

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR.II. Y Cs. DE LA
COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES (PHASO) PARA
NIÑOS CON INDICADORES DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD CON PRESENTACIÓN
COMBINADA”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Hanyi Gisela García Ccahuana

Maira Salguero Alarta

Para optar el título profesional de Psicólogas

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mi familia, porque ellos siempre han estado a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

Maira Salguero Alarta

Este trabajo de investigación se lo dedico con todo mi amor a mi madre Bacilia y a mis hermanos, por siempre creer en mí desde que tengo uso de razón. Y definitivamente a Dios, por darme la fortaleza para continuar con esta parte de mis proyectos.

Hanyi Gisela Garcia Ccahuana

AGRADECIMIENTOS

A la Ps. Elsa Valero, por su profesionalismo, por creer en nosotras, brindarnos su amistad y apoyo. Siempre la tenemos presente.

Y también a todas las personas que nos apoyaron de una u otra manera en la ejecución de esta meta; a las madres y a los niños que participaron dentro del programa, ya que sin su participación y dedicación, nada de esto se habría llevado a cabo.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN
SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada **“Programa de habilidades sociales (PHASO) para niños con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada”**, trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá optar el título profesional de Psicólogas.

Bachilleres:

GARCIA CAHUANA, HANYI GISELA
SALGUERO ALARTA, MAIRA

Arequipa, Setiembre del 2018

RESUMEN

El presente trabajo cuyo título es “Programa de Habilidades Sociales (PHASO) para niños con indicadores del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con presentación combinada”, tuvo como propósito demostrar la efectividad del programa de habilidades sociales para niños con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Se recurrió al tipo cuantitativo y al diseño cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por 10 niños, entre varones y mujeres, con indicadores de TDAH con presentación combinada, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 8 a 11 años. Luego, se aplicó un pre-test y pos-test (Listado de evaluación de Habilidades Sociales para escolares de 8 a 11 años), el cual fue diseñado por un grupo de profesionales dentro de nuestro contexto social. Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística T de Student para muestras relacionadas, después de la aplicación del programa hubo un incremento en las sub-escalas relacionadas a la comunicación, sentimientos, agresión, manejo de estrés y las de derecho y obligaciones de los niños y niñas.

PALABRAS CLAVE: *Programa, Habilidades Sociales, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada.*

ABSTRACT

The Social Services Program (PHASO) involves adjusting the account with the objective of reducing attention deficit and hyperactivity. The quantitative type and the quasi-experimental design were used. The sample consisted of 10 children, between men and women, with indicators of ADHD with combined presentation, which lay between 8 and 11 years old. Then, a pre-test and post-test was applied (List of evaluation of Social Skills for school children from 8 to 11 years old), which was designed by a group of professionals within our social context. For the hypothesis test the Student's T-test is used for the related sections, after the application of the program there was an increase in sub-scales related to communication, feelings, aggression, stress management and the laws of law and obligations children.

KEYWORDS: Program, Social Skills, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Combined Presentation.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	iv

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. HIPÓTESIS	4
3. OBJETIVOS	4
A. Objetivo general	4
B. Objetivos específicos	5
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	5
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	7
6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	7
7. VARIABLES E INDICADORES	8
A. Variable independiente: Programa	8
B. Variable dependiente: Habilidades Sociales	8
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	11
1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	11
1.1. Origen y desarrollo.....	11
1.2. Definición del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).....	13
1.3. Etiología	14
1.3.1. Factores genéticos	14
1.3.2. Factores neurobiológicos	15
1.3.3. Factores psicosociales	15
1.4. Modelos etiopatogénicos del TDAH	16

