.	Jugar con el niño una vez durante esta semana. Realizar un listado de conductas que el niño haya mejorado.
8/12/2016 Sesión 8	Realizar una recapitulación breve de todas las sesiones Realizar el cierre de la intervención con los padres.	Cierre del programa de orientación a padres.	Durante la última sesión se realizó una recapitulación de todo lo aprendido enfatizando en el manejo de las técnicas aprendidas. Por otra parte se atendió dudas de los padres y a la vez se pidió que mencionen las conductas que el niño haya mejorado. Mencionando que la relación entre los tres ha mejorado, a la vez que ya no es tan desafiante, sin embargo le	

			cuesta controlarse en relación a su enojo.	
--	--	--	--	--

Caso 5

Sesiones con el niño

Fecha /sesión	Objetivo	Técnica	Evolución	Tarea Intersesión
14/11/2016 Sesión 1	<p>Establecer el encuadre terapéutico.</p> <p>Fomentar la alianza entre el terapeuta y el paciente</p> <p>Promover estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.</p>	Resolución de Conflictos	Durante la primera sesión el comportamiento del niño fue tranquilo, colaborador y abierto al dialogo. Se le explicó la técnica por medio del cuento de “el carpintero”, pudo desarrollar sin ningún inconveniente, entendiendo el mensaje del cuento.	Buscar o establecer un problema que se represente y plantear tres alternativas con sus ventajas y consecuencias y cuál es la más adecuada para resolver el conflicto.
17/11/2016 Sesión 2	<p>Realizar una recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Revisar la tarea intersección</p> <p>Proporcionar mecanismos para disminuir el comportamiento agresivo</p>	<p>“el termómetro del enojo”</p> <p>Técnica del Buda</p>	En la segunda sesión se realizó la recapitulación, en el que el paciente entendió la técnica y como tarea intersesión resolvió un problema que paso en la escuela con sus amigos, sin llegar a agredirlos. En la aplicación de la técnica del termómetro del enojo, el niño pudo entender al igual que la técnica del buda.	Buscar una situación que le genere enojo, aplicar las técnicas del buda.

21/11/2016 Sesión 3	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Revisar la tarea intersección Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	Entrenamiento en Autoinstrucciones	Se realizó la recapitulación de la sesión anterior, a la vez se revisó la tarea intersección en el que el niño manifiesta que lo pudo realizar sin ningún inconveniente, aunque al comienzo le costaba asociar su enojo al semáforo. Para el entrenamiento en autoinstrucciones, al niño al comienzo le dió vergüenza realizarlo, pero conforme se le motivó lo realizó sin ningún inconveniente.	Aplicar en la casa el entrenamiento en autoinstrucciones.
24/11/2016 Sesión 4	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad.	Comunicación positiva	Se cumplió con los objetivos de la recapitulación de la sesión. Además manifestó que no presentó ningún inconveniente en realizar la tarea. En la aplicación de la técnica de comunicación positiva, el terapeuta observó que al niño le costaba ser asertivo por lo que se enfatizó en ese aspecto.	Mejorar la comunicación, aplicando lo aprendido, tanto en la casa como en la escuela.
28/11/2016 Sesión 5	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Fomentar estrategias en los niños sobre resolución de conflictos.	El semáforo	Se cumplió con los objetivos a tener en cuenta en la sesión. En la aplicación de la técnica el niño estuvo colaborador, manifestando que le gusta mucho, se trabajó en el problema que presenta cuando la profesora no le presta atención, llegando a la solución de que la iba a esperar y a acercarse en lugar de gritar.	Poner en práctica lo establecido en la sesión con la técnica del semáforo.

1/12/2016 Sesión 6	Realizar una recapitulación de la sesión anterior Entrenar a los niños en cuanto al manejo de su autocontrol	El freezer del enojo Entrenamiento en autoinstrucciones	Se cumplió con los objetivos de la sesión. Sin embargo manifestó que la primera vez no pudo por lo que quiso gritar a la profesora, sin embargo recordó la técnica del semáforo y lo puso en práctica. Se combinó estas dos técnicas (autoinstrucciones y Freezer del enojo) en su diálogo interno, manifestó frases como “tranquilízate,” eres inteligente”.	Las frases que estableció en la sesión escribirlas en cartulina, pegarlo en su cuarto.
5/12/2016 Sesión 7	Realizar una recapitulación de la sesión anterior. Mejorar habilidades sociales en cuanto a la asertividad	Comunicación positiva	Se cumplió sin ningún problema todos los objetivos planteados en esta sesión. Se volvió a retomar con el niño la comunicación positiva por lo que se notó cambios significativos a comparación de la primera vez.	Planificar junto con la familia un paseo al parque y aplicar lo aprendido en la sesión.
8/12/2016 Sesión 8	Realizar la recapitulación de la sesión anterior. Realizar el cierre terapéutico. Aplicar el cuestionario CBCL a los padres del niño.	Técnica del antes y el después.	Se realizó una recapitulación profunda de todo lo aprendido con su respectiva retroalimentación. Se le pidió al niño que dibuje como se sentía antes de la sesión y el después de la terapia evidenciándose cambios positivos.	

Anexo 8: Modelo de consentimiento informado para la aplicación e intervención.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba un cordial saludo, de la escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, el motivo de la presente es invitarles a participar a ustedes y a sus hijos en una investigación, cuyo propósito es detectar los problemas conductuales que existe en los niños de 6 a 11 años de la institución Iván Salgado.

Si Ud. acepta participar el procedimiento consistirá en la aplicación de un inventario de Conducta Infantil (C.B.C.L), que es un cuestionario sobre la conducta de su hijo, el tiempo que invertirá es de 25 minutos en responder.

Los beneficios que se obtendrá de la participación del estudio será realizar una propuesta de intervención para los niños en los que se detecten problemas conductuales.

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad, se utilizarán exclusivamente con fines de investigación, todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

La participación en esta investigación es completamente voluntaria.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario dirijase con la estudiante de Psicóloga Clínica de la Universidad del Azuay, Andrea Quito, al correo electrónico: angyquito_93@hotmail.com, celular 0984243536. La docente a cargo es la Dra. Ana Lucía Pacurucu, celular 0995518571, directora de Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

Andrea Quito
Representantes del proyecto por parte de la Universidad del Azuay



Ana Lucía Pacurucu
Representantes del proyecto por parte de la Universidad del Azuay



DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación psicológica, los procedimientos, los beneficios y los derechos que tengo por participar.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo. Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja y que pueda tener importancia directa.

Posteriormente, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante menor de edad: Santiago Carpio Ulloa

Nombre padre, madre o representante: Johanna Ulloa Jivanco

Firma: Johanna Ulloa

Fecha: 04-03-2016





HOSPITAL DEL RÍO
Escuela de Psicología Clínica

Consentimiento informado

Yo,

Manifiesto que he sido debidamente informado (a) y comprendo la naturaleza del proceso, que incluye evaluación, diagnóstico e intervención en caso de ser necesario. El objetivo es la vinculación, que considera los siguientes aspectos: apoyo social, académico, formativo – presencia de practicantes--, investigación.

Queda garantizado el compromiso ético de respeto a la privacidad del paciente, por ello los datos serán manejados de forma anónima.

Autorizo a la Universidad del Azuay para hacer libre uso de la información pertinente para sus fines.

Declaro estar debidamente informado (a) y doy mi expreso consentimiento a la realización de la siguiente intervención.

Firma del paciente informado o representante

Cédula de identidad

Fecha