

MONOGRAFÍA ESPECIALIZADA

**“EFECTIVIDAD DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES EN LA
TERAPIA DE NIÑOS CON TENDENCIA A CONDUCTAS DISOCIALES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL”.**



AUTORA:

ANA PATRICIA ESCOBAR VILLAFUERTE.

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

PARA OPTAR AL GRADO DE.

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

ANTIGUO CUSCATLAN

JULIO DEL 2010

Índice

Tema.	Página
• Introducción.....	(i)
CAPITULO I: EL PROBLEMA.	
• Planteamiento del problema.....	(1)
• Justificación del tema.....	(2)
• Delimitación del tema.....	(3)
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
• La terapia cognitivo conductual.....	(4)
o Fases de la terapia cognitivo conductual.....	(4-6)
o La terapia cognitivo conductual y la conducta.....	(6-9)
o Técnicas cognitivo conductuales.....	(9-15)
• Las tendencias a conductas disociales en niños.....	(16-17)
o Causas que originan las tendencias a una conducta disocial.....	(17-21)
o Prevalencia de las tendencias a conductas disociales.....	(21)
o De tendencia a conducta disocial en niños.....	(22)
o Características de una conducta disocial en el niño.....	(22-25)

Tema.	Pagina
--------------	---------------

CAPITULO III: PROPOSITO

- Objetivos..... (26)
- Limites y alcances..... (27)
- Hipótesis..... (28)
- Definición de variables..... (29)

CAPITULO IV: METODOLOGIA

- Sujetos..... (30-31)
- Materiales o instrumentos.....(32-33)
- Procedimiento..... (34-51)

CAPITULO V: RESULTADOS

- Resultados..... (52-65)

CAPITULO VI: ANALISIS DE RESULTADOS

- Análisis de resultados..... (66-72)
- Conclusiones..... (73)
- Recomendaciones..... (74)

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bibliografía..... (75)

CAPITULO VIII: ANEXO

- Anexo.(76)

Introducción.

Viendo a nuestro alrededor podemos observar como día a día se van incrementando en nuestra sociedad salvadoreña desde edades cada vez más tempranas conductas disociales que están siendo heredadas o aprendidas por medio de la interacción de los unos con los otros sin lograr encontrar un método que ayude a evitar o disminuir este problema.

Percibiendo la necesidad de encontrar técnicas que ayuden a mejorar esta situación realizamos la siguiente investigación en la cual se busca ver la efectividad que tienen las técnicas cognitivo conductuales dentro de la terapia con niños específicamente en la fase de la infancia intermedia que presentan tendencia a conductas disociales.

Como primer punto, para adentrarnos a la investigación que se desarrolla en este documento hablamos sobre la terapia cognitivo conductual, sus fases de organización a la hora de desarrollar la terapia y sobre algunas técnicas a desarrollar dentro de un plan terapéutico.

Seguidamente hablamos sobre las tendencias a conductas disociales en niños; planteando a la vez características y criterios que nos presenta el DSM.V y el CI-10 para identificar conductas disociales en niños. las cuales aunque nuestra investigación es sobre las tendencias a estas conductas disociales una forma para descartar o confirmar estas tendencias es conociendo las características de la conducta disocial en sí. Posteriormente para descubrir si las técnicas cognitivo conductuales serian efectivas o no a este tipo de problemática; se realizo un estudio de caso donde se escogió a dos niños asistentes a consulta psicológica en el Hospital San Rafael de Santa Tecla que presentaban tendencias a conductas disociales a los cuales se les aplico técnicas cognitivo conductuales y se les evaluó al inicio y al final del tratamiento para poder comprobar la efectividad de este tipo de técnica en el desarrollo terapéutico de los niños; brindando al final de este documento los análisis y recomendaciones de los resultados obtenidos en esta investigación.

CAPITULO I:

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En la actualidad, basta con tomar un periódico, sintonizar una estación de radio o un canal televisivo para darse cuenta de la gran cantidad de violencia y de problemáticas sociales que existen, muchas derivadas de conductas disociales.

Cada día parece que este fenómeno se va incrementando y hace que personas de edades cada vez más jóvenes se vean involucradas en este tipo de hechos, llegando al punto que este tipo de conductas se vuelven algo cotidiano y hasta cierto punto “natural” en la vida de las personas creando un círculo vicioso en donde se heredan no solo biológicamente, sino también a través de un aprendizaje, transmitido de generación en generación.

Es preocupante como muchos niños y adolescentes están manifestando tendencias a conductas disociales con comportamientos dañinos hacia sus familiares, compañeros, profesores, conocidos en general e incluso hacia sí mismos, generando esto, ambientes hostiles para las personas que interactúan el día a día con ellos.

En la mayoría de casos, no existe ningún tipo de intervención efectiva que ayude al mejoramiento integral en los niños, adolescentes y personas que presentan estas conductas, generando un estancamiento e incremento en este tipo de problemáticas, afectando no solo al individuo sino también a la sociedad en general. Partiendo de todo esto nos podemos plantear la siguiente incógnita:

¿Serán efectivas las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de niños con tendencia a conductas disociales pertenecientes a la etapa de la infancia intermedia atendidos en el hospital San Rafael?

Justificación del Tema

En nuestra sociedad, diariamente podemos ver hechos de violencia y de alteración del bienestar social, familiar e individual, que afectan el desarrollo óptimo de la salud emocional y física de las personas, pero esto no es un hecho que sucede por mera casualidad y sin un motivo aparente; desde que nacemos, nos vemos afectados por una serie de factores, tanto individuales, como ambientales, que influyen en cómo se van conformando nuestras conductas y pensamientos, pero esto no es lo único que debe tomarse en cuenta, ya que al manifestarse algún comportamiento o pensamiento que afecte el bienestar social e individual es necesaria una intervención integral que permita un mejoramiento no sólo en la conducta, sino también en la percepción y pensamiento de la persona. Los niños, por sus características de desarrollo presentan más vulnerabilidad tanto para aprender como para desaprender o modificar conductas que puedan ser una barrera para un mejor desarrollo individual, familiar y social.

Es necesario tomar a favor estas características para poder frenar o prevenir el desarrollo de conductas disociales a través de técnicas que conlleven a un cambio de pensamiento y de conducta, y entre ellas se encuentran las técnicas cognitivo conductuales, que por medio de su utilización desde edades tempranas pueden ayudar al mejoramiento de conductas desadaptativas ya existentes y evitar que se conviertan en trastornos de tipo disocial u otro tipo de problemáticas.

Es de gran importancia la implementación de estas técnicas para lograr un bienestar psicológico en los niños, y a la vez, una mejor integración al ambiente en el que se desarrollan, previniendo a que aquellas conductas que puedan resultar problemáticas en un futuro tanto para ellos como para sus familias y la sociedad se manifiesten nuevamente.

Delimitación del Tema

Se elaboró el presente documento producto de la investigación que pueda servir de consulta y apoyo acerca de la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales en niños pertenecientes a la etapa intermedia según (Papalia, 2001) que puedan estar presentando rasgos de conducta disociales.

Esta investigación se realizó desde el mes de febrero al mes de julio del 2010 donde se escogió de acuerdo a la temática desarrollada a dos niños a los cuales se les encontró que presentaban rasgos disociales; ambos del sexo masculino uno de 7 años y el otro de 11 años de edad; pertenecientes a un estado socioeconómico bajo.

Se realizó la aplicación del estudio específicamente en el área de consulta externa del hospital San Rafael de Santa Tecla ubicado en el departamento de la Libertad. Donde se realizaron diversas evaluaciones y se aplicaron técnicas cognitivo conductuales con el fin de evaluar la efectividad de estas ante este tipo de problemática.

CAPITULO II:

MARCO TEORICO

1. La terapia cognitivo- conductual

La psicología de nuestro tiempo se ha caracterizado por ser multifacética (Mahoney, 1991); para los teóricos conductivistas la conducta y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; para los teóricos cognitivistas el papel central es estudiar el cómo se siente, como se piensa y como se actúa; para los teóricos emotivos el sentimiento es primario y es lo más poderoso. Dado a tales pensamientos se da la revolución cognitivista, basada en los procesos internos y la posibilidad de sus estudios científicos y por los procesos psicológicos los cuales median la conducta; es así como en la década de los 50 comienza a surgir la corriente psicoterapéutica que incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum) hasta adoptar la denominación que posee actualmente como terapia cognitiva conductual la cual ha venido adquiriendo en los últimos años mucha importancia encontrando una escala cada vez más amplia en la aplicación y tratamiento de diversos problemas y trastornos; entre ellos “los problemas conductuales en los niños”.

La terapia cognitivo conductual (TCC) se apoya en cuatro pilares teóricos básicos los cuales son los del aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo. Es un modelo de tratamiento psicoeducativo y una forma de interacción psicoterapéutica a corto plazo que busca ser activo, directivo, estructurado y dinámico (Arturo C, 2004) y busca tomar en cuenta tres cosas que el ser humano hace de forma constante y natural como es “el hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991).

1.1. Fases de una terapia cognitivo-conductual:

En todo tipo de terapia se necesita llevar un orden en el desarrollo terapéutico de un paciente, y la terapia cognitivo conductual no se queda atrás; algunas de estas fases a seguir que son de gran importancia y los cuales se ocuparon en la presente investigación son los siguientes: evaluación, intervención y seguimiento.

A continuación se habla brevemente de estas fases: (www.cognitivoconductuales.blogspot.com/2006)

a. En la primera fase de evaluación se realizan entrevistas, cuestionarios, y si es necesario y dependiendo con quien se trabaje se realizan juegos, actividades etc. Que se consideren de importancia tanto para desarrollar un buen rapport con el paciente dentro de la terapia como para la obtención de datos y características importantes del paciente que pueden ser útiles para desarrollar un mejor plan de trabajo y obtener mejores resultados. Esta fase dura aproximadamente entre 2 o 3 sesiones o la que se crea conveniente. En el caso de los pacientes descritos en esta investigación se ocupó un periodo de 5 sesiones para desarrollar esta fase; las primeras dos más que todos para el desarrollo del buen rapport y obtención de datos importantes; la sesión 3 y 4 ocupadas para la aplicación de pruebas y la sesión 5 para el desarrollo de una guía que ayudaría a la evaluación del paciente y realización de un plan de tratamiento.

b. En la segunda fase de intervención se realizan objetivos de trabajo y se utilizan técnicas terapéuticas que se aplican entre sesión y sesión de cada terapia con el fin de lograr una mejoría o un cambio en el paciente y alcanzar esos objetivos planteados con anterioridad. La duración de esta fase de intervención puede ir de los 2 a 3 meses o más de un año dependiendo de la gravedad o complejidad del caso. En el caso de los dos pacientes descritos en esta investigación y por cuestiones de tiempo se realizó un plan de tratamiento corto que duro del mes de abril al mes de julio del 2010 abarcando doce sesiones en total desde la fase evaluativa hasta el cierre; donde de la sesión 6 a la 11 pertenecen a esta fase de intervención.

c. En la tercera fase de seguimiento ya cuando se han alcanzado los objetivos planteados anteriormente observando una mejoría o un cambio en el paciente; se harán sesiones de seguimientos para evaluar el mantenimiento de los cambios y así hacer los ajustes que sean necesarios; también si es el caso de trabajar con un niño se puede plantear al encargado de este una forma de

continuar el trabajo terapéutico con la supervisión de este, explicándole la mejor forma y variaciones en que este pueda hacerlo y seguir obteniendo buenos resultados. Ahora bien según los casos descritos en esta investigación se realizó esta fase ya en la sesión 12 donde se realizó el cierre terapéutico y se planteó al encargado de los niños una forma de continuar el tratamiento; brindando sugerencias y recomendaciones a seguir.

La terapia cognitivo conductual trata que en estas tres fases terapéuticas el paciente pueda modificar el pensamiento ya que según esta teoría no son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal, sino la interpretación que hacemos de las cosas que nos pasan; por lo cual este tipo de terapia busca a que el paciente aprenda a identificar los pensamientos que están generando sufrimiento, celos, enojo, entre otras, para luego de identificarlas hacer que esté descubra lo irracional, falso o incorrecto de estos pensamientos para luego sustituirlos por pensamientos que sean más adecuados y ajustados a la realidad y así modificar su conducta. También según lo requiera el caso se puede utilizar técnicas de relajación el cual ayuda a que el paciente pueda controlar sus impulsos.

1.2. la terapia cognitivo conductual y La conducta

La conducta es cualquier actividad humana o animal que pueda observarse y medirse objetivamente; con la conducta el ser humano revela, aun más que con sus propias palabras, los verdaderos pensamientos, propósitos e ideales (Howard C. diccionario psicología 1948). En este tipo de terapia cognitivo conductual, el término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

La terapia cognitivo conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y para los demás ya que la conducta en si es

el acto realizado como reacción ante un estímulo; Este acto incluye diferentes aspectos como el pensamiento, movimientos físicos, expresión oral y facial, respuestas emocionales, etc. Que el individuo presente. Por lo cual es importante tomar en cuenta también los reflejos, instintos y hábitos de cada individuo. (Arturo C, 2004).

A continuación explicamos brevemente cada uno:

a. El temperamento es la combinación de rasgos que heredamos de nuestros padres; es esa combinación de los genes del padre y la madre en el momento de la concepción que determina nuestro temperamento básico nueve meses antes de que respiremos por nuestra cuenta, es el responsable en buena medida, de nuestras acciones, de nuestras respuestas emocionales y, en mayor o menor grado, de casi todo lo que hacemos. Es la forma que tiene un individuo de enfrentar y reaccionar ante otras personas y situaciones (Papalia; 2001)

b. Los reflejos constituyen reacciones mecánicas y constantes de músculos y glándulas, frente a estímulos físicos (luz, golpe, contacto,...) químicos (el olor de los alimentos...) y aun psíquicos (una emoción violenta desencadena reacciones instantáneas de las glándulas suprarrenales). Son respuestas automáticas involuntarias e innatas ante los estímulos. (Papalia; 2001).

c. Los instintos son innatos en el ser humano y se extiende en dos tiempos: el primero, constituido por el impulso a la actividad, a la realización de algo, a la consecución de algo, a la satisfacción de una necesidad, y el segundo, que es la propia satisfacción de la necesidad. En el instinto hay dos vertientes muy bien definidas: el aspecto exterior, que es la conducta instintiva y el aspecto interior, que es el instinto como necesidad. Entre algunos de los instintos fundamentales podemos encontrar los siguientes: los instintos de conservación, los de reproducción y los gregarios. (Juan José López.; 1999)

Ahora bien dado a todo esto; el enfoque cognitivo conductual investiga como aprendemos, es decir, los principios que explica el aprendizaje, tanto de comportamiento deseable como perjudiciales. Ya que lo que aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vidas particulares e intransferibles de cada persona. Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. Sin embargo, hay que remarcar que aunque en la terapia cognitivo-conductual el centro de atención no esté en las causas relacionadas con la historia personal del paciente, si se tiene muy en cuenta las causas que proponen las teorías explicativas del comportamiento humano y que han estado científicamente validadas.