1.4.1. Modelos teóricos basados en la hipótesis cognitiva	16
1.4.2. Modelos teóricos basados en la hipótesis motivacional	17
1.4.3. Modelo dual	17
1.5. Sintomatología del TDAH.....	18
1.5.1. El déficit de atención (inatención)	18
1.5.2. La hiperactividad (inestabilidad motriz).....	19
1.5.3. La impulsividad	19
1.6. Criterios diagnósticos del TDAH	20
1.6.1. Criterios diagnósticos sobre el TDAH según DSM-V.....	20
1.6.2. Criterios diagnósticos sobre el TDAH según CIE-10.....	24
1.7. Tipos del TDAH: CRITERIOS DSM-V	27
1.7.1. Tipo inatento.....	27
1.7.2. Tipo hiperactivo puro.....	27
1.7.3. Tipo combinado.....	28
1.8. Tratamiento del TDAH.....	28
1.8.1. Tratamiento psicológico	28
1.8.2. Tratamiento psicoeducativo	28
1.8.3. Tratamiento psicosocial	29
1.8.4. Tratamiento farmacológico.....	29
2. HABILIDADES SOCIALES.....	29
2.1. Origen de las habilidades sociales	30
2.2. Concepto de habilidad social.....	31
2.3. Dimensiones de las habilidades sociales	32
2.3.1. Dimensión conductual	32
2.3.2. Dimensión cognitiva	32
2.3.3. Dimensión situacional.....	33
2.4. Modelos Teóricos	33
2.4.1. Modelo de aprendizaje social	33
2.4.2. Modelo cognitivo	33
2.4.3. Modelo de la psicología social.....	34
2.5. Componentes de las Habilidades Sociales	34
2.5.1. Componentes Conductuales.....	34
2.5.1.1. No verbales.....	34
2.5.1.2. Paralingüísticos	34

2.5.1.3. Componentes verbales.....	35
2.5.1.4. Componenetes mixtos más generales.....	35
2.5.2. Componentes Cognitivos.....	35
2.5.2.1. Percepciones sobre ambientes de comunicación.....	36
2.5.2.1. Variables cognitivas del individuo	36
2.5.3. Componentes Fisiológicos	37
2.5.3.1. Tasa cardiaca.....	37
2.5.3.2. Presión sanguínea	37
2.5.3.3. Flujo sanguíneo	37
2.5.3.4. Respuestas electromiográfica.....	38
2.5.3.5. Respuestas electrodermales.....	38
2.5.3.6. Respiración.....	38
2.5.4. Integración de las tres clases de componentes	38
2.6. Técnicas de evaluación de las habilidades sociales.....	39
3. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	39
3.1. Definición del entrenamiento de habilidades sociales.....	39
3.2. Ventajas del entrenamiento de las habilidades sociales	40
3.3. Técnicas a desarrollar en un entrenamiento en habilidades sociales.....	41
3.3.1. Modelado	41
3.3.2. Ensayo conductual o role – playing	41
3.3.3. Retroalimentación	42
3.3.4. Refuerzo.....	42
3.3.5. Estrategias de generalización y técnicas complementarias.....	43
3.3.6. Estrategias aplicadas en ambientes real o "tareas para casa".....	43
3.3.7. Autoobservaciones	43
3.3.8. La reestructuración cognitiva	44
3.3.9. El entrenamiento en solución de problemas	44
3.4. Formato grupal del entrenamiento en habilidades sociales	44

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.....	46
1. TIPO, DISEÑO Y MÉTODO	46
2. SUJETOS	46

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	48
4. PROCEDIMIENTO	51

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	54
------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	62
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	72

ÍNDICE TABLAS

Pág.	
Cuadro 1 :Operacionalizacion de variables.....	10
Cuadro 2 :Clasificación de la muestra.....	47
Tabla 1 : Sub-escalas de las habilidades sociales: antes y después de aplicado el PHASO.....	76
Tabla 2 : Habilidades sociales: antes y después de aplicado el PHASO.....	78
Tabla 3 : Efectividad del PHASO en las sub-escalas de las Habilidades Sociales..... (Prueba t de Student).....	79
Tabla 4 : Efectividad del PHASO en las Habilidades Sociales (Prueba t de Student).....	81
Gráfico 1 : Efectividad del Programa de habilidades sociales.....	82

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una patología que en los últimos años ha ido siendo muy frecuente durante la etapa escolar, se caracteriza por la presencia de tres principales síntomas: inatención, hiperactividad e impulsividad, es decir, cuando un niño no tiene la capacidad de concentrarse en una sola cosa, sufre la carencia en la selección y el mantenimiento de atención, así mismo, presenta dificultades para la estabilidad motriz, actúa sin pensar o no logra culminar objetivos (a nivel educativo, familiar y social). Estos síntomas pueden repercutir negativamente en comparación a sujetos en similar etapa.

El abordaje que se ha dado en relación a esta problemática, parten desde los tratamientos farmacológicos, cognitivo-conductual y otros que implementaron ambos. En el Perú, hasta el momento las investigaciones han centrado su atención en lo cognitivo dejando en segundo plano el deterioro de otros aspectos de importancia dentro de la etapa infantil, como son: las habilidades o competencias sociales y su desarrollo

dentro de la sociedad. Muchos estudios en niños con TDAH han indicado que estos presentan dificultades en sus relaciones interpersonales, ya que muestran conductas disruptivas, provocadoras y oposicionistas con su medio social. En el presente, el mayor reto que se encuentra diariamente es la desinformación que se tiene y los conceptos equivocados que se hallan cuando se habla de TDAH y los tratamientos; además, esto incluye el rechazo y la estigmatización que se da, donde se involucra a los padres, maestros e inclusive profesionales del área y otros.

Las habilidades sociales pueden definirse como un conjunto de capacidades y destrezas interpersonales que van a permitir a las personas el relacionarse con otras de forma adecuada, siendo capaces de expresar emociones, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar tensión, ansiedad u otros sentimientos negativos (Caballo, 2005).

Diversos estudios señalan que estas inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos tanto en la infancia como en la vida adulta (Gil, León y Jarana, 1995; Kennedy, 1992; Monjas, 2002; Ovejero, 1998, citado por Lacunza, 2011).

Es importante resaltar que todos los seres humanos poseen la necesidad de relacionarse acertadamente en un medio social, por lo que el desarrollo adecuado de las habilidades sociales y su ejecución, permiten cubrir esta necesidad.

Este trastorno presenta una prevalencia del 5% a nivel mundial y de 7 a 9% en escolares menores de 18 años en los Estados Unidos (Polanczyk 2007, citado por Velarde Velarde, Vattuone y Gómez, 2017). En el Perú, no se cuenta con un estudio sobre la prevalencia e incidencia, por ello, la oficina de estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2015, estimó una frecuencia del 4,8% la consulta externa de los Departamentos de Neuropediatria y Neurología de la Conducta (Velarde et al, 2017).

Cuando se refiere a los infantes y adolescentes, diversos estudiosos han manifestado la importancia de las habilidades sociales, como un medio para prevenir los trastornos de adaptación social y de conducta. Es por ello que en la presente investigación, se

determinará la efectividad del programa de habilidades sociales (PHASO), aplicado a niños con indicadores de TDAH, para contrastar la hipótesis, se recurrirá al enfoque cuantitativo, puesto que se empleará la estadística inferencial para dar respuesta a la pregunta de investigación. Así mismo, se utilizará, el diseño experimental, pre-test y post-test sin grupo control. Los resultados estarán limitados a los niños con indicadores de TDAH que participaron, puesto que se utilizará el muestreo no probabilístico de manera intencional, ello según los objetivos del investigador.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDAH representa un problema de salud pública, dado que no se cuenta con información actualizada que permita establecer la población exacta y abordar directamente el problema.

Las principales características son: el déficit de atención, hiperactividad (excesiva actividad motora) y la impulsividad. Es el más frecuente de los trastornos del neurodesarrollo iniciados en la infancia y diagnosticados en la atención primaria, los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causa una importante morbilidad y disfuncionalidad no solo en niños sino también en el grupo de compañeros y familia (Cardo y Severa, 2008).

Con respecto a las modalidades de intervención, las líneas prioritarias de investigación en TDAH se centran en los fundamentos neurobiológicos y genéticos, las funciones ejecutivas y la eficacia de los tratamientos (Cardo y Servera, 2008).

Distintos estudios apoyan la utilización de fármacos estimulantes, el empleo del entrenamiento a padres y a maestros en técnicas de manejo conductual y cognitivo conductual, y el entrenamiento de los niños hiperactivos en habilidades socioemocionales. Por otro lado, en nuestro contexto, los tratamientos que más se usan son aquellos que implican una intervención a nivel cognitivo-conductual, manteniendo resultados eficaces en el área cognitiva, y dejando de lado las otras áreas que implican el desenvolvimiento óptimo del niño.

Por ello, estamos de acuerdo con Chronis, Jones, y Raggi (2006), en que dado que los niños con TDAH experimentan dificultades persistentes en múltiples dominios de funcionamiento, suelen ser necesarios tratamientos multimodales para normalizar la conducta de estos niños.

Ahora bien, el estudio de las habilidades sociales no puede ser irrelevante, no sólo por su dimensión en las relaciones interpersonales, sino también, por su influencia en otras esferas de la vida del sujeto que carece de ellas.

Los resultados de las investigaciones en infantes que poseen déficits de habilidades sociales, han señalado que favorecen la aparición de comportamientos disruptivos en el ámbito familiar, escolar y social. Por ello, es de vital importancia tratar las carencias de las habilidades sociales en niños con indicadores de TDAH, ya que estos corren el riesgo de no consolidar su identidad y de cristalizar otras patologías comórbidas al trastorno durante el desarrollo de su vida. Es por eso, que el diagnóstico y la intervención en esta área es una alternativa de prevención. Finalmente, enfatizamos nuevamente sobre la trascendencia de abordar este trastorno desde una visión psicosocial.