Se parte del supuesto de que nuestro malestar es, en gran parte, producto de nuestra historia de aprendizaje. Por tanto, si a lo largo de nuestra vida hemos aprendido actitudes, creencias o estrategias inadecuadas o negativas, las podemos “desaprender” y aprender otras nuevas que sean más adaptativas y saludables y nos ayuden a tener un mayor bienestar. También se parte del supuesto de que nuestro malestar es, en gran parte, producto de nuestra historia de aprendizaje. Por lo tanto, si a lo largo de nuestra vida hemos aprendido actitudes, creencias o estrategias inadecuadas o negativas, las podemos “desaprender” y aprender otras nuevas que sean más adaptativas y saludables y nos ayuden a tener un mayor bienestar. (www.clinicapsi.com.)

En el caso de los niños día a día afrontan dificultades de carácter psicológico en una gran variedad de aspectos que tienen que ver con sus reacciones y relaciones con el ambiente. Estas dificultades pueden suponer interacciones con los padres, hermanos, compañeros y maestros, y pueden acarrear la adquisición de habilidades y conocimientos, así como la adopción de las normas que la sociedad impone a sus miembros. La aplicación de los principios psicológicos puede ser de gran utilidad en cualquiera de estos aspectos, tanto para superar

las dificultades que un niño puede haber afrontado y para evitar que se presenten esas dificultades ya que desde el momento del nacimiento los seres humanos empezamos a ser afectados por los que nos rodean, estos estrechos lazos que nos unen a otros seres humanos presentes a lo largo de toda la vida y que genera entre nosotros una influencia mutua y la manera en que las situaciones influyan dependerá de la situación en la que cada persona se encuentre. (Haevssle, I 1986)

1.3. Algunas técnicas cognitivo conductuales utilizadas para la modificación de la conducta.

Las técnicas o recursos a utilizar en la terapia cognitivo conductual no es rígida sino mas bien personalizadas, dependiendo de la situación de cada paciente y de la edad de este; sin embargo sea de una o de otra forma es necesario y de vital importancia que el paciente y los involucrados (padres, hermanos etc.) se sienta a gusto en el desarrollo de la terapia y que brinden su colaboración y compromiso para conseguir resultados satisfactorios. Algunas de las terapias y técnicas que se tomo como base en la presente investigación para el desarrollo de una terapia cognitiva conductual son las siguientes:

a. terapia racional emotiva (TRE):

Su creador (A.Ellis en 1955) el cual menciona que en el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales los cuales son el pensamiento, sentimiento y conducta. Estos tres aspectos están interrelacionados de modo que los cambios en uno puedan cambiar en otro.

En esta técnica, el pensamiento es el principal determinante de las emociones por lo cual hay que identificar el pensamiento deformado que el paciente posee para luego modificarlo; para lograr esto se puede ocupar la técnica de ABC. La cual se explica a continuación:

a.1. El ABC

Propuesto por Albert Ellis en 1960 dentro de la terapia racional emotiva. Este presenta las siguientes caracterizaciones del análisis psicológico, y por lo tanto de la intervención clínica según (Caballo, V. e. 1991):

La letra (A): representa todos los acontecimientos de la vida que están relacionados con determinadas consecuencias emocionales y conductuales que definen un problema o trastorno psicológico.

La letra (B): representa al sistema de creencias, las imágenes y los pensamientos que se tienen sobre los acontecimientos y demás circunstancias de la vida incluyendo el contenido del sistema cognitivo.

La letra (C): representa la consecuencia o reacción producidas por (A) y (C) las cuales pueden ser de tipo emotivas, conductuales o mixtas.

A	B	C
Acontecimiento activado (situaciones)	Sistema de creencias (pensamiento)	Consecuencias (emociones, conductas)

De acuerdo con este esquema, el análisis psicológico o evaluación conductual empieza por determinar el problema en términos conductuales (lo que se hace o deja de hacer) y de las reacciones emocionales. En todo caso, el terapeuta trata de relacionar estos problemas con acontecimientos y circunstancias actuales y pasadas de la vida del paciente (situaciones angustiosas, de ansiedad, pérdida de algo significativo, fracaso, rechazo). Sin embargo, el principal interés, y la mayor dificultad, está en identificar las creencias y pensamientos derivados de estos posibles antecedentes y, en definitiva, resultantes en las consecuencias

problemáticas en cuestión. El proceso de acuerdo con este esquema supone una relación colaboradora entre el terapeuta y el paciente.

b. Técnicas de reforzamiento

Los refuerzos son las consecuencias específicas de una respuesta que hace que esta aumente su frecuencia, intensidad o su duración y existen dos tipos de refuerzo el positivo y el negativo.

b.1. reforzamiento positivo.

Thordike formalizo la ley del efecto la cual afirmaba que si a un estímulo lo sigue una respuesta y luego un estado placentero, se fortalecerá la conexión estímulo-respuesta. Más tarde (B.F.Skinner en 1938) denominó a este estado placentero como reforzador positivo.

El reforzamiento positivo es una forma de aprendizaje que ocupa el condicionamiento operante para la ejecución y desarrollo de nuevas conductas en función de su consecuencia. Este reforzamiento positivo es cualquier estímulo, premio o consecuencia que incremente la probabilidad de que la respuesta o conducta deseada se repita o vuelva a ocurrir. Es el aumento en la frecuencia de una conducta cuando se presenta un evento favorable inmediatamente después de esa conducta buscando motivar al sujeto de alguna manera. Uno de los métodos donde se puede ocupar el reforzamiento positivo y el cual es muy eficaz para la modificación de conducta es la economía de fichas la cual se explica más adelante.

b.2. reforzamiento negativo.

Esta técnica consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable eliminando algo que resulta molesto al sujeto, siempre que obre correctamente. Como medio para llevar a cabo el refuerzo negativo se encuentra entre otros, quitar o suprimir alguna cosa que le resulte desagradable, ruidos molestos, olores desagradables; entre otros.

c. la economía de fichas.

Ayllon, azrin y colaboradores en 1968 fueron los creadores de la economía de fichas el cual es un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como refuerzo inmediato, que son respaldadas posteriormente, permitiendo que se cambien por refuerzos más valiosos (whithe 1971)

Son procedimientos dirigidos que establecen un control sobre determinado ambiente tratando de supervisar las conductas sea de una persona o de un grupo, este método permite introducir una o varias conductas; se puede ocupar cualquier símbolo u objeto que puede otorgarse y más tarde cambiarse por un reforzador primario, deben ser duraderos y poder almacenarse fácilmente (sellos, puntos, palitos, monedas etc) a la vez se estructuran reglamentos a seguir para ganarse las fichas. Estas fichas son reforzadores directos que se ocupan para incentivar al sujeto, por otro lado también se puede realizar multas el cual es un proceso en el que se le retiran las fichas a los sujetos como consecuencia de haber realizado una conducta no deseada.

Hay 3 fases importantes para el establecimiento de un programa de fichas:

Fase de muestreo o establecimiento de las fichas como reforzador generalizado donde se remarca el valor que tiene el objeto a intercambiar y así dar valor a la ficha que se utilizara.

Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas donde se entregan las fichas de forma contingente a las conductas que se desea establecer o incrementar.

Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas donde una vez que las conductas objetivas se haya dado y consolidado, el paso siguiente consiste en poner estas conductas bajo el control de las condiciones habituales y normales del sujeto retirando toda estimulación antes aplicada.

d. contrato conductual.

Dentro del programa de economía de ficha podemos ocupar una herramienta que facilitara el desarrollo del programa; buscando la toma de conciencia y responsabilidad del paciente y en el caso de ser menores de edad también de los encargados del mismo. Esta herramienta se conoce como contrato conductual el cual es un documento escrito en el cual se explica las acciones que el paciente y los involucrados en la terapia están de acuerdo a realizar

En este sentido un contrato conductual debe especificar las conductas que se esperan que emita cada una de las personas implicadas, las consecuencias que se obtendrá a causa de la realización de esta conducta y las consecuencias que obtendrá por la no realización de estas.

e. Técnicas de autocontrol.

El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar las emociones y no que estas nos controlen a nosotros, eligiendo lo que queremos sentir en cada momento de nuestras vidas, tomando el rol de actores o hacedores de nuestra vida.

Los programas de autocontrol van a desarrollarse teniendo como objetivo final que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta tratando que el paciente asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su desarrollo las conductas y técnicas aprendidas, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesaria.(www.isabelsalama.com/autocontrol%20emocional%20I.htm).

Para Kanfer la importancia de los programas de autocontrol vienen fundamentada por las siguientes razones: existencia de muchas conductas que solo resultan accesibles al propio sujeto; las conductas problemas suelen estar relacionadas con autorreacciones y actividad cognitiva, no susceptibles a

observación directa; es necesario plantear una intervención que presente el cambio como positivo y factible para el sujeto, de manera que se maximice su motivación para el cambio; la intervención no debe acabar solo con los conflictos presentes, sino enseñar al sujeto como manejar posibles recaídas o nuevos problemas. (<http://online-psicologia.blogspot.com/2007/12/tcnicas-de-autocontrol.html>)

f. La asertividad.

La asertividad se define como la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atender contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento. Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad es solo una parte de las habilidades sociales y consiste también en hacer y recibir cumplidos, y en hacer y aceptar quejas. (www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm).

Podemos planificar un entrenamiento asertivo a partir de las siguientes etapas: (Eva Penafiel, C. 2010)

Identificar los estilos básicos de conducta interpersonal tales como el estilo agresivo, estilo pasivo, el estilo asertivo que el paciente pueda presentar según sus características temperamentales y hereditarias. Reconociendo la mejor forma de actuar de cada una de ellas y al mismo tiempo reconocer los errores presentados en cada uno de los sujetos.

Identificar las situaciones en las cuales queremos ser mas asertivos tratando de identificar en que situaciones fallamos y como deberíamos de actuar en un futuro, se analiza el grado en que la respuesta de cada sujeto a situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo.

Describir las situaciones problemáticas tratando de analizar las situaciones en términos de quién, cuándo, qué y cómo intervienen en ese acontecimiento, identificando nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir.

Escribir un guión para el cambio de la conducta. El cual es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problemas y clasificar lo que queremos conseguir.

Desarrollo del lenguaje corporal adecuado en el cual se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto al lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura etc.), y se dan las oportunas indicaciones como por ejemplo para que la persona ensaye en un espejo según sea conveniente.

Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás. Las demás personas utilizan estrategias para manipular, haciendo sentir a la persona culpable, evadiéndose de la conversación o victimizándose. se dan una serie de técnicas para resistir a ese tipo de influencias provenientes de los que le rodean.

Así como estas técnicas descritas anteriormente hay muchas más que pueden ser ocupadas en una terapia cognitivo conductual dependiendo de la situación a tratar en cada paciente. En esta ocasión solo se retomó algunas de ellas con las cuales se trabajo en la modificación de conductas de pacientes en la etapa de la infancia intermedia con tendencias disociales.

2. las tendencias de conductas disociales en niños.

Dentro de los problemas conductuales en los niños las tendencias a conducta disociales son de los más característicos en la actualidad constituyendo un notable y serio problema con el cual se enfrentan los educadores, psicólogos, padres de familia y sociedad en general. Suele ir asociado con conflictos familiares, pobreza, defectos genéticos y adicción a drogas o alcoholismo de parte de los progenitores. Es notable destacar que cada niño presenta características cognitivas, afectivas y conductuales distintas dependiendo de su adaptación al entorno, independientemente ponga este en riesgo o no al individuo, refiriéndose como riesgo a características personales o circunstancias del medio escolar, familiar o social que lo predispone a experiencias negativas futuras tales como deserción, bajo rendimiento, trastornos emocionales, alteraciones de la conducta, drogadicción etc.(Wicks-Nelson 1997)

Sin embargo según Eva Penafiel 2010 hay que tener en cuenta que un niño puede presentar problemas conductuales de este tipo frente a una determinada persona y no frente a otra, como también exteriorizar sus alteraciones de manera transitoria o periódica. Mostrando rasgos de conducta disocial y no un trastorno en sí. Los niños con estas perturbaciones causan, sin duda alguna, problemas en las relaciones con sus profesores, compañeros de estudios, familiares etc, dando como resultado inadaptabilidad en el mundo. Provocando que las personas que tratan directa o indirectamente a niños con este problema llegan al punto de sentirse frustrados o provocarles ansiedad al estar frente a ellos ya que estos experimentan sentimientos de culpa al sentirse responsables del manejo conductual, de la enseñanza y del aprendizaje del niño, y se presionan a poder encontrar soluciones que muchas veces terminan en frustración.

La severidad de las tendencias a conductas disociales en el niño depende en gran medida de la percepción que sobre ella tengan las personas que vivan y/o trabajan con el niño. Los niños que poseen tendencia a este tipo de conductas disociales pueden presentar dificultad para manejar la rabia, la irritabilidad y una falta de afiliación con otras personas.

Muchas veces estos niños con tendencias a conductas disociales cuando se enfrentan a situaciones conflictivas ponen al descubierto mecanismos de defensa de una forma repetitiva e incontrolada para enfrentar dichos problemas, provocando en algunos casos como consecuencia, conductas inadaptadas ya que el niño de forma inconsciente trata de protegerse a si mismo queriendo manejar las diversas situaciones que le crean problemas, utilizando estos mecanismos de una forma incorrecta tratando de escapar de la realidad. Algunos de estos mecanismos de defensa utilizados ante los conflictos son la proyección, la regresión, desplazamiento, represión y la racionalización. (Eva Penafiel,C. 2010)

2.1. Causas que originan las tendencias a una Conducta disocial.

La tendencia a un comportamiento disocial, va generalmente unido a una serie de causas multifactoriales que han provocado esta situación. Algunas de las más significativas son: (Nelson,R. 1997)

a. La agresión como conducta aprendida:

La agresividad es una de las conductas que se están percibiendo con más frecuencia en la actualidad es un rasgo instintivo natural y necesario en el ser humano. A pesar de que es algo instintivo esa agresividad e impulsos violentos sufren modificaciones frecuentes, ya que tienen que asociarse entre sí, para poderse adaptar al medio según este lo exija. Según Sigmund Freud, la conducta tiene por objetivo primordial satisfacer los impulsos biológicos, y el ser humano posee un impulso innato hacia la agresividad.

La agresión es igualmente un problema corriente entre los niños pertenecientes a poblaciones no clínicas. Los niños pueden aprender claramente a ser agresivos si son recompensados por dicho comportamiento (Patterson, 1976) con toda seguridad los niños disponen de muchas oportunidades para observar modelos agresivos. Los padres que castigan físicamente a sus hijos sirven de modelo para un comportamiento agresivo. De hecho los niños que exhiben demasiados comportamientos agresivos o antisociales probablemente tienen hermanos, padres e incluso abuelos con un historial de conductas agresivas y delictivas (farrington, 1987; huesman, 1984; west, 1982).