Por todo lo que se ha mencionado, lo que pretende esta investigación, es dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el efecto del programa de habilidades sociales en los niños de 8 a 11 años con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada?

2. HIPÓTESIS

(Hi) Los participantes que formen parte del programa incrementarán su nivel de habilidades sociales.

(H₀) Los participantes que formen parte del programa no incrementarán su nivel de habilidades sociales.

3. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Demostrar la efectividad del programa de habilidades sociales para niños de 8 a 11 años con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada.

B. Objetivos Específicos

- a. Identificar el nivel de habilidades sociales en sus sub-escalas, en niños con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada antes de iniciar el programa.
- b. Determinar el nivel de habilidades sociales en sus sub-escalas, en niños con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada después de finalizar el programa.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un desorden del neurodesarrollo. La falta de información que se tiene respecto a la prevalencia e incidencia puede darse principalmente por el desconocimiento sobre este trastorno.

Actualmente, muchos niños inquietos, inatentos o carentes de habilidades sociales son diagnosticados con TDAH erróneamente por profesionales de la salud y educación, recibiendo principalmente tratamientos farmacológicos cuando sólo presentan algunos síntomas o indicadores de dicho trastorno en cualquiera de sus presentaciones clínicas.

Los indicadores del TDAH tienen un impacto en la evolución de quien lo padece y se manifiestan no solo en relación al comportamiento del niño sino también en su esfera emocional, social y cognitiva, causando disfuncionalidad en el infante, con sus pares y en su entorno familiar.

A pesar de ello, las investigaciones sobre el trastorno se han ido centrando principalmente en los aspectos cognitivos (Artigas, 2009, Barkley, 2006 y Henríquez, Zamorano, Rothhammer y Aboitiz, 2010). Dejando así, en un segundo plano el deterioro de otros aspectos claves del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones o competencias sociales.

En el medio local, también se ha ido dando mediante la aplicación de un programa cognitivo-conductual (Orjales, 2004, citado por Rivera, 2011). Los objetivos principales de estos programas se enfocaron en trabajar los síntomas nucleares, secundarios y emocionales (ansiedad y autoestima).

Actualmente estos aspectos se recogen en las clasificaciones actuales como características asociadas o secundarias, siendo cada vez más los estudios que apuntan a la presencia de una alteración de las relaciones sociales y de la regulación emocional (Albert, López, Fernández, y Carretié, 2008, citado por Sánchez, 2011).

Muchos estudios señalan la importancia de las habilidades sociales, especialmente cuando se refiere a niños y adolescentes, como una forma de prevenir el desarrollo de trastornos de adaptación social y de conducta (Puentes, Jiménez, Pineda, Pimienta, Acosta, Cervantes, Nuñez y Sánchez, 2014).

Hay que resaltar que todas las personas manifiestan la necesidad de relacionarse adecuadamente con sus pares; para lograr este fin deben ir desarrollando ciertas habilidades sociales, logrando así, su propio bienestar.

Lo que se pretende mediante esta investigación y la ejecución del Programa de Habilidades Sociales (PHASO) para niños con indicadores de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con presentación combinada, es poder resaltar la importancia de la prevención dentro de esta población de niños en riesgo a padecer el TDAH trabajando aquellas esferas que investigaciones pasadas no han abordado, cabe resaltar que según el DSM-V no puede darse un diagnóstico de dicho trastorno antes de los 12 años por lo que los participantes del programa sólo presentan marcados indicadores propios del trastorno. El PHASO está orientado a

mejorar netamente aquellas áreas de la esfera social como son las relacionadas a la comunicación, sentimientos, agresión, estrés, derechos y obligaciones.

Este estudio de investigación, es importante para la psicología, ya que lo que principalmente se busca a través del programa, es proporcionar herramientas para el tratamiento socioemocional de aquellos niños que presentan alto riesgo a ser diagnosticados con el TDAH y brindar a futuras investigaciones una visión distinta de cómo se ha ido abordando el trastorno en nuestra localidad. Además, se pretende ofrecer directrices a familiares o personas involucradas en el contexto del niño(a), para que puedan ayudarle a adaptarse en su medio y mejorar así, su calidad de vida.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- a. Una de las limitaciones de la investigación, se encuentra relacionada a la muestra; ya que no es representativa, puesto que se utilizó el muestreo intencional, cabe señalar que los participantes del programa tenían que cumplir algunos requisitos, como el haber participado previamente de talleres de atención y concentración y otros, además, que presentaran riesgo moderado o elevado en los resultados de la Evaluación del trastorno para el déficit de atención e hiperactividad (EDAH).
- b. La carencia de investigaciones en el medio local que tengan similitud con el presente estudio, ya que en su mayoría estos se enfocan principalmente en el plano cognitivo-conductual de los participantes y no en área socio-emocional, como se está abordando en esta investigación.
- c. Falta de compromiso por parte de la familia de los participantes en relación a la necesidad del reforzamiento de los contenidos del programa.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Habilidades sociales: Las habilidades sociales se refieren a aquellos comportamientos o conductas específicas y necesarias para interactuar y

relacionarse con el otro de forma efectiva, satisfactoria y exitosa socialmente (Muñoz, Crespí, Angrehs, 2011, citado por Saldaña y Reátegui, 2017).

- Programa: Un programa o intervención puede ser considerado como “los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos preplanificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica (Fink, 1993, citado por Marcano, Aular, Finol, 2009).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Es un trastorno neurobiológico que aqueja tanto a adultos como a niños. Es descrito, como un patrón persistente o continuo de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que impide las actividades diarias o el desarrollo típico. Los individuos con TDAH también pueden experimentar dificultades para mantener la atención, la función ejecutiva (o la habilidad del cerebro para comenzar una actividad, organizarse y llevar a cabo tareas) y la memoria de trabajo (American Psychiatric Association, 2013).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con presentación combinada: Manifiestan tanto síntomas de inatención como de hiperactividad-impulsividad. Sus déficits afectan negativamente tanto al comportamiento como al aprendizaje. Es el grupo con mayor prevalencia (Frankiz y Ramos, 2016).

La anterior definición está basada en las apreciaciones tomadas del DSM-IV, quien utiliza el término “subtipo combinado” en comparación al DSM-V, quien hace uso del término “presentación combinada”. Ambas, consideran las mismas características para referirse a esta clasificación.

7. VARIABLES E INDICADORES

A. Variable independiente: Programa

Indicadores:

- Está conformado por 30 sesiones (se incluye el pre-test y pos-test).

- Cada sesión tiene dura de 30 a 40 minutos, 2 veces por semana, teniendo una duración total de 3 meses y 2 semanas.
- Dirigido a niños de 8 a 11 que presentan indicadores del TDAH con presentación combinada.

B. Variable dependiente: Habilidades Sociales

Indicadores:

- Habilidades relacionadas a la comunicación
- Habilidades relacionadas a los sentimientos
- Habilidades relacionadas a la agresión
- Habilidades para el manejo de estrés
- Habilidades relacionadas al derecho y obligaciones de los niños y niñas.

8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro N° 1

Variables	Indicadores	Tipo de variable	Niveles
Programa (variable independiente)	<ul style="list-style-type: none"> • Está conformado por 30 sesiones (se incluye el pre-test y pos-test). • Cada sesión tiene una duración de 30 a 40 minutos, dos veces por semana, teniendo una duración aproximada de 3 meses y 2 semanas en total. • Dirigido a niños de 8 a 11 que presentan indicadores del TDAH con presentación combinada. 		
Habilidades Sociales (Variable dependiente)	<p>Habilidades relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la comunicación • A los sentimientos • A la agresión • Para el manejo de estrés • Al derecho y obligaciones de los niños y niñas. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo • Bajo • Regular • Alto • Muy Alto

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1.1.ORIGEN Y DESARROLLO

Desde los primeros años del siglo XX hasta la actualidad, el término TDAH ha recibido un gran número de calificativos. Los cuales han permitido conocer el origen y el desarrollo del trastorno. Franquiz y Ramos (2016) realizan un breve recorrido histórico sobre lo que actualmente se conoce como “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”. TDAH y ver cómo ha ido evolucionando a lo largo de los años. Este estudio se centrará en aquellos momentos más importantes y que darán una visión global de la evolución histórica del concepto TDAH. Autores como Maudsley en 1867, Ireland 1877, Bournneville en 1897 y Clouston en 1899 describían una serie de síntomas como la impulsividad, inestabilidad psicomotriz, dificultades para mantener la atención y destacadamente la hiperactividad, etc.