Cuando estos impulsos de agresividad no se logran controlar, ya se está hablando de un problema de conducta en el cual el niño o niña lo expresa haciendo daño, físico o psíquico, a una otra persona. De una acción intencionada manifestada a través de patadas, arañazos, gritos, empujones, palabrotas, mordidas, corrida del pelo, etc., a otra persona.

b. Influencias familiares:

Como se mencionaba anteriormente el entorno familiar puede ser la esfera principal en la que se aprenda el comportamiento agresivo. Sin embargo, las influencias familiares no se limitan a la adquisición de conductas de agresión o a los mecanismos de tales influencias; las influencias familiares desempeñan un papel importante en la génesis de diferentes comportamientos disociales. Se ha encontrado una alta incidencia de conductas desviadas de la norma o delictivas en las familias de niños con problemas de conducta y familias de delincuentes. Familias desestructuradas y con problemas graves entre sus miembros, que no suelen contar con el necesario apoyo familiar. Suelen ser hijos de familias marginales y muy inestables: los padres se han divorciado; son hijos de madre soltera o de padres en paro. Estas situaciones han llegado a provocar que estos niños sufran en sus propias carnes la violencia en el hogar.

También existen factores de origen genético, heredados de la familia. En este sentido es frecuente encontrar en el entorno del niño familiares con trastornos

mentales graves, como esquizofrenia, paranoia, trastornos de la personalidad o anormalidades neurológicas.

c. Problemas orgánicos:

Este problema de conducta también se relaciona con una afección en el lóbulo frontal del cerebro, lo que impide a estos niños llevar a cabo actuaciones de planificación o evitación de riesgos, así como aprender de sus experiencias negativas. Es frecuente, también, encontrar niños con trastornos de la conducta que presentan síntomas del Trastorno de la Atención e Hiperactividad o Daño cerebral debido a heridas en la cabeza etc. Un psicólogo puede detectar por medio de la observación y por medio de algunas pruebas como el test gestáltico visomotor Bender algunos indicios o rasgos de problemas orgánicos en el niño; sin embargo es de suma importancia que al tenerse sospechas de ello se pueda realizar al niño diferentes exámenes como el TAC bajo la supervisión y recomendación de un médico neurólogo especialista en esta área para así descartar o confirmar las sospechas,

d. Influencia social:

Problemas de rechazo social; niños que no son bien aceptados entre el resto de sus compañeros; Bajo nivel socioeconómico en la familia (pobreza, carencia de medios, necesidades económicas de todo tipo); en algunos casos problemas de abuso sexual donde ellos han sido las víctimas. Exposición a la violencia en los medios de difusión (televisión, radio, etc.). influencia para el Uso de drogas o de alcohol, o de ambos. Presencia de armas de fuego en la casa o en el ambiente que se desarrolla. Convivir con compañeros delincuentes. Todo esto y más pueden incidir a que un niño presente este tipo de rasgos de conductas disociales

Por lo cual es importante remarcar que el comportamiento interpersonal de un niño juega un papel importante en la adquisición de refuerzos sociales, culturales y económicos. Los niños que no tienen comportamientos sociales apropiados

experimentan aislamiento, rechazo y, en conjunto, menos felicidad e insatisfacción personal. La competencia social tiene una gran importancia tanto en el funcionamiento presente como en el futuro del niño. Ante esto podemos decir que las habilidades psicosociales son importantes para que el niño asimile los papeles y normas sociales y le ayuden a la hora de relacionarse. La habilidad para iniciar y mantener una interacción social positiva con los demás es esencial para el desarrollo del niño. La interacción social le proporciona la oportunidad de aprender y efectuar habilidades sociales que puedan influir de forma crítica en su posterior adaptación social, emocional y académica. (Eva Penafiel, C. 2010)

Características cognitivas y psicosociales normales de la infancia intermedia (de los 6 a 11 años) según Papalia.

Desarrollo cognitivo:	Desarrollo psicosocial:
<ul style="list-style-type: none"> • El egocentrismo disminuye. • Los niños empiezan a pensar lógicamente y concretamente. • Aumentan la memoria y las habilidades del lenguaje. • Las ganancias cognitivas permiten a los niños beneficiarse del estudio formal. 	<ul style="list-style-type: none"> • El auto concepto se torna más complejo, afectando la autoestima. • La regulación compartida relaja el paso gradual del control desde los padres hacia los niños. • Los semejantes adquieren primordial importancia.

Ahora bien también podemos decir que en un hogar donde se respira un ambiente de cariño, de respeto, de confianza y de estabilidad, los niños se van a criar y desarrollar psíquicamente más sanos y seguros, y se relacionarán con el exterior de esta misma forma, con una actitud más positiva y constructiva hacia la vida. Para desarrollarse emocional, social y moralmente, el niño necesita, en

cada una de estas áreas, gozar regularmente y durante un largo período de su vida de un vínculo afectivo fuerte, cercano, recíproco y estable, el cual desempeña una función muy importante en su bienestar. (Ross A.O. 1992)

Las interacciones positivas con personas que lo cuidan de forma estable generan en el niño un sentimiento de bienestar y van creando una seguridad básica. Este sentimiento se ha denominado “confianza básica” y es fundamental, no sólo para el desarrollo socio emocional sino también para el desarrollo cognitivo del niño. Para formar esta relación de amor, el niño necesita recibir de su madre, padre o persona que lo cuida, demostraciones de cariño, cuidado y atención. Esta actitud tiene que ser continua, diaria, estable. Así el niño va desarrollando seguridad y confianza y el sentimiento de ser valioso e importante. (UNICEF 2004)

Ahora bien; como decíamos anteriormente la complejidad y heterogeneidad de las tendencias a conductas disociales que están presentando los niños son cada vez más frecuentes (Hinshaw, Lahey, Hart. 1993) pudiendo llegar a complicarse y no ser solo una tendencia sino convertirse a futuro en un trastorno de conducta disocial.

2.2. Prevalencia de las tendencias a conductas disociales.

La complejidad y heterogeneidad de las conductas destructivas, negativitas y antisociales que muestran los niños y adolescentes con este tipo de rasgos de conducta disocial está apreciándose cada vez más (Hinshaw, Lahey y Hart, 1993). Pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. Las tasas varían ampliamente en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis.

También se indica que este tipo de problemas afecta en la mayor medida a los niños que a las niñas. En porcentaje que van entre 6 y 16 por ciento para los niños y entre el 2 y 9 por ciento para las niñas. (Nelson.R.1997).en la actualidad

en el Salvador aun no se encuentran datos concretos y estadísticos sobre este tipo de problemas en niños.

2.3. De Tendencias a conducta disocial en el niño

El inicio del trastorno disocial puede sobrevenir ya en los años preescolares con algunas tendencias; pero los primeros síntomas significativos suelen aparecer durante el periodo que va desde la mitad de la infancia a la mitad de la adolescencia.

Según los criterios establecidos por el DSM-IV la edad en la que suele aparecer este problema es a partir de los 15 años. Los expertos nos ponen sobre aviso de que algunos de estos síntomas pueden mostrarse también en niños que no padecen este tipo de trastorno de conducta, siendo más frecuente su aparición en aquellos que padecen trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asimismo, suele manifestarse junto con otros trastornos de la salud mental como, por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés postraumático, abuso de drogas, trastornos del aprendizaje, etc. Como se ve síntomas más propios de un trastorno de conducta negativista y desafiante, considerado por algunos autores como fase previa al trastorno disocial. Los padres habrán de estar muy atentos a estos síntomas y recurrir a diferentes profesionales de la salud cuando considere que su hijo presenta un cuadro parecido.

Ahora bien para poder distinguir si el problema de un niño es un trastorno disocial o solamente presentan tendencias a estas conducta hay que guiarnos de las características y criterios que mencionamos a continuación.

2.3.1. Características de una conducta disocial en el niño

Antes que nada hay que tener en claro que la conducta disocial en el niño se entiende según criterios del (DSM-IV 2002) ; a un patrón de comportamiento

persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto; manifestándose por la presencia de 3 o más de los siguientes comportamientos:

a. **Comportamiento agresivo:** se manifiesta tanto hacia las personas como hacia los animales, sin que exista una afectación emocional, al menos en apariencia. Suele ir unida a una amenaza o a un daño físico a otras personas, reflejada en una conducta intimidatoria; enfrentamientos físicos; acciones violentas hacia los demás; utilización de armas (palos, piedras, cuchillos, botellas rotas, pistolas); suelen ser crueles con las personas y los animales; roba a sus víctimas; en una edad más adulta pueden llegar a forzar a otras personas a mantener una relación sexual; se manifiesta de una manera cruel con los animales.

b. **Comportamiento destructor,** caracterizado por un vandalismo y un espíritu destructor de la propiedad privada, generalmente de los otros, que puede llegar, incluso, al incendio intencionado de esa propiedad. El fin no es otro que el de causar el mayor daño posible.

c. **Falsedad y engaño.** Se caracteriza porque fuerza la entrada en el edificio, casa o automóvil de otras personas; utiliza la mentira para obtener aquello que de otra forma no alcanzaría o para evitar la ejecución de sus obligaciones; es un mentiroso incumplidor. Su objetivo único y prioritario va encaminado a conseguir sus propósitos.

d. **Violación de reglas.** En este apartado nos referimos a aquellas reglas que son propias de los niños y adolescentes, como las relacionadas con la no asistencia a clase; realizar bromas pesadas; travesuras de todo tipo; pasar la noche fuera de casa, pese a la negativa de los padres; etc.

Ahora bien desde otra perspectiva; atendiendo a los criterios establecidos por CIE 10, los trastornos disociales más característicos son:

a. **Trastorno disocial limitado al contexto familiar.** Son niños que muestran su agresividad o violencia únicamente dentro del entorno familiar y que

se refleja en robos de dinero a algunos miembros de la familia; roturas de objetos, ropas y enseres o pertenencias propias de la familia; pueden llegar, incluso, a provocar el incendio de la casa. El origen se puede encontrar en un fuerte enfrentamiento entre el chico y un miembro de la familia.

b. **Trastorno disocial en niños no socializados.** En este trastorno se combina un comportamiento disocial agresivo con una importante dificultad para las relaciones personales con otros chicos.

Son chicos que son rechazados por los demás chicos de su edad, con los que mantienen un enfrentamiento; tampoco encuentran facilidad para tratar con los adultos. Todo ello les lleva a tener una grave falta de afectividad. A veces suele convertirse en delincuente en solitario, apareciendo entonces todos los síntomas mencionados: violencia, peleas, robos, etc.

c. **Trastorno disocial en niños socializados.** A diferencia del caso anterior aparece en chicos que se encuentran integrados en grupos, con una fuerte socialización. Su relación con los adultos y con su familia suele ser conflictiva. Normalmente, sin embargo, actúa fuera del ámbito familiar, siendo su radio de acción más el escolar, donde se rodea de una pandilla con la que llevar a cabo los delitos (robos, intimidaciones, etc.); aunque la mayoría de las ocasiones se queda en una mera ausencia escolar.

d. **Trastorno disocial desafiante y oposicionista.** Este trastorno se circunscribe a los chicos menores de diez años y se caracteriza porque éstos muestran una clara tendencia desafiante, desobediente y provocadora, que va más allá de las típicas travesuras pero sin llegar a comportamientos tan agresivos y violentos como los anteriores. El comportamiento de este tipo de chicos está más relacionado con una oposición activa hacia todo aquello que les ordenan los adultos, especialmente, los padres y profesores, así como a molestarles intencionadamente. Son chicos fácilmente irascibles, pierden el control con facilidad y se enfrentan con aquellos que le echan en cara sus fallos.

e. **Trastornos disociales y de las emociones mixtos.** Son aquellos trastornos caracterizados por una combinación de comportamientos de tipo agresivo, disocial o retador, que suelen ir acompañadas de cuadros depresivos, de ansiedad, etc. Sus principales subtipos son:

f. **Trastorno disocial depresivo:** se combinan algunos rasgos de trastorno disocial de la infancia con otros de depresión persistente que originan sentimientos de infelicidad o pérdida de interés por todo lo habitual.

g. **Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.** Combinan trastornos disociales de la infancia con otros como ansiedad, temores, fobias, despersonalización, etc.

Ahora bien; hay que tener en cuenta lo siguiente: si el niño manifiesta la presencia de tres o más de los síntomas anteriormente descritos durante los últimos 12 meses y por lo menos uno de los criterios durante los últimos 6 meses, más un deterioro clínicamente significativo de la actividad social y académica entonces se tomara como un trastorno disocial

Sin embargo hay niños que pueden presentar algún rasgo o características de estas conductas disocial antes mencionados sin cumplir todos los criterios establecidos por el DSM-IV y el CI-10 por lo cual no se puede denominar como un trastorno y lo manejamos solo como tendencias a estas conductas disociales; por lo tanto no hay que dejarlos a un lado, ya que esas características encontradas o percibidas en el niño que no son aun parte de un trastorno pueden ser indicadores de indicios de problemas disociales futuros; por lo cual es de suma importancia identificarles desde la infancia y tratarlos a tiempo antes que puedan llegar a ser perjudiciales tanto para el individuo como para la sociedad en general. Al identificar algunos rasgos de conducta disocial de los antes mencionados se puede trabajar con estos niños implementando una terapia cognitivo conductual mencionada al principio de este documento con el fin de modificar la forma de percepción del niño y logrando así un cambio o una reducción de las conductas impropias de este.

CAPITULO III:

PROPOSITO

OBJETIVOS

Objetivo General

- Indagar sobre la efectividad que puede presentar la terapia psicológica a través de técnicas cognitivo conductuales en niños pertenecientes a la etapa de la infancia intermedia que presentan tendencias a conductas disociales atendidos en el Hospital San Rafael de Santa Tecla.

Objetivos Específicos

- Aplicar instrumentos para evaluar de manera específicas las conductas con tendencias disociales en dos niños de la infancia intermedia asistentes al hospital San Rafael; con el fin de detectar que tipo de tendencias disociales presentan.
- Crear un plan estratégico basado en las técnicas cognitivo conductuales para la modificación de conductas con tendencias disociales en dos niños en la Infancia Intermedia atendidos en el Hospital San Rafael.
- Implementar las técnicas cognitivo conductuales de acuerdo al plan de trabajo elaborado.
- Interpretar los resultados obtenidos de la aplicación del plan estratégico en niños atendidos en el Hospital San Rafael.
- Inferir conclusiones a partir de los resultados obtenidos y de su interpretación.
- Realizar recomendaciones que puedan servir para mantener el funcionamiento del plan estratégico.

Límites y Alcances

Límites: La evaluación y el tratamiento se realizó en las instalaciones del Hospital San Rafael, los materiales utilizados fueron únicamente proporcionados por la terapeuta, ya que en los cubículos del hospital no se cuenta con el material necesario, y la disponibilidad de los cubículos era un tanto limitada ya que en ocasiones no estaban disponibles en el momento de la consulta y había que esperar un poco de tiempo para que alguno se desocupara.

El horario de duración de cada sesión era un tanto inestable, ya dependía de cuántos pacientes llegaban dentro del día y horario establecido para consultas (Día jueves, de 1:00 p.m. a 3:00 p.m.). Por otra parte, existieron factores externos (como por ejemplo, factores socioeconómicos y familiares de los pacientes) que no permitían que algunos de estos llegaran de manera regular.

Alcances: A través de la evaluación se logró obtener de una manera más acertada qué conductas con tendencia disocial presentaban los pacientes, tomando en cuenta las características específicas de los sujetos.

Se realizó un plan estratégico de acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación de cada paciente para acoplarlo de acuerdo al tipo de problemática que presentaba cada uno de estos y obtener así un resultado más adecuado para ellos.

Con el análisis e interpretación de los resultados luego de aplicado el plan se proporcionaron los parámetros para establecer una serie de conclusiones y recomendaciones que permitieron un seguimiento del plan estratégico por parte de los encargados de los pacientes, permitiendo de esta manera que las conductas modificadas puedan mantenerse y prevenir conductas problemáticas.

Hipótesis

Hi: Hipótesis de Investigación

Ho: Hipótesis Nula

Hi: las técnicas cognitivo conductuales son efectivas para el tratamiento de niños de la infancia intermedia que presentan tendencias a conductas disociales atendidos en el Hospital San Rafael

Ho: las técnicas cognitivo conductuales no son efectivas para el tratamiento de niños de la infancia intermedia que presentan tendencias a conductas disociales atendidos en el Hospital San Rafael

Definición de Variables

Variable independiente:

Técnicas cognitivo conductuales.

definición conceptual	definición operacional
Empleo terapéutico a través de procesos que integran la psicología cognitiva y psicología conductual, analizando la conducta observable, pensamientos entre otros.	Conjunto de sesiones en las que se utilizan técnicas provenientes de la psicología cognitivo conductual.

Variable dependiente:

Conductas con tendencias disociales.

definición conceptual	definición operacional
Características o señales comportamentales persistentes y repetitivas en el cual se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales; pero que no cumplen completamente los criterios diagnóstico de un trastorno disocial.	cantidad de conductas disociales sin llegar a cumplir todos los criterios de un trastorno disocial según el DSM-IV o CI-10

Variables intervinientes:

variables intervinientes	
Del sujeto	Edad, sexo, nivel socioeconómico, motivación, ambiente familiar, ambiente social.
Del investigador	Falta de buen establecimiento de rapport, preparación y dominio de técnicas.
Del instrumento	Falta de validez de los instrumentos, mal estado de los instrumentos.
Del ambiente	Estado del cubículo, disponibilidad del lugar, interrupciones.

CAPITULO IV:

METODOLOGIA

Sujetos:

Para la elaboración de esta investigación se escogió a dos niños del sexo masculino pertenecientes a la etapa de la infancia intermedia (Papalia, D. 2001). Pertenecientes a un estado socioeconómico bajo y los cuales presentaban tendencias a conductas disociales y asistían a consulta psicológica en el Hospital San Rafael de Santa Tecla; dichos pacientes se describen en este documento como (PX1 y PX2) con el fin de guardar la confidencialidad de ambos.

A continuación se presentan de forma breve algunos datos generales de estos.

PX1	
identificación personal	<ul style="list-style-type: none">• Edad: 7 años.• Fecha de nacimiento: 8 de junio del 2003.• Sexo: masculino.• Nivel académico: 1º grado.• Lugar donde estudia: escuela EMAUS• Nacionalidad: Salvadoreño.• Lugar donde habita: Lourdes colon• Encargado del niño: la madre
consulta psicológica previa	No ha recibido consulta psicológica previa
motivo de consulta	Problemas conductuales tales como: le gusta golpear sin motivo a los compañeros, muestra agresividad hacia los adultos, cuando se le llama la atención por algo incorrecto él se ríe y en ocasiones llora y grita, también lanza en el piso lo que tiene a la mano, en el recreo persigue a las niñas y trata de besarlas a la fuerza, dice malas palabras, en clases se ríe, canta grita y a veces habla solo,
Estado de salud y físico	Presenta problemas visuales (estrabismo) y de recién nacido presentaba problemas de hernia en los testículos el cual ya fue tratado; Presenta varias cicatrices de accidentes que ha tenido como la mordedura de un perro en la cabeza, cicatriz por quebradura en la clavícula al caerse de un árbol etc...
datos familiares	Actualmente habita con su papá de 57 años de edad el cual trabaja como empleado de maquila y con su madre de 50 años de edad la cual es ama de casas. Posee también dos hermanos mayores uno de 28 años el cual ya se casó y el otro de 24 años el cual todavía habita en casa..

PX2	
identificación personal	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: 11 años. • Fecha de nacimiento: 28 de agosto de 1998 • Sexo: masculino. • Nivel académico: 4º grado. • Lugar donde estudia: Centro Escolar Cantón Los Amates. • Nacionalidad: Salvadoreño. • Lugar donde habita: Cantón los Amates; San Juan Opico • Encargado del niño: la madre
consulta psicológica previa	No ha recibido consulta psicológica previa
motivo de consulta	Problemas conductuales tales como: violento, agresivo, intolerante e inadaptado, falta el respeto a los maestros a tal grado de decir que a la maestra la pasa por sus genitales, expresa que matara a la maestra que lo expulso del centro escolar anterior, cuando hay alguna diferencia con algún compañero expresa quererle meter una navaja.
Estado de salud y físico	No presenta ningún problema de salud ni problema físico.
datos familiares	Actualmente habita con su madre de 30 años de edad la cual trabaja como empleada de maquila en horario rotativo, también habita con su hermano de 6 años de edad y una hermana de 3 años de edad; ahora bien su padre de 30 años de edad ya no vive con ellos ya que posee otra familia fuera del matrimonio y en este momento se encuentra fuera del país.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el tratamiento fueron los siguientes:

- a. Entrevistas semiestructuradas la cual consta de diversas preguntas que sirven como guía para la recolección de datos del paciente y sus familiares en las cuales se interroga su estado de salud, lugar de nacimiento, edad, personas con las que habita, etc..
- b. Test proyectivo de la familia: evalúa aspectos emocionales y afectivos en el niño y las dificultades de adaptación al medio familiar, los conflictos Edipicos y de rivalidad fraterna y en una medida más pequeña también puede medir el desarrollo intelectual del menor.
- c. Test proyectivo HTP (casa, árbol, persona): se utiliza para la obtención de información acerca de la manera en que un individuo experimenta su “yo” en relación con los demás y con su ambiente familiar. Facilita la proyección de elementos de la personalidad y aéreas de conflicto en el entorno terapéutico.
- d. Test Pierre Gilles: test psicométrico de inteligencia que busca encontrar el coeficiente intelectual del sujeto.
- e. Test gestáltico visomotor Bender: con esta prueba podemos evaluar la madurez perceptiva, posibles deterioros neurológicos y ajustes emocionales de los niños
- f. Técnica de autocontrol: estas técnicas le ayudan al individuo a aprender cómo controlar sus reacciones impulsivas y evitar que las emociones sean los que controlen la vida del individuo.
- g. “INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES”: Cuestionario que describe cuatro grupos de conductas disociales a través de cinco conductas por cada grupo, el cual permite identificar la frecuencia y conductas o rasgos disociales presentes en los pacientes/sujetos.

- h. Juguetes y materiales de entretenimiento (rompecabezas, pelotas pequeñas, libreta de pintar, animalitos de la granja, marionetas de mano, legos etc). Estos materiales sirven para mantener un buen rapport con el menor y al mismo tiempo percibir su forma de comportar y algunas problemáticas como familiares, interpersonales, emocionales etc; manifestadas en la actividad lúdica.
- i. Contratos conductuales: tienen el valor de quedar por escrito las consecuencias posibles que supone el adquirir una meta propuesta en el trabajo con la economía de fichas; intenta comprometer a las partes involucradas a llevar un seguimiento de la misma.
- j. Economía de fichas. En lugar de utilizar los premios o reforzadores directamente, se emplean fichas que después se intercambian con el fin de modificar una conducta indeseable a una conducta deseada.

Procedimiento del plan estratégico.

1. En primer lugar, se procedió a la recopilación de datos con los encargados de cada niño a través de entrevistas semi estructuradas con el fin de adquirir información esencial del paciente y su familia; indagando también sobre el motivo de consulta de estos. Donde según lo descrito por la madre se inclinaba a problemas de comportamiento de un tanto disocial.
2. Posteriormente con ambos menores en sus sesiones respectivas se interactuó por medio de juegos y dibujos para desarrollar un buen rapport y obtener un buen desarrollo terapéutico en las siguientes sesiones.
3. Luego de recopilar la información necesaria e interactuar con el menor para fomentar un buen rapport se prosigue con la primera fase de la terapia cognitivo conductual la cual consiste en la evaluación del menor por medio de test psicológicos; en este caso (test de la familia, HTP, Bender y test de inteligencia Pierre Gilles) con la finalidad de indagar si las problemáticas descritas por los encargados de los niños en una primera sesión tenían que ver con diferentes aspectos personales, intelectuales o emocionales o por algún problema orgánico en los niños; y así tener un diagnóstico más acertado y, por ende un mejor desarrollo terapéutico..
4. Al descartar la existencia de cualquier tipo de problemática a través de las evaluaciones realizadas o de la existencia de un Trastorno Disocial según el DSM-IV o el CIE-10 comparando los criterios con la información obtenida; se prosiguió a desarrollar un instrumento al que se le dio el nombre de "INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES" estructurado partiendo de la información obtenida en relación a las conductas disociales en niños y su identificación, el cual se le pasó a los encargados de los sujetos antes y después de la aplicación del tratamiento.
5. Partiendo de los resultados obtenidos tanto en las pruebas psicológicas como en el inventario de conductas disociales; se prosiguió a la siguiente etapa de

la terapia cognitivo conductual la cual consiste en la intervención terapéutica o plan de tratamiento (detallado en la descripción en cada uno de los casos) y acorde a las edades de los pacientes.

6. Ya finalizado el plan de tratamiento, se recomendó a los encargados de los niños proseguir con un plan de seguimiento y se estableció conclusiones y recomendaciones a seguir para la mejora continua de los niños y fueron propuestas a los encargados de los niños.
7. Finalmente, se realizó un análisis de resultados de ambos niños partiendo de las evaluaciones realizadas al inicio y al final del tratamiento.

El tratamiento detallado con cada uno de los pacientes se describe a continuación:

Cuadro de sesiones terapéuticas (px1)

SESIÓN Nº 1			
Fecha:	15 de abril del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	entrevista con el encargado del niño	material a utilizar:	papel, bolígrafo y entrevista semi estructurada
objetivo	Realizar una recopilación de datos importantes tanto del niño como de las personas con la cual este convive; tomando en cuenta que esta información nos servirá para conocer más de cerca al paciente y realizar un mejor desarrollo terapéutico. Planteando a la vez los horarios de seguimiento de las consultas posteriores.		
descripción	Se habla con el encargado del menor y se trata de obtener la mayor información posible de este; preguntándole algunos datos generales como el nombre, edad, estado de salud, lugar donde habita etc.; para ello ocupamos una pequeña entrevista semi estructurada. Luego de esto se identifica el motivo de consulta y se prosigue a establecer los horarios y algunos pequeños reglamentos a seguir que se necesitaran para el proceso terapéutico. Al final de todo este proceso se le pide al encargado del niño una carta que venga dirigida de la profesora del este donde explique la conducta problema observable que el niño presenta.		
observación	<p>El encargado del niño: en este caso es la madre, la cual se mostro interesada por el bienestar de este.</p> <p>El motivo de consulta: mala conducta dentro del ámbito educativo en el cual se le ha acusado de besar a una niña a la fuerza, y de tener un comportamiento bastante problemático; producto de ello la profesora de primer grado ya no lo acepta y lo pasa a la supervisión de la directora en 5º grado.</p>		

SESIÓN Nº 2				
fecha	22 de abril del 2010		lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	juego, establecimiento de reglas y realización de test de la familia,	material a utilizar:	Juguetes (rompecabezas, pelota, legos), papel, lápiz, borrador, sacapuntas.	
objetivo	Establecer un buen rapport con el niño desarrollar la confianza de este por medio del juego, conocer un poco más sobre el estado familiar del este y establecer reglamentos a seguir para un buen desarrollo dentro de la terapia.			
descripción	en primer lugar se le da a escoger al niño un juego que a él le guste tratando de bajar la ansiedad de éste a una primera consulta y así fomentar un buen rapport; mientras el niño juega se va interactuando con este indagando a cerca del conocimiento y la percepción que tiene a cerca del problema por el cual a sido llevado a consulta, poco a poco se le va explicando la forma de trabajo dentro de la terapia mencionando algunos reglamentos a seguir como así como no tirar los juguetes, trabajar y luego jugar, terminar todas sus actividades, no gritar ni golpear al terapeuta etc. luego a medida que pasa el tiempo y como modo de juego y conocernos mejor se le pide realizar un dibujo de la familia haciendo que luego comente sobre tal dibujo.			
observación	El niño agarro confianza con mucha facilidad sin embargo se observo que él esté no tenía conocimiento del motivo por el cual lo habían llevado a consulta, se noto con una fluidez verbal bastante buena conversando con naturalidad de su familia, amigos, actividades que le gusta realizar etc. también se observo agresividad al hablar de algún hecho desagradable, como cuando la profesora lo castiga o cuando los amigos no le hacen caso. Físicamente mostro tener algunas cicatrices en la cabeza y presentaba una quebradura en la clavícula producto a accidentes que ha tenido, como una mordedura de un perro en le cráneo y una caída de un árbol. Nota: En esta ocasión fue recibida la carta antes solicitadas proveniente de la maestra del niño describiendo en ella algunas conductas problemas que presenta el niño			

SESIÓN N° 3			
fecha	29 de abril del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	prueba HTP	material a utilizar:	Papel, lápiz, borrador, sacapuntas.
objetivo	Indagar sobre la percepción que tiene el niño acerca de si mismo y de su entorno en relación a los demás y profundizar acerca de su personalidad y estado de ánimo.		
descripción	en esta ocasión se le pide al niño que realice el dibujo de una casa, de un árbol y de una persona desarrollado en paginas distintas pidiéndole posterior mente que explique cada una de ellas		
observación	El niño realizo sin problemas los 3 dibujos solicitados, mostrándose motivado al dibujar cada uno de ellos; mencionando que una de sus actividades favoritas es dibujar. Al realizar la prueba se noto que el dibujo con el que se tardo menos fue con la casa la cual la realizo de un tamaño pequeño y sin tanto detalle, luego realizo el árbol poniéndole un poco mas de detalles, y luego para finalizar en la figura de la persona se pudo notar un poco mas de tardanza, poniéndole un poco mas de detalles.		

SESIÓN N° 4			
fecha	6 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	Realización del test Bender y test Pierre Gilles	material a utilizar:	papel, lápiz, borrador, sacapuntas, laminas del Bender y test Pierre Gilles
objetivo	Indagar sobre el estado visomotor, estado de madures y cociente intelectual que presenta el paciente.		
descripción	Para comenzar se le realizo el test proyectivo visomotor Bender indagando el nivel de madures que presenta el niño y el estado visomotor que presenta, al mismo tiempo de poder descartar algún problema orgánico; para ello se le dio al niño una página en blanco donde se le pide dibuje la figuras que se le irán mostrando poco a poco en las laminillas. luego de que haya finalizado esta prueba, se continua pasándole el test de inteligencia Pierre Gilles para evaluar su coeficiente intelectual proporcionándole todos los materiales requeridos y las instrucciones debidas.		
observación	El paciente no mostro problemas al desarrollar ambas pruebas; al realizar la prueba del Bender se mostro curioso de saber cual figura venia después de la otra y sintiéndose deseoso de continuar este tipo de actividad después de haber finalizado; luego con el test de inteligencia mostro facilidad al contestar.		

SESIÓN Nº 5			
fecha	13 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	Primera realización de inventario de conductas disociales	material a utilizar:	Carta del maestro e inventario de conductas disociales.
objetivo	Identificar las conductas o rasgos a tendencias disociales que pueda estar presentando el niño y la frecuencia de estas; para así poder desarrollar un plan de tratamiento de acuerdo a su resultado.		
descripción	se llevo a cabo una segunda sesión con el encargado del menor en la cual se habla un poco acerca de las conductas descritas en la carta proporcionada por la maestra, donde se describen algunos problemas de tipo conductuales los cuales pueden ser tomados como indicios de una tendencia a conductas disociales futuras. Por lo cual seguidamente se le extendió al encargado del niño un inventario para detectar esas conductas disociales recalcando que es de suma importancia que conteste lo más sinceramente posible.		
observación	en la carta se pude observar que se mencionan algunas conductas disruptivas tales como: golpear sin motivo a los niños y niñas del salón de clases, agresividad con los adultos, cuando se le llama la atención por algo incorrecto él se ríe y en ocasiones llora, grita y lanza al piso lo que tiene a la mano, en recreo persigue a las niñas y trata de besarlas a la fuerza, dice malas palabras etc.		

SESIÓN Nº 6			
fecha	20 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	realización de un plan de economía de fichas	material a utilizar:	papel y lápiz
objetivo	Dar a conocer los resultados del niño y realizar acuerdos entre el encargado y el niño para la realización de un plan de economía de fichas para la modificación de la conducta.		
descripción	como primer punto se le explico al encargado del menor los resultados que había obtenido este en las diferentes pruebas anteriormente pasadas, posteriormente tomando como referencia estos resultados más la evaluación pasada a la madre en la sesión anterior se saco las conductas disruptivas con un porcentaje de frecuencia mayor para realizar un plan de economía de fichas, luego de haber explicado esto al encargado del niño y estando este de acuerdo se prosigue a realizar acuerdos entre el niño y el encargado sobre los premios a intercambiar por las fichas ganadas.		
observación	Ambas partes llegaron a un acuerdo estableciendo como premios a intercambiar salidas a comer, una pelota de futbol, un carro eléctrico y como premio mayor una bicicleta. Nota: en la siguiente sesión se realizara un contrato conductual donde se incorpore este plan estableciéndoles un valor a estos objetos y actividades antes descritos que el niño desea adquirir,		

SESIÓN Nº 7			
fecha	27 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	realización de un contrato conductual y de compromiso	material a utilizar:	contratación y lápiz
objetivo	fomentar un compromiso y responsabilidad en las partes implicadas para el desarrollo de un plan de economía de fichas		
descripción	En esta sesión se habla tanto con el encargado como con el niño y se le explica a ambos la forma de trabajo que se implementara y la responsabilidad que se estará adquiriendo al firmar dicho contrato y el papel que ambos tomaran para el buen funcionamiento de este. recalcando la sinceridad con la que se debe desarrollar y explicando de forma clara cuales son las conductas en las que se podrá obtener ganancias y cuales obtendrán perdidas y donde se establecerán normas que rigen las ganancias, perdidas e intercambios		
observación	Ambas partes estuvieron de acuerdo con los términos especificados en el contrato conductual, comprometiéndose a establecer dichos requerimientos; el niño se mostro motivado y con ganas de ganar dichas fichas para intercambiarlos por actividades u objetos al finalizar el programa.		

SESIÓN Nº 8			
fecha	3 de junio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	Primer chequeo de economía de fichas y realización de técnicas de autocontrol.	material a utilizar:	juguetes y técnica de la tortuga
objetivo	revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y enseñar al niño técnicas para auto controlar sus impulsos		
descripción	Como primer punto se realizo el primer control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego se trabajo con técnicas de respiración y se realizo el juego de la tortuga enseñando al niño como auto controlar sus impulsos en diferentes situaciones y así poder aplicarlas cuando este se sienta estresado o con enojo. Enseñándole a respirar correctamente.		
observación	En el primer chequeo del programa de economía de fichas el niño logro ganar algunos puntos por lo cual estaba feliz; ahora bien, en la terapia se divirtió con el juego de la tortuga; por otro lado la madre menciona que el niño paso pendiente de no cometer errores para lograr ganarse las fichas y poderlas cambiar por algo bueno al final		

SESIÓN Nº 9			
fecha	17 de junio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	segundo chequeo de economía de fichas y realización de técnicas de asertividad	material a utilizar:	Medio pliego de papel o cartulina, colores, figuras, pega.
objetivo	Revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y desarrollar en el niño técnicas donde se pueda percibir el tipo de percepción que este tiene hacia diferentes problemáticas y desarrollar en él una percepción más amplia de las cosas para que en un futuro pueda ser mas asertivo en su forma de reaccionar.		
descripción	Como primer punto se realizo el control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego En esta ocasión se le da diversas figuritas al niño para que formule y complete una historia según las imágenes presentadas; las historias son sobre problemáticas como por ejemplo que un niño le pega a su amigo por querer conseguir la pelota que él tiene y poder jugar con ella; luego de completar la historia se le pide al niño que formule un fin de la historia diferente preguntándole que otra opción podría haber para jugar con la pelota pero sin golpear al otro niño. en esta sesión también se chequeó como iba con el programa de economía de fichas		
observación	Al realizar la actividad de historietas por medio de recortes se mostro entusiasmado y muy entretenido buscándole una lógica a la historia; y trabajo a gusto en sus actividades. Encontrando a su vez diferentes opciones para terminar la historia presentada		

SESIÓN N° 10			
fecha	24 de junio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	tercer chequeo de economía de fichas y realización de juego con títeres y complemento de oraciones	material a utilizar:	títeres, oraciones, papel y lápiz
objetivo	Revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y desarrollar el autocontrol y la percepción para un buen comportamiento asertivo.		
descripción	Como primer punto se realizo el control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego se realizo un juego a través de títeres donde se busca encontrar formas de reaccionar, pensamiento y sentimiento del niño a través de la interacción (títere-paciente) .tratando de que este ponga en práctica técnicas de autocontrol y busque diversas alternativas hacia las diferentes problemáticas planteadas. También se le formulaba diversas oraciones las cuales tenía que completar y para ello se le proporcionaba un títere con el cual tenía que interactuar modificando el estado de ánimo de este según se sintiera hacia las diversas preguntas y actividades que se realizaran. Tratando de personificar al títere haciendo como si era este y no el niño el que pensaba, sentía y actuaba de esa forma.		
observación	Desde el principio se mostraba con interés en querer interactuar con el títere, sin embargo sus respuestas al principio eran de forma breves y concisas; conforme fue avanzando la sesión mostro cambios en su conducta ya que al final se mostro más participativo, con más confianza, más abierto a sus sentimientos y en lugar de mantener una respuesta cerrada se logro una respuesta más abierta.		

SESIÓN N° 11			
fecha	8 de julio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	cuarto chequeo de economía de fichas y segunda realización de inventario de conductas disociales	material a utilizar:	inventario de conductas disociales, lápiz
objetivo	Revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y evaluar si el niño a obtenido o no algún cambios conductuales con el plan terapéutico desarrollado.		
descripción	Como primer punto se realizo el control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego con el encargado del menor se trabajo nuevamente pasándole un segundo control con la realización del inventario de conductas disociales que se paso en sesiones anteriores tratando de revisar los cambios que se han obtenido sobre la conducta del niño.		
observación	El encargado del niño menciona haber sentido algunos cambios en este mejorado también en su desarrollo personal; había reducido los problemas con sus compañeros y maestros y se notaba el esfuerzo de querer ser más amigable y mostrar menos violencia con las personas.		

SESIÓN N° 12			
fecha	15 de julio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	quinto chequeo e intercambio de fichas, plan de seguimiento y despedida	material a utilizar:	Fichas y reforzador positivo un carro control remoto
objetivo	Realización de sierre realizando el intercambio de fichas y proporcionar a la madre recomendaciones para el desarrollo de un plan de seguimiento.		
descripción	se realizo el intercambio de fichas con el niño, y se proporciona al encargado del niño los resultados obtenidos en las terapias y se sugiere un plan de seguimiento, para que pueda continuar trabajando con el menor manteniendo siempre buenos resultado; para ello se le sugiere diferentes recomendaciones, métodos y variaciones para mantener el incentivo del niño hacia la obtención de la conducta objetiva deseada y mencionando la importancia que seguirá teniendo el cumplimiento de las reglas en ambas partes.		
observación	Se le sugirió a la madre mantener una mejor comunicación con los profesores del niño e indagar más sobre su entorno escolar. En el cual se noto que tenía poco conocimiento. La madre del niño se mostro contenta por el cambio obtenido hasta el momento; el niño se sentía satisfecho y feliz por haber logrado llegar a la meta y conseguir cambiar sus fichas por el carro que quería. La madre menciona que al niño ya lo habían incorporado nuevamente a primer grado donde le correspondía estar.		

Cuadro de sesiones terapéuticas (px2)

SESIÓN Nº 1			
Fecha:	8 de abril del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	entrevista con el encargado del niño	material a utilizar:	papel, bolígrafo y entrevista semi estructurada
objetivo	Realizar una recopilación de datos importantes tanto del niño como de las personas con la cual este convive; tomando en cuenta que esta información nos servirá para conocer más de cerca al paciente y realizar un mejor desarrollo terapéutico. Planteando a la vez los horarios de seguimiento de las consultas posteriores.		
descripción	Se habla con el encargado del menor y se trata de obtener la mayor información posible de este; preguntándole algunos datos generales como el nombre, edad, estado de salud, lugar donde habita etc.; para ello ocupamos una pequeña entrevista semi estructurada. Luego de esto se identifica el motivo de consulta y se prosigue a establecer los horarios y algunos pequeños reglamentos a seguir que se necesitaran para el proceso terapéutico. Al final de todo este proceso se le pide al encargado del niño una carta que venga dirigida de la profesora del este donde explique la conducta problema observable que el niño presenta.		
observación	El encargado del niño: en este caso es la madre, la cual se mostro preocupada y asiste a consulta ya que el menor está mostrando conductas un tanto agresivas y amenazantes a otras personas tanto en el ámbito escolar como en el familiar.		

SESIÓN Nº 2			
fecha	22 de abril del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	juego, establecimiento de reglas y realización de test de la familia,	material a utilizar:	Juguetes (rompecabezas, pelota, legos), papel, lápiz, borrador, sacapuntas.
objetivo	Establecer un buen rapport con el niño desarrollar la confianza de este por medio del juego, conocer un poco más sobre el estado familiar del este y establecer reglamentos a seguir para un buen desarrollo dentro de la terapia.		
descripción	en primer lugar se le da a escoger al niño un juego que a él le guste tratando de bajar la ansiedad de éste a una primera consulta y así fomentar un buen rapport; mientras el niño juega se va interactuando con este indagando a cerca del conocimiento y la percepción que tiene a cerca del problema por el cual a sido llevado a consulta, poco a poco se le va explicando la forma de trabajo dentro de la terapia mencionando algunos reglamentos a seguir como así como no tirar los juguetes, trabajar y luego jugar, terminar todas sus actividades, no gritar ni golpear al terapeuta etc. luego a medida que pasa el tiempo y como modo de juego y conocernos mejor se le pide realizar un dibujo de la familia haciendo que luego comente sobre tal dibujo.		
observación	El niño se noto conocedor de la problemática y acepto enojarse con facilidad y amenazar a las demás personas cuando lo hacen enojar; al comenzar a hablar era algo cortante sin embarco pasado un rato se abrió mas y agarro más confianza. Físicamente no se percibió ningún problema; pero si se noto que guarda mucho enojo y rencor interno, cuando conversa tiende a agarrarse el pelo y jalarlo continuamente cuando habla de aspectos familiares; Ahora bien en cuanto al dibujo de la familia menciono identificarse más con la figura paterna que en la actualidad no vive con el niño Nota: En esta ocasión fue recibida la carta antes solicitadas proveniente de la maestra del niño describiendo en ella algunas conductas problemas que presenta el niño.		

SESIÓN Nº 3			
fecha	29 de abril del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	prueba HTP	material a utilizar:	Papel, lápiz, borrador, sacapuntas.
objetivo	Indagar sobre la percepción que tiene el niño acerca de si mismo y de su entorno en relación a los demás y profundizar acerca de su personalidad y estado de ánimo.		
descripción	en esta ocasión se le pide al niño que realice el dibujo de una casa, de un árbol y de una persona desarrollado en paginas distintas pidiéndole posterior mente que explique cada una de ellas.		
observación	El niño realizo sin problemas los 3 dibujos solicitados, sin embargo mostro no gustarle dibujar ya que expresaba no quedarle bien sus dibujos. El dibujo con el cual se tardo menos fue el del árbol el cual lo realizo con trazos suaves y lo realizo sin detenerse tanto en ello; con la casa y la persona fue diferente poniendo más detalles y realizándolo más detenidamente.		

SESIÓN Nº 4			
fecha	6 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	Realización del test Bender y test Pierre Gilles	material a utilizar:	papel, lápiz, borrador, sacapuntas, laminas del Bender y test Pierre Gilles
objetivo	Indagar sobre el estado visomotor, estado de madures y cociente intelectual que presenta el paciente.		
descripción	Para comenzar se le realizo el test proyectivo visomotor Bender indagando el nivel de madures que presenta el niño y el estado visomotor que presenta, al mismo tiempo de poder descartar algún problema orgánico; para ello se le dio al niño una página en blanco donde se le pide dibuje la figuras que se le irán mostrando poco a poco en las laminillas. Luego de que haya finalizado esta prueba, se continúa pasándole el test de inteligencia Pierre Gilles para evaluar su coeficiente intelectual proporcionándole todos los materiales requeridos y las instrucciones debidas.		
observación	no se presento ningún problema para la realización de ambas pruebas, en ningún momento se le percibió al niño confundido o admirado al realizar ni mostro ansias al realizar dichas evaluaciones; en la prueba no mostro cansancio y se percibió mucho más motivado a realizar este tipo de pruebas		
SESIÓN Nº 5			
fecha	13 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	Primera realización de inventario de conductas disociales	material a utilizar:	Carta del maestro e inventario de conductas disociales.
objetivo	Identificar las conductas o rasgos a tendencias disociales que pueda estar presentando el niño y la frecuencia de estas; para así poder desarrollar un plan de tratamiento de acuerdo a su resultado.		
descripción	se llevo a cabo una segunda sesión con el encargado del menor en la cual se habla un poco acerca de las conductas descritas en la carta proporcionada por la maestra, donde se describen algunos problemas de tipo conductuales los cuales pueden ser tomados como indicios de una tendencia a conductas disociales futuras. Por lo cual seguidamente se le extendió al encargado del niño un inventario para detectar esas conductas disociales recalcando que es de suma importancia que conteste lo más sinceramente posible.		
observación	en la carta se pude observar que se mencionan algunas conductas disruptivas tales como: fue expulsado por mala conducta en la escuela donde asistía anteriormente, es violento y agresivo, intolerante, inadaptado, falta al respeto a los maestros a tal grado de decir que a la maestra la pasa por sus genitales, expresa que matara a la maestra que lo expulso del centro escolar anterior, cuando hay alguna diferencia con algún compañero expresa quererle meter una navaja y según la maestra ingiere bebidas alcohólicas y fuma. Luego se le paso el inventario de conductas disociales en el cual se destaca algunas conductas que presenta el niño tales como comportamientos agresivos, y falta de respeto.		

SESIÓN N° 6			
fecha	20 de mayo del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	realización de un plan de economía de fichas	material a utilizar:	papel y lápiz
objetivo	Dar a conocer los resultados del niño y realizar acuerdos entre el encargado y el niño para la realización de un plan de economía de fichas para la modificación de la conducta.		
descripción	como primer punto se le explico al encargado del menor los resultados que había obtenido este en las diferentes pruebas anteriormente pasadas, posteriormente tomando como referencia estos resultados más la evaluación pasada a la madre en la sesión anterior se saco las conductas disruptivas con un porcentaje de frecuencia mayor para realizar un plan de economía de fichas, luego de haber explicado esto al encargado del niño y estando este de acuerdo se prosigue a realizar acuerdos entre el niño y el encargado sobre los premios a intercambiar por las fichas ganadas.		
observación	Ambas partes llegaron a un acuerdo estableciendo como premios a intercambiar el ir al cine, un reloj, una pelota de futbol, un robots y como premio mayor un carro electrónico. Nota: en la siguiente sesión se realizara un contrato conductual donde se incorpore este plan estableciéndoles un valor a estos objetos y actividades antes descritos que el niño desea adquirir,		

SESIÓN N° 7			
fecha	3 de junio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	realización de un contrato conductual y de compromiso	material a utilizar:	contratación y lápiz
objetivo	fomentar un compromiso y responsabilidad en las partes implicadas para el desarrollo de un plan de economía de fichas		
descripción	En esta sesión se habla tanto con el encargado como con el niño y se le explica a ambos la forma de trabajo que se implementara y la responsabilidad que se estará adquiriendo al firmar dicho contrato y el papel que ambos tomaran para el buen funcionamiento de este. recalcando la sinceridad con la que se debe desarrollar y explicando de forma clara cuales son las conductas en las que se podrá obtener ganancias y cuales obtendrán pérdidas y donde se establecerán normas que rigen las ganancias, pérdidas e intercambios		
observación	Ambas partes estuvieron de acuerdo a firmar el contrato y a seguir el seguimiento del desarrollo del programa. El niño se percibió competitivo más que motivado y con ganas.		

SESIÓN Nº 8			
fecha	17 de junio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	Primer chequeo de economía de fichas y realización de técnicas de autocontrol.	material a utilizar:	juguetes y sillas
objetivo	revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y enseñar al niño técnicas para auto controlar sus impulsos		
descripción	Como primer punto se realizo el primer control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego se trabajo con técnicas de relajación y respiración y terapia de desahogo con la silla vacía. Con el fin de que el menor pueda expresar lo que le molesta con la madre y el padre y enseñarle a auto controlar ese enojo por medio de técnicas de relajación y respiración para que en un futuro el pueda aplicarlo en momentos de ansiedad, enojo o donde se sienta estresado.		
observación	En esta ocasión el niño trabajo bastante bien y logro sacar a la luz muchos resentimientos que el tenia entre ellos el abandono de su padre y el deseo de golpear a los que se le acercaran a la madre ya que el niño pensaba que querían una relación más formal con la madre. En la fase de relajación y respiración el niño tranquilizó sus ansias.		

SESIÓN Nº 9			
fecha	24 de junio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	segundo chequeo de economía de fichas y realización de técnicas de asertividad	material a utilizar:	Medio pliego de papel o cartulina, colores, figuras, pega.
objetivo	Revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y desarrollar en el niño técnicas donde se pueda percibir el tipo de percepción que este tiene hacia diferentes problemáticas y desarrollar en él una percepción más amplia de las cosas para que en un futuro pueda ser mas asertivo en su forma de reaccionar.		
descripción	Como primer punto se realizo el control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego En esta ocasión se le da diversas figuritas al niño para que formule y complete una historia según las imágenes presentadas; las historias son sobre problemáticas como por ejemplo que un niño le pega a su amigo por querer conseguir la pelota que él tiene y poder jugar con ella; luego de completar la historia se le pide al niño que formule un fin de la historia diferente preguntándole que otra opción podría haber para jugar con la pelota pero sin golpear al otro niño. en esta sesión también se chequeó como iba con el programa de economía de fichas		
observación	Al realizar la actividad se percibió que le costó realizar las historias no porque no podía sino más bien por que mostraba al principio un poco renuente, luego de un rato comenzó a colaborar con la facilidad encontrando una sola solución al problema. También se nota como escoge soluciones des complicadas para la vida como por ejemplo si pierde alguien un trabajo que podría hacer .. A lo que respondió que le manden remesas. o si un niño tiene una pelota a la que quiere menciono quitarla y salir corriendo		

SESIÓN N° 10			
fecha	1 de julio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	tercer chequeo de economía de fichas y realización de juego con títeres y complemento de oraciones	material a utilizar:	títeres, oraciones, papel y lápiz
objetivo	Revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y desarrollar el autocontrol y la percepción para un buen comportamiento asertivo.		
descripción	Como primer punto se realizo el control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego se realizo un juego a través de títeres donde se busca encontrar formas de reaccionar, pensamiento y sentimiento del niño a través de la interacción (títere-paciente) .tratando de que este ponga en práctica técnicas de autocontrol y busque diversas alternativas hacia las diferentes problemáticas planteadas. También se le formulaba diversas oraciones las cuales tenía que completar y para ello se le proporcionaba un títere con el cual tenía que interactuar modificando el estado de ánimo de este según se sintiera hacia las diversas preguntas y actividades que se realizaran. Tratando de personificar al títere haciendo como si era este y no el niño el que pensaba, sentía y actuaba de esa forma.		
observación	en un principio no se mostro con interés en querer interactuar con el títere ya que le daba pena y costo que se adaptara pero luego de un buen rato se acostumbro y comenzó a interactuar, sus respuestas al principio eran algo impulsivas, con facciones de enojo luego se le recordó las técnicas de respiración y las aplico a la actividad; conforme fue avanzando la sesión mostro cambios en su conducta, trabajando más activa y abriendo sus sentimientos.		

SESIÓN N° 11			
fecha	8 de julio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	cuarto chequeo de economía de fichas y segunda realización de inventario de conductas disociales	material a utilizar:	inventario de conductas disociales, lápiz
objetivo	Revisar el desarrollo de la economía de fichas recordando e incentivando al niño a la continuidad de este y evaluar si el niño a obtenido o no algún cambios conductuales con el plan terapéutico desarrollado.		
descripción	Como primer punto se realizo el control del programa de economía de ficha, revisando y haciendo el conteo de fichas ganadas en esa semana. Luego con el encargado del menor se trabajo nuevamente pasándole un segundo control con la realización del inventario de conductas disociales que se paso en sesiones anteriores tratando de revisar los cambios que se han obtenido sobre la conducta del niño.		
observación	El encargado del niño menciona que aunque sigue teniendo conductas violentas estas han reducido y son con menor frecuencia sintiendo un cambio en el periodo del tratamiento. Menciona ya no amenazar a las personas como lo hacía antes y logra controlar sus impulsos al igual que realizar sus tareas.		

SESIÓN N° 12			
fecha	15 de julio del 2010	lugar:	Hospital San Rafael
actividad a realizar	quinto chequeo e intercambio de fichas, plan de seguimiento y despedida	material a utilizar:	Fichas y reforzador positivo un carro control remoto
objetivo	Realización de sierre realizando el intercambio de fichas y proporcionar a la madre recomendaciones para el desarrollo de un plan de seguimiento.		
descripción	se realizo el intercambio de fichas con el niño, y se proporciona al encargado del niño los resultados obtenidos en las terapias y se sugiere un plan de seguimiento, para que pueda continuar trabajando con el menor manteniendo siempre buenos resultado; para ello se le sugiere diferentes recomendaciones, métodos y variaciones para mantener el incentivo del niño hacia la obtención de la conducta objetiva deseada y mencionando la importancia que seguirá teniendo el cumplimiento de las reglas en ambas partes.		
observación	Se le sugirió a la madre mantener una mejor comunicación con el niño conviviendo más frecuente con él. La madre del niño se mostro contenta por el cambio obtenido hasta el momento; el niño se observa con ganas de seguir llegando a consulta; pero también se mostraba feliz de haber obtenido la pelota de futbol que tanto quería.		

CAPITULO V:

RESULTADOS

Descripción de los Resultados de la evaluación diagnóstica. Paciente: PX1

Test psicológico	Resultados
Test proyectivo “HTP” (casa árbol, persona)	En esta prueba se pudo identificar lo siguiente puntos destacantes: un poco de fantaseo normal a la de su edad; Se identifico que el paciente muestra frustración e inseguridad; aislamiento, ansiedad y descontento; Vigor e impulsividad; tristeza y necesidades de afecto y gratificación inmediata; oposición y hostilidad
Test proyectivo de la familia.	En esta prueba se pudo identificar lo siguiente: Se percibe cierta agresividad dentro de la familia, falta de afectividad y poca comunicación con algunas partes de la estructura familiar; Dependencia y deseos de ganar la aprobación de los demás; Se identifica más con la figura materna describiéndola como mas comunicativa y sociable.
Test de inteligencia Pierre Gilles	Se obtuvo los siguientes resultados: <ul style="list-style-type: none">• Total de puntos:21• Percentil: 30• Cociente intelectual: 92
Test gestáltico visomotor Bender	No se presento problemas orgánicos y sin embargo presenta un leve nivel de inmadurez de un año según la edad del paciente obteniendo en la evaluación un estado de madurez de 6 años con 8 meses.

Descripción de los Resultados de la evaluación diagnóstica.

Paciente: PX2

Test psicológico	Resultados
Test proyectivo “HTP” (casa árbol, persona)	En esta prueba se pudo identificar lo siguiente puntos destacantes: Presenta rigidez, defensividad y sentimientos de rechazo; Aislamiento, preocupación por sí mismo e impulsividad; Fantaseo; Frustración, descontento y falta de afectividad en la familia; Sentimientos de culpabilidad y pérdida de control hacia sus impulsos; Agresividad
Test proyectivo de la familia.	En esta prueba se pudo identificar lo siguiente: Situación en el hogar fuera de control produciendo tensión en el niño; falta de comunicación; celos y resentimientos guardados y acumulados.
Test de inteligencia Pierre Gille	Se obtuvo los siguientes resultados: <ul style="list-style-type: none">• Total de puntos: 28• Percentil: 10• Cociente intelectual: 81
Test gestáltico visomotor Bender	No presenta problemas orgánicos; pero si presenta un grado de inmadurez de dos años de diferencia con respecto a su edad saliendo como puntuación una madurez de 9 años de edad.

Partiendo de los resultados de la observación diagnóstica se puede determinar que los pacientes no tienen problemas de tipo intelectual, visomotor u orgánico y tampoco cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno disocial; pero cabe señalar que ambos presentaron problemas en su entorno familiar, social e indicadores de agresividad por lo que se realizó la siguiente evaluación de conductas disociales:

Antes del tratamiento: PX1

“INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES ”

Nombre: PX1

Encargado: madre

Fecha: 13/mayo/2010

Instrucciones: a continuación, se describen una serie de conductas a las cuales se les ha asignado 5 tipos de respuestas: “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca”, “nunca”; conteste marcando una de ellas de acuerdo a la frecuencia o cantidad de veces que el niño realiza la conducta descrita.

conductas	respuestas				
	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
comportamiento agresivo					
Amenaza a otras personas a través de conductas intimidadoras, utilizando palabras que puedan interpretarse como un daño a futuro a las personas a las que la reciben.				X	
Daño físico a otras personas o animales a través de enfrentamiento o acciones violentas.		X			
utiliza armas como palos, piedras, cuchillos etc. (aunque no necesariamente las use contra alguien pero las utilice como medio de amenaza)				X	
Roba a otras personas ya sea conocidos o desconocidos.			X		
A forzado a otras personas a realizar alguna acción en contra de su voluntad.		X			

comportamiento destructor	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A estado involucrado en la destrucción de propiedad privada o incluso de pertenencias de personas conocidas de manera intencionada.			X		
Se le ha visto incendiando algún tipo de cosas.					X
Le pega a ventanas, puertas, paredes u otras cosas cuando está enojado.				X	
A manchado o pintado paredes, muebles u otras cosas de una manera que pueda parecer irrespetuosa a los demás.					X
Ha quitado objetos a otras personas con el fin de molestar y destruir dichos objetos.			X		
falsedad y engaño	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A entrado por la fuerza a algún edificio, casa o automóvil de otras personas.					X
Utiliza la mentira como un medio para obtener algo que desea o influir en otras personas.			X		
Es incumplidor de sus obligaciones, justificándose con razones no validas.		X			
Culpa a otras personas de las consecuencias de sus actos de manera injustificada.			X		
Se muestra como "un buen niño" ante otras personas para obtener un buen beneficio.			X		

violación de reglas	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
No asiste a clases o compromisos que se le han sido asignados.			X		
Se ha escapado de casa sin informar a nadie.					X
No respeta las distintas reglas impuestas en el hogar.				X	
Falta el respeto a las autoridades del hogar, como a la escuelas y a su otras personas mayores que se encuentran encargados a su cuidado.		X			
Presenta falta de respeto graves por medio de malas palabras hacia otra persona demigrándolas.			X		

Antes del tratamiento: PX2

“INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES ”

Nombre: PX2

Encargado: madre

Fecha: 13/mayo/2010

Instrucciones: a continuación, se describen una serie de conductas a las cuales se les ha asignado 5 tipos de respuestas: “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca”, “nunca”; conteste marcando una de ellas de acuerdo a la frecuencia o cantidad de veces que el niño realiza la conducta descrita.

conductas	respuestas				
	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
Amenaza a otras personas a través de conductas intimidadoras, utilizando palabras que puedan interpretarse como un daño a futuro a las personas a las que la reciben.		X			
Daño físico a otras personas o animales a través de enfrentamiento o acciones violentas.				X	
utiliza armas como palos, piedras, cuchillos etc. (aunque no necesariamente las use contra alguien pero las utilice como medio de amenaza)					X
Roba a otras personas ya sea conocidos o desconocidos.					X
A forzado a otras personas a realizar alguna acción en contra de su voluntad.					X

comportamiento destructor	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A estado involucrado en la destrucción de propiedad privada o incluso de pertenencias de personas conocidas de manera intencionada.				X	
Se le ha visto incendiando algún tipo de cosas.					X
Le pega a ventanas, puertas, paredes u otras cosas cuando está enojado.				X	
A manchado o pintado paredes, muebles u otras cosas de una manera que pueda parecer irrespetuosa a los demás.					X
Ha quitado objetos a otras personas con el fin de molestar y destruir dichos objetos.			X		
falsedad y engaño	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A entrado por la fuerza a algún edificio, casa o automóvil de otras personas.					X
Utiliza la mentira como un medio para obtener algo que desea o influir en otras personas.			X		
Es incumplidor de sus obligaciones, justificándose con razones no validas.		X			
Culpa a otras personas de las consecuencias de sus actos de manera injustificada.				X	
Se muestra como "un buen niño" ante otras personas para obtener un buen beneficio.			X		

violación de reglas	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
No asiste a clases o compromisos que se le han sido asignados.			X		
Se ha escapado de casa sin informar a nadie.					X
No respeta las distintas reglas impuestas en el hogar.		X			
Falta el respeto a las autoridades del hogar, como a la escuelas y a su otras personas mayores que se encuentran encargados a su cuidado.		X			
Presenta falta de respeto graves por medio de malas palabras hacia otra persona demigrándolas.		X			

Después del tratamiento: PX1

“INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES ”

Nombre: PX1

Encargado: madre

Fecha: 8/julio/2010

Instrucciones: a continuación, se describen una serie de conductas a las cuales se les ha asignado 5 tipos de respuestas: “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca”, “nunca”; conteste marcando una de ellas de acuerdo a la frecuencia o cantidad de veces que el niño realiza la conducta descrita.

conductas	respuestas				
	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
comportamiento agresivo					
Amenaza a otras personas a través de conductas intimidadoras, utilizando palabras que puedan interpretarse como un daño a futuro a las personas a las que la reciben.				X	
Daño físico a otras personas o animales a través de enfrentamiento o acciones violentas.				X	
utiliza armas como palos, piedras, cuchillos etc. (aunque no necesariamente las use contra alguien pero las utilice como medio de amenaza)					X
Roba a otras personas ya sea conocidos o desconocidos.				X	
A forzado a otras personas a realizar alguna acción en contra de su voluntad.			X		

comportamiento destructor	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A estado involucrado en la destrucción de propiedad privada o incluso de pertenencias de personas conocidas de manera intencionada.				X	
Se le ha visto incendiando algún tipo de cosas.					X
Le pega a ventanas, puertas, paredes u otras cosas cuando está enojado.					X
A manchado o pintado paredes, muebles u otras cosas de una manera que pueda parecer irrespetuosa a los demás.					X
Ha quitado objetos a otras personas con el fin de molestar y destruir dichos objetos.				X	
falsedad y engaño	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A entrado por la fuerza a algún edificio, casa o automóvil de otras personas.					X
Utiliza la mentira como un medio para obtener algo que desea o influir en otras personas.			X		
Es incumplidor de sus obligaciones, justificándose con razones no validas.				X	
Culpa a otras personas de las consecuencias de sus actos de manera injustificada.				X	
Se muestra como "un buen niño" ante otras personas para obtener un buen beneficio.				X	

violación de reglas	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
No asiste a clases o compromisos que se le han sido asignados.				X	
Se ha escapado de casa sin informar a nadie.					X
No respeta las distintas reglas impuestas en el hogar.				X	
Falta el respeto a las autoridades del hogar, como a la escuelas y a su otras personas mayores que se encuentran encargados a su cuidado.				X	
Presenta falta de respeto graves por medio de malas palabras hacia otra persona demigrándolas.				X	

Después del tratamiento: PX2

“INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES ”

Nombre: PX2

Encargado: madre

Fecha: 8/julio/2010

Instrucciones: a continuación, se describen una serie de conductas a las cuales se les ha asignado 5 tipos de respuestas: “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca”, “nunca”; conteste marcando una de ellas de acuerdo a la frecuencia o cantidad de veces que el niño realiza la conducta descrita.

conductas	respuestas				
	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
comportamiento agresivo					
Amenaza a otras personas a través de conductas intimidadoras, utilizando palabras que puedan interpretarse como un daño a futuro a las personas a las que la reciben.			X		
Daño físico a otras personas o animales a través de enfrentamiento o acciones violentas.				X	
utiliza armas como palos, piedras, cuchillos etc. (aunque no necesariamente las use contra alguien pero las utilice como medio de amenaza)					X
Roba a otras personas ya sea conocidos o desconocidos.					X
A forzado a otras personas a realizar alguna acción en contra de su voluntad.					X

comportamiento destructor	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A estado involucrado en la destrucción de propiedad privada o incluso de pertenencias de personas conocidas de manera intencionada.				X	
Se le ha visto incendiando algún tipo de cosas.					X
Le pega a ventanas, puertas, paredes u otras cosas cuando está enojado.					X
A manchado o pintado paredes, muebles u otras cosas de una manera que pueda parecer irrespetuosa a los demás.					X
Ha quitado objetos a otras personas con el fin de molestar y destruir dichos objetos.				X	
falsedad y engaño	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
A entrado por la fuerza a algún edificio, casa o automóvil de otras personas.					X
Utiliza la mentira como un medio para obtener algo que desea o influir en otras personas.				X	
Es incumplidor de sus obligaciones, justificándose con razones no validas.				X	
Culpa a otras personas de las consecuencias de sus actos de manera injustificada.				X	
Se muestra como "un buen niño" ante otras personas para obtener un buen beneficio.				X	

violación de reglas	siempre	casi siempre	A veces	casi nunca	nunca
No asiste a clases o compromisos que se le han sido asignados.				X	
Se ha escapado de casa sin informar a nadie.					X
No respeta las distintas reglas impuestas en el hogar.			X		
Falta el respeto a las autoridades del hogar, como a la escuelas y a su otras personas mayores que se encuentran encargados a su cuidado.			X		
Presenta falta de respeto graves por medio de malas palabras hacia otra persona demigrándolas.			X		

CAPITULO VI:

ANALISIS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Partiendo de la información obtenida en la hoja del "INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES", se asignaron los siguientes valores a cada respuesta:

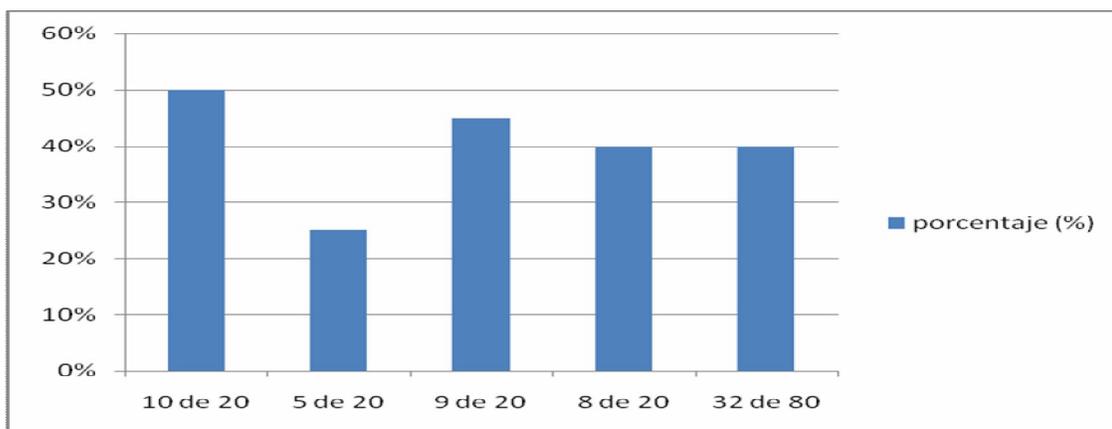
- "Siempre"= 4 puntos
- "Casi siempre"= 3 puntos
- "A veces"= 2 puntos
- "Casi nunca"= 1 punto
- "Nunca"= 0 puntos

La hoja de evaluación contiene cuatro bloques de cinco preguntas cada uno, de manera que, el máximo puntaje que puede ser obtenido en cada bloque es de 20 puntos, y en toda la prueba de 80 puntos.

De acuerdo a los resultados obtenidos por los sujetos, tanto los puntajes directos como sus respectivos porcentajes, tomando en cuenta las respuestas obtenidas en la hoja antes y después de aplicado el tratamiento en cada uno de los pacientes, son los siguientes:

Tabla y gráfico 1: Resultados obtenidos por PX1 en la hoja del “INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES” antes de la aplicación del tratamiento.

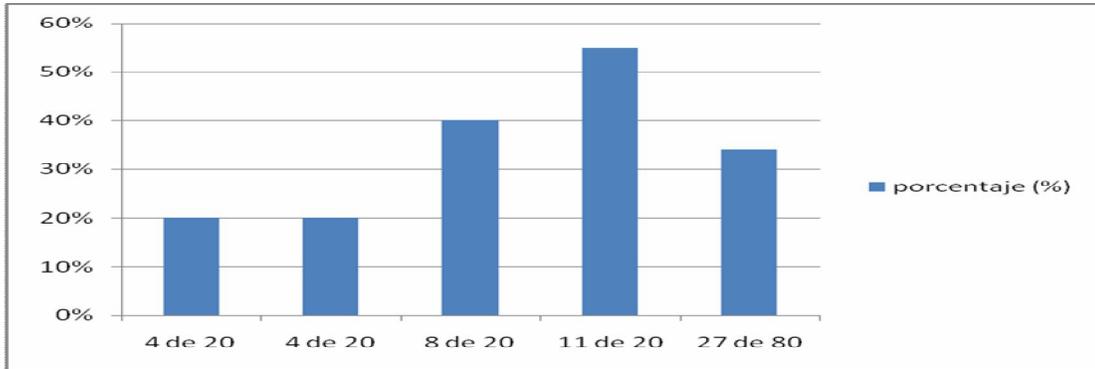
Conductas	Puntaje obtenido (Puntos)	Porcentaje (%)
Comportamiento agresivo	10 de 20	50%
Comportamiento destructor	5 de 20	25%
Falsedad y engaño	9 de 20	45%
Violación de reglas	8 de 20	40%
Total General en Inventario (TOTAL)	32 de 80	40%



Análisis Tabla y gráfico 1. Como se puede observar, las conductas que se presentan en mayor porcentaje antes de la aplicación del tratamiento en el PX1son las agrupadas en “Comportamiento Agresivo” (50%), en “Falsedad y Engaño” (45%) y en “Violación de Reglas” (40%), todas estas cercanas al 50%.

Tabla y gráfico 2: Resultados obtenidos por PX2 en la hoja del “INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES” antes de la aplicación del tratamiento.

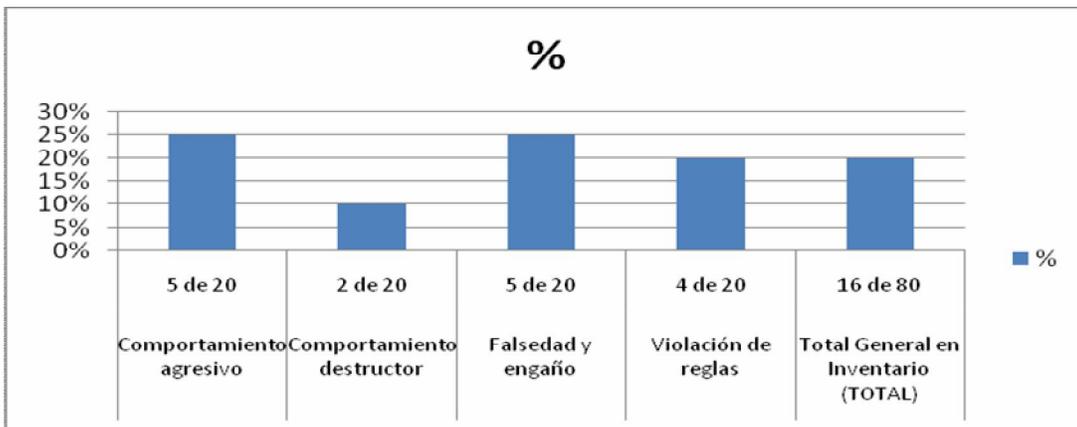
Conductas	Puntaje obtenido (Puntos)	Porcentaje (%)
Comportamiento agresivo	4 de 20	20%
Comportamiento destructor	4 de 20	20%
Falsedad y engaño	8 de 20	40%
Violación de reglas	11 de 20	55%
Total General en Inventario (TOTAL)	27 de 80	34%



Análisis Tabla y gráfico 2. Se puede interpretar que las conductas que se presentan en mayor porcentaje antes de la aplicación del tratamiento en el PX2 son las agrupadas en “Violación de Reglas” (55%) y en “Falsedad y Engaño” (40%), la primera superior al 50% y la segunda muy cercana a este porcentaje.

Tabla y gráfico 3: Resultados obtenidos por PX1 en la hoja del “INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES” después de la aplicación del tratamiento.

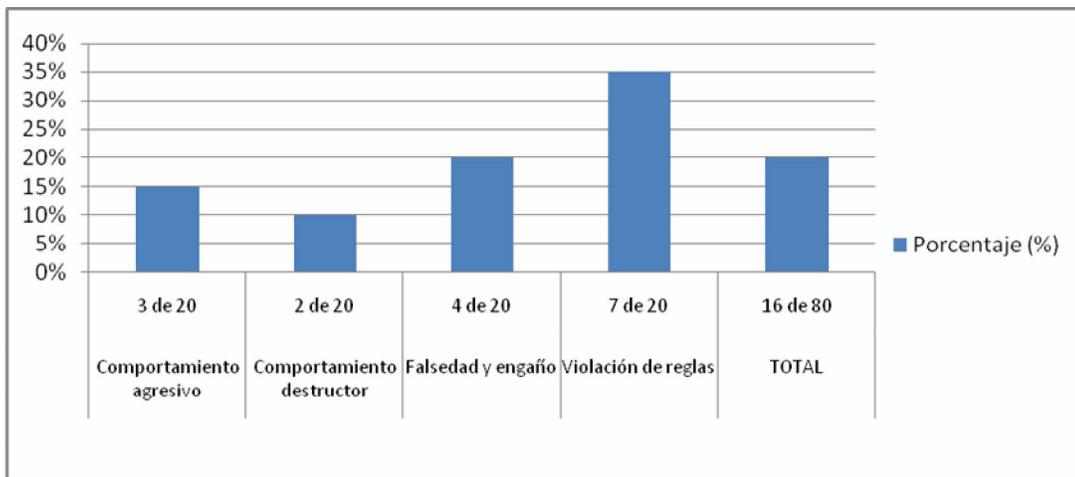
Conductas	Puntaje obtenido (Puntos)	Porcentaje (%)
Comportamiento agresivo	5 de 20	25%
Comportamiento destructor	2 de 20	10%
Falsedad y engaño	5 de 20	25%
Violación de reglas	4 de 20	20%
Total General en Inventario (TOTAL)	16 de 80	20%



Análisis Tabla y gráfico 3. Al observar los resultados se puede identificar que las conductas que se presentan en mayor porcentaje después de la aplicación del tratamiento en el PX1 son las agrupadas en “Comportamiento Agresivo” (25%) y en “Falsedad y Engaño” (25%), encontrándose ningún grupo conductual cercano al 50%.

Tabla y gráfico 4: Resultados obtenidos por PX2 en la hoja del “INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES” después de la aplicación del tratamiento.

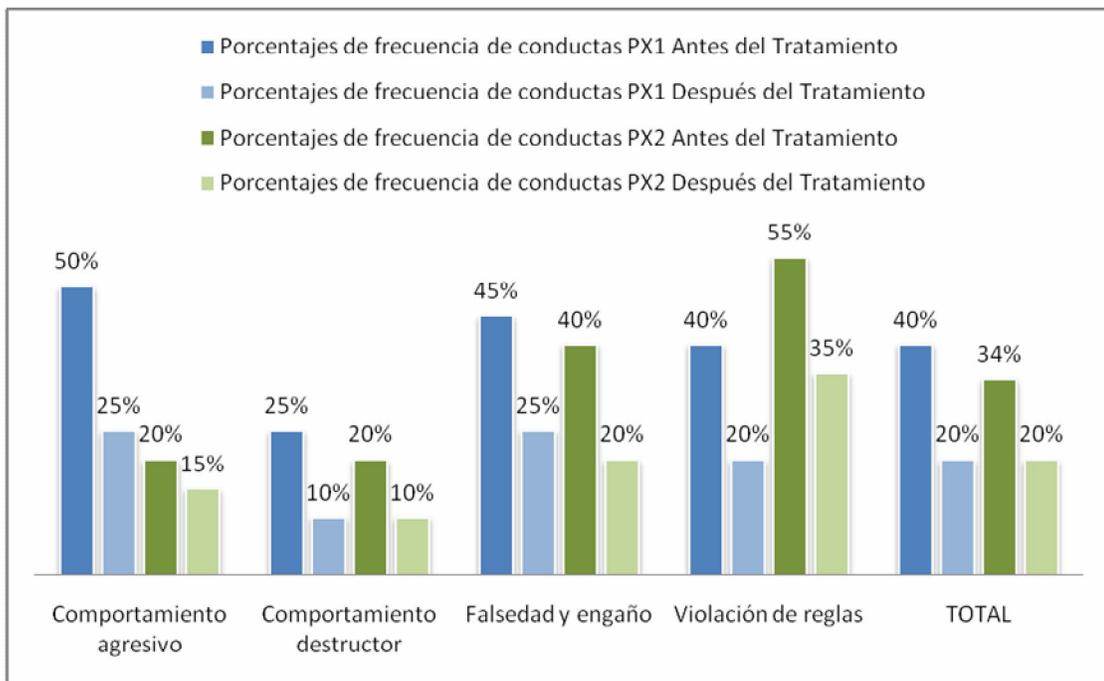
Conductas	Puntaje obtenido (Puntos)	Porcentaje (%)
Comportamiento agresivo	3 de 20	15%
Comportamiento destructor	2 de 20	10%
Falsedad y engaño	4 de 20	20%
Violación de reglas	7 de 20	35%
Total General en Inventario (TOTAL)	16 de 80	20%



Análisis Tabla y gráfico 4. Al observar los resultados se puede ver que las conductas que se presentan en mayor porcentaje después de la aplicación del tratamiento en el PX2 son las agrupadas en “Violación de reglas” (35%) y en “Falsedad y Engaño” (20%), encontrándose ningún grupo conductual cercano al 50%.

Tabla y gráfico 5: Porcentajes comparativos de los resultados obtenidos por el PX1 y el PX2 en la hoja del “INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES” antes y después de la aplicación del tratamiento.

Conductas	Porcentajes de frecuencia de conductas			
	PX1		PX2	
	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento
Comportamiento agresivo	50%	25%	20%	15%
Comportamiento destructor	25%	10%	20%	10%
Falsedad y engaño	45%	25%	40%	20%
Violación de reglas	40%	20%	55%	35%
Total General en Inventario (TOTAL)	40%	20%	34%	20%



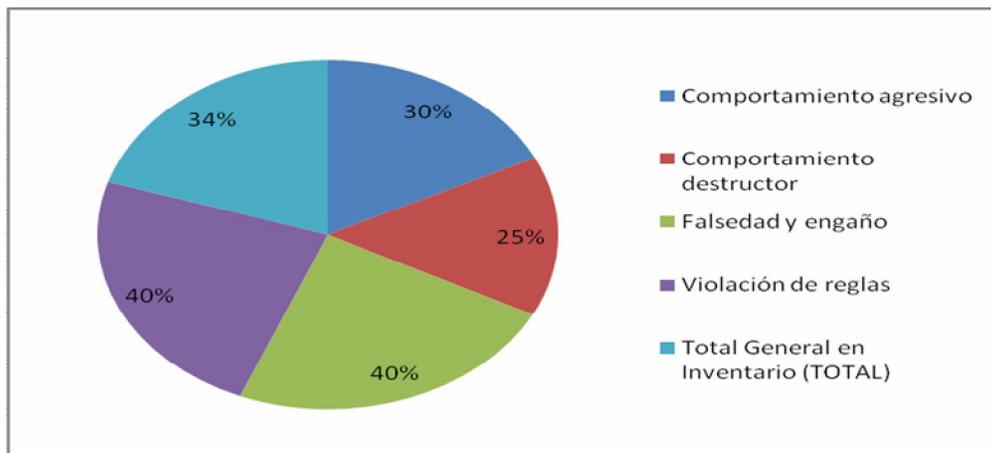
Análisis Tabla y gráfico 5. Al comparar los resultados obtenidos en la evaluación por ambos pacientes antes y después de la aplicación del tratamiento, se puede observar, en primer lugar, que todas las conductas disminuyeron su porcentaje de frecuencia luego de aplicado el tratamiento. Por otra parte, ninguno de los porcentajes de frecuencia después de aplicado el tratamiento es superior o muy cercano al 50%. En relación al “Comportamiento Agresivo”, el PX1 disminuyó un 25% la frecuencia de estas conductas luego de

aplicado el tratamiento, mientras que el PX2 las disminuyó en un 5%, pero este último las presentaba en un menor porcentaje desde el inicio de la terapia. En lo que se refiere al "Comportamiento Destructor" el PX1 redujo el porcentaje de frecuencia de un 25% a un 10%, mientras que el PX2 lo redujo de un 20% a un 10%, mientras que en relación a las conductas de "Falsedad y Engaño", en el PX1 se redujeron en un 20%, al igual que en el PX2. Con respecto a las conductas de "Violación de Reglas" en el PX1 se redujeron de un 40% a un 20% y en el PX2 de un 55% a un 35%.

De manera general, tanto en el PX1 como en el PX2 todas las conductas de tendencia disocial fueron reducidas después de aplicado el tratamiento a través de técnicas cognitivo conductuales, así como puede observarse en relación a los totales antes y después del tratamiento en cada paciente, en el PX1 las conductas disociales se redujeron de un 40% a un 20%, mientras que en el PX2 de un 34% a un 20%.

Tabla y gráfico 6: Porcentajes totales de reducción en la frecuencia de conductas obtenidos por ambos pacientes en la hoja del "INVENTARIO DE CONDUCTAS DISOCIALES" después de la aplicación del tratamiento.

Conductas	Porcentajes de reducción en la frecuencia de conductas luego de aplicado el tratamiento		
	PX1	PX2	PX1 y PX2
Comportamiento agresivo	25%	5%	30%
Comportamiento destructor	15%	10%	25%
Falsedad y engaño	20%	20%	40%
Violación de reglas	20%	20%	40%
Total General en Inventario (TOTAL)	20%	14%	34%



Análisis Tabla y gráfico 5. Al integrar los resultados obtenidos en la evaluación por ambos pacientes luego de aplicado el tratamiento, se puede ver cómo las conductas que de manera general redujeron en mayor parte su porcentaje de frecuencia fueron las correspondientes a “Falsedad y Engaño” y “Violación de Reglas” con un 40% cada una, seguidas por “Comportamiento agresivo”, con un 30% de reducción de frecuencia global, y finalmente por las conductas de “Comportamiento Destructor” con un 25%. Se puede observar que todas las conductas, de manera general, se redujeron en un 34% luego de la aplicación del tratamiento, obteniendo disminución en la frecuencia de conductas disociales en todas las áreas conductuales tratadas que se exploraron con el instrumento.

CONCLUSIONES

- El tratamiento a través de la implementación de técnicas cognitivo conductuales es efectivo para la modificación de conductas disociales en niños en la Infancia Intermedia atendidos en el Hospital San Rafael de Santa Tecla.
- Las conductas con tendencia disocial presentadas en los niños pueden ser agrupadas en cuatro grupos de una manera general que permiten un panorama de aquellas que se muestran más comúnmente: “Comportamiento agresivo”, “Comportamiento destructor”, “Falsedad y engaño” y “Violación de reglas”.
- La aplicación de instrumentos de evaluación diagnóstica, y en específico, de conductas disociales, es parte importante del proceso ya que conlleva a brindar un adecuado diagnóstico y parámetros para la orientación que se va a llevar a cabo en el tratamiento en niños con conductas con tendencia disocial.
- Los planes estratégicos de tratamiento para niños en la Infancia Intermedia con conductas con tendencia disocial pueden ser basados en técnicas provenientes de la integración de la psicología cognitiva y de la psicología conductual.
- La implementación de un tratamiento a los pacientes es guiada por el plan de trabajo creado partiendo de las características particulares de cada paciente y de generalidades correspondientes al grupo de edad de desarrollo en que se encuentran y a las características de conductas con tendencia disocial.
- Los resultados obtenidos en niños en la Infancia Intermedia con conductas con tendencia disocial atendidos en el Hospital San Rafael de Santa Tecla, luego de la aplicación del tratamiento a través de técnicas cognitivo conductuales, permiten establecer relación o incidencia entre las variables de estudio, ya que estos reflejan la efectividad de la utilización de este tipo de tratamiento para reducir la frecuencia, o bien, modificar las conductas con tendencia disocial, a través de la evaluación de estas conductas antes del tratamiento y después de la aplicación de este y la comparación de los resultados obtenidos en el análisis presentado en el apartado anterior.

RECOMENDACIONES

- El tratamiento psicológico para niños en la Infancia Intermedia con conductas con tendencia disocial debe integrar las técnicas utilizadas por la psicología cognitiva y la psicología conductual de manera que los cambios no se queden a un solo nivel, sino que estos sean integrales, siendo a la vez importante el apoyo de los encargados del niño y demás involucrados para llevar a cabo el tratamiento.
- Es importante detallar y definir todas las conductas presentadas por el paciente para poder identificar a qué tipo de conducta disocial pertenece cada una y a la vez describir la frecuencia en que esta se presenta, realizando así un diagnóstico más acertado que lleve a la elaboración de un plan de tratamiento con resultados efectivos.
- Es necesario utilizar los instrumentos de evaluación diagnóstica y de tratamiento apropiados para cada paciente para así poder determinar con exactitud los parámetros de tratamiento y evitar diagnósticos errados.
- Al utilizar la terapia cognitivo conductual en niños con conductas de tendencia disocial, esta debe llevarse a cabo acoplando cada técnica a las necesidades particulares del paciente, y modificando, de ser necesario, las sesiones acorde a la evolución de este en el tratamiento.
- Se deben tomar en cuenta las características de desarrollo propias de la edad para evitar confundir conductas que son parte de cada etapa con otras que puedan ser determinadas como “problemáticas”.
- Al implementar la terapia cognitivo conductual es necesario tomar en cuenta todos los aspectos que forman parte de esta: Evaluación diagnóstica, elaboración de plan de tratamiento y su aplicación y el seguimiento, para lograr obtener mejores resultados.
- En el análisis de resultados en investigaciones de conductas disociales en niños en la Infancia Intermedia es importante realizar como mínimo dos evaluaciones de estas conductas: Antes de aplicado el tratamiento y después de aplicado el tratamiento para poder determinar qué tan efectiva ha sido la aplicación de este y sus diversas técnicas.

CAPITULO VII:

BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográficas.

- Aliño, J. J.-I. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. España: MASSON.
- Caballo, V. e. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: siglo veintiuno.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos (volumen 2) formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. España: siglo veintiuno.
- Ci-10.(2001). *Libro de casos.las diversas caras de los trastornos mentales (1º edición)*. Madrid: Panamericana.
- Griffin, G. (2000). *La educación se recibe en casa. nueve principios para los padres de hoy*. Bogota: Norma.
- Haeussler, I. y. (1986). *Manual de estimulación del niño preescolar*. Santiago: Nuevo Extremo.
- Hoge, J. M. (2008). *Evaluación infantil; aplicaciones conductuales, sociales y clínicas (volumen II)*. Mexico: El manual moderno sa.cv.
- Linn, S. J., & Garske, J. P. (1988). *Psicoterapia contemporaneas, modelos y metodos*. Brouwer: Desclée.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *Desarrollo humano (8º edición)*. Colombia: Mc-GRAW-HILL.
- Pareja, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta (volumen I)* . Madrid: Dykindon.
- Pareja, M. A. (1998). *Manualde terapia de conducta (volumen II)* . Madrid: Dykinson.

- Ross., A. O. (1992). *teoría de la conducta infantil; principios, procedimientos y bases teóricas*. Noriega: Limusa.
- UNICEF. (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y niñas*. Colombia: Celam.
- Wicks-Nelson, R., C., A., & Israel. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente (3ª edición)*. España: Fareso.
- Juan José López-Ibor Tomás Ortiz Alonso M.L. I.A (1999). *Lecciones de psicología médica*. Colombia: MASSON.
- Arturo Heman Contreras y luisa.(2004). *Terapia cognitivo conductual, teoría y práctica.2004. . México :PSICOM*
- Eva Penafiel, Cristina Serrano. (2010). *Habilidades Sociales* .España: Editex.

Páginas web:

- www.clinicapsi.com
- www.cognitivoconductuales.blogspot.com.
- www.slideshare.net/Johana-psileconomia
- www.online-psicologia.blogspot.com
- www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm

Nombre de archivo: xxmonografia
Directorio: D:
Plantilla: C:\Documents and Settings\faflores\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:
Asunto:
Autor: WinuE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 09/09/2010 21:40:00
Cambio número: 3
Guardado el: 09/09/2010 22:09:00
Guardado por: WinuE
Tiempo de edición: 30 minutos
Impreso el: 03/03/2011 11:48:00
Última impresión completa
Número de páginas: 87
Número de palabras: 19,151 (aprox.)
Número de caracteres: 105,335 (aprox.)