Se consideraban los síntomas hiperactivos como parte destacada en problemas de retraso mental o de conducta disocial o delictiva. Por tanto, inicialmente la hiperactividad se consideraba como manifestaciones de los trastornos de conductas y no como trastorno con características propias.

Barkley en el 2006, establece una serie de periodos a lo largo del siglo XX en la conceptualización del TDAH.

En el primer periodo, centrado en la definición del término “daño cerebral infantil”. Para este autor los niños con este trastorno tenían una actividad e impulsividad excesiva que podían o no tener retraso mental. Además, los describe como niños inquietos, violentos, impulsivos y con incapacidad de mantener la atención.

La alteración neurológica como causa del trastorno empieza a cobrar importancia tras la epidemia de la encefalitis en 1917 ya que, adultos y niños que contraían la enfermedad mostraban secuelas neurológicas y conductuales tales como hiperactividad, problemas de memoria y déficit atencionales entre otras.

Por lo cual, estas evidencias mostraban y afirmaban el origen biológico del trastorno. Otros autores como Strauss y Lehtinen en 1947 acuñaron el término de síndrome de daño cerebral. Ellos impulsaron la aplicación de estrategias psicoeducativas al considerar que varias de las deficiencias que se producían por una lesión cerebral no tenían tratamiento médico. Consideraron que los niños intelectualmente normales podían presentar también síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad y que su origen podía ser, en mayor o menor medida que el de una lesión cerebral.

El segundo periodo, se centra en el origen funcional del síndrome y la importancia en las características comportamentales, las propuestas del modelo médico-tradicional atribuían la alteración del comportamiento a una lesión del sistema nervioso central, sin embargo el fracaso de los múltiples estudios realizados para comprobar la relación entre el daño cerebral y la hiperactividad demostró que era imposible explicar que los niños hiperactivos tengan esos

daños. Esto llevó a sustituir el término daño cerebral de Strauss por disfunción cerebral y posteriormente en 1962, Clements y Peters acuñaron el término disfunción cerebral mínima.

Se inicia por establecer un diagnóstico y tratamiento diferente, separando los niños con daño cerebral, con problemas de conducta y con dificultades de aprendizaje de esta manera se cambia el concepto de disfunción cerebral mínima y se inicia la utilización de técnicas conductuales como tratamiento a dicho problema.

El último periodo se centra en el establecimiento de los criterios diagnósticos, desarrollados por el DSM y la CIE reflejando de alguna manera los aspectos en los que más se centraban los autores. El concepto desarrollado por el DSM ha sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo.

1.2.DEFINICIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El TDAH para Barkley en el 2002, es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. Miranda y Soriano (2010), afirman que:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Estos síntomas resultan inapropiados evolutivamente, se evidencian en características conductuales específicas, sus repercusiones son negativas en el desarrollo cognitivo, personal y social, y dificultan el aprendizaje escolar y la adaptación general del sujeto. (p.100)

Además, por su parte los investigadores Franquiz y Ramos (2016) refieren que:

Este trastorno se da aproximadamente en el 5,3% de los niños y adolescentes, y el 50-70% de los afectados siguen presentando sintomatología significativa del trastorno durante la adolescencia y principio de la vida adulta, por tanto constituye uno de los problemas neuropsiquiátricos más relevantes. (p.3)

Por ello, se puede ver que el TDAH es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tres tipos de síntomas frecuentes: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, los cuales no permitirán al niño adaptarse correctamente a su medio, siendo un problema que lo llevará desde el inicio de su vida y a lo largo de esta.

1.3.ETIOLOGÍA

Al igual que otros autores, Miranda (2015) considera “que la heterogeneidad característica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sugiere una multiplicidad de vías etiopatogénicas que implican complejas interacciones, genes y ambiente que abocan al resultado final” (p.305).

Por ende, la visión predominante se basa en una transaccional con contribuciones genéticas, neurobiológicas y psicosociales.

1.3.1. Factores genéticos

Para los factores genéticos del TDAH, Miranda (2015) refiere que:

Los estudios de mellizos y de adopción indican que la heredabilidad del trastorno se encuentra en un 70 a 80%. Según el metaanálisis de los estudios realizador por Gizer en el 2009 muestran que los siguientes genes han demostrado estar asociados de manera significativa al TDAH: DAT1 (gen transportador de la dopamina), DRD4 (gen receptor de D de la dopamina), DRD5 (gen receptor D de la dopamina), 5HTT (gen transportador de la dopamina), HTR1B (gen receptor de la serotonina) y SNAP-25 (gen de la

proteína 25 que interviene en la regularización y estabilización de la sinapsis). (p.305)

El factor genético en el TDAH se encuentra en un gran porcentaje, a través de la carga genética heredada, donde se puede ver que se ven afectos genes que regularizan y estabilizan la dopamina y serotonina en la persona.

1.3.2. Factores neurobiológicos

En los factores neurobiológicos en el TDAH refiere Casey en 1997, fue uno de los primeros en analizar la relación entre estructuras cerebrales y funciones psicológicas, encontrando correlación entre el rendimiento en tareas que implicaban procesos atencionales y ejecutivos, con el volumen de regiones frontoestriadas.

En los estudios actuales mostrarían que hay la presencia de anomalías estructurales y funcionales en el cerebro de los TDAH. Miranda (2015) refiere que “las técnicas de neuroimagen han demostrado que se ven afectadas regiones cerebrales relacionadas con las funciones ejecutivas, las emociones y la coordinación y el control de la conducta motora: la corteza prefrontal y parietal, el cerebelo, los ganglios basales (núcleo caudado y putamen), las estructuras límbicas y el cíngulo anterior, entre otras” (p. 305).

En resumen, los hallazgos encontrados en diferentes investigaciones indican que hay alteraciones neuroanatómicas y funcionales en las diferentes áreas del cerebro que alteran las funciones ejecutivas en los niños diagnosticados con TDAH.

1.3.3. Factores psicosociales

A través de las distintas investigaciones se trata de buscar la explicación fundamental y clara en aspectos neurológicos que interactúe con factores ambientales, psicológicos y sociales, estos no representarían evidencia de origen

pero sí actúan como reguladores, forzando a la gravedad de los síntomas y al agravamiento o progreso en el trastorno. Miranda (2015), apunta que:

Los factores prenatales a estilos de vida de la madre durante el embarazo (consumo de alcohol o tabaco), perinatales (bajo peso al nacer, complicaciones durante el parto) y postnatales (ambientes de pobreza, mal nutrición o exclusión social) también desempeñan un papel importante en el TDAH. Su influencia parece adquirir relevancia sobre todo en la persistencia de los síntomas a través del tiempo. (p. 305)

En conclusión aceptando la predisposición biológica y neurológica clara en el TDAH se destaca que los factores sociales y ambientales (familia, estilos parentales, estilos de vida de la madre durante el embarazo, etc.) desempeñan un papel importante en el desarrollo del TDAH.

1.4. MODELOS ETIOPATOGENICOS DEL TDAH

Para la etiopagenia y el desarrollo del TDAH se muestran varias teorías que explicarían el trastorno. Los modelos teóricos explicativos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) han ido evolucionando a lo largo del tiempo. Miranda (2015), señala que “en las últimas décadas, la mayoría de los modelos propuestos se agrupan en torno a dos grandes hipótesis sobre los mecanismos neurocognitivos implicados; la cognitiva y la emocional” (p. 308).

1.4.1. Modelos teóricos basados en la hipótesis cognitiva

En el 2002, Barkley afirma que los modelos de la hipótesis cognitiva para la explicación del TDAH hacen referencia a los modelos de procesos de inhibición, es decir, en la capacidad del individuo para detener la primera respuesta que puso en marcha ante la aparición de un estímulo, proteger su pensamiento de distracciones externas o internas y elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituyera a aquella predominante.

Los fallos en este primer acto autoregulatorio-inhibición-conductual inciden de forma negativa en cuatro funciones neuropsicológicas, las cuales influirían a su vez en el sistema motor que controla el comportamiento: la memoria de trabajo, a la autorregulación de la motivación y de las emociones, la internalización del lenguaje y la restructuración (procesos de análisis y síntesis). (Miranda, 2015, p. 305)

1.4.2. Modelos teóricos basados en la hipótesis motivacional

“El mecanismo etiológico en el TDAH estaría relacionado con la alteración de los procesos asociados al refuerzo de la conducta adaptativa, que se traduciría en hipersensibilidad frente al refuerzo inmediato e hiposensibilidad ante el refuerzo tardío” (Miranda, 2015, p. 305).

Así, se ha observado que los niños con TDAH tienen problemas para realizar una tarea durante tiempos largos y esperar “estímulos motivadores con independencia de su capacidad de inhibición o de su rendimiento en funcionamiento ejecutivo” es decir, que estos procesos estarían relacionados a los síntomas de la hiperactividad-impulsividad.

1.4.3. Modelo dual

Para explicar las implicancias del modelo dual se toma las aportaciones de Miranda (2015), quien considera:

Los síntomas de inatención se relacionarían con anomalías en el control cognitivo (originadas por una disfunción de la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior dorsal y las regiones anteriores del estriado), mientras que los síntomas de hiperactividad-impulsividad se vinculan a anomalías en los procesos motivacionales y emocionales (asociados a la afectación de la corteza prefrontal medial y orbital y de las regiones ventrales del estriado). Estos procesos se encontrarían mediados por alteraciones en circuitos neurofuncionales independientes: el circuito ejecutivo modulado por terminaciones dopaminérgicas mesocorticales y negroestriatales, y el circuito

de regulación emocional (o motivacional) del comportamiento, modulado por terminaciones dopaminérgicas mesolímbicas. En síntesis se considera la presencia de dos o más vías independientes entre sí en la génesis del trastorno, cada una asociada a mecanismos fisiopatológicos específicos. (p. 305)

En síntesis del modelo dual se infiere que la sintomatología del TDAH se relacionaría con anormalidades en el control cognitivo y procesos motivacionales, los cuales afectarían a los circuitos neurofuncionales, por ende la regulación emocional y conductual del niño se verá perjudicada.

1.5.SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH

El TDAH presenta características fundamentales que se manifiestan de diferentes modos según la edad, contexto en el que se encuentre o actividad que realice.

1.5.1. El déficit de atención (inatención)

La inatención o déficit de atención es una de las características básicas del TDAH, se va a distinguir por la dificultad de mantener un esfuerzo mental sostenido, para San Sebastián (2010):

Puede expresarse en formas de despistes, falta de atención a los detalles en el contexto escolar, familiar o social, sobre todo en las actividades que requieren la participación de procesos cognitivos. Así, los trabajos pueden ser sucios, descuidados, realizados sin reflexión, ya que generalmente a los pacientes les cuesta mucho trabajo persistir en una tarea hasta terminarla. Con frecuencia parecen estar despistados, con la mente en otras cosas, se distraen con estímulos irrelevantes o hechos triviales, cambiando constantemente de una a otra actividad. Debido a esto, les cuesta organizar sus actividades y viven las que suponen un esfuerzo sostenido como desagradable (tareas domésticas o escolares), y generan en algunos casos un negativismo secundario. Las actividades cotidianas les suponen un gran esfuerzo y es

frecuente que las olviden. En las conversaciones parecen no escuchar, cambian de un tema a otro, son incapaces de seguir las normas del juego o los detalles de las actividades. (p. 16)

1.5.2. La hiperactividad (inestabilidad motriz)

La hiperactividad es uno de los tres síntomas que caracteriza al TDAH por la inestabilidad motriz que presenta el niño. San Sebastián en el 2010, precisa que la inquietud y la dificultad para mantenerse quieto, hace que el niño se encuentre en constante movimiento. Le cuesta efectuar actividades tranquilas, aunque sean de ocio, en la etapa preescolar el diagnóstico se debe hacer minuciosamente dada la inestabilidad motriz esperada para dichas edades, pero los niños con TDAH están continuamente en movimiento, tocándolo todo y poniéndose constante peligro, son incapaces de estar sentados. Cabe mencionar que en la edad escolar se mueven continuamente, hablan excesivamente y resultan ser ruidoso incluso en las actividades que requieren tranquilidad, durante la etapa de la adolescencia y adultez los síntomas de hiperactividad son sentimientos de inquietud motora así como el problema de poder realizar actividades sedentarias.

1.5.3. La impulsividad

La impulsividad en el TDAH se manifestará con diferentes comportamientos, San Sebastián (2010), refiere:

Por la impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas, dificultad para esperar el turno o interrumpir o interferir a otros hasta el punto de tener problemas en los ámbitos escolar, social o familiar. Además de la inadecuación social, la impulsividad facilita la aparición de accidentes o la realización de actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias. El cuadro suele ser más severo en situaciones de grupo. (p. 17)

Es decir, que la impulsividad hace que el niño con TDAH muestre conductas que lo ponen en situaciones de riesgo y genera el quebrantamiento de normas sociales, por lo que no se ajusta en su medio de interacción.

1.6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH

Para dar el diagnóstico de TDAH el niño tiene que cumplir los criterios establecidos en las dos clasificaciones internacionales más reconocidas y que recogen este trastorno: CIE 10 y el DSM-V

1.6.1. Criterios diagnósticos sobre el TDAH según DSM-V

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por una o dos:

Inatención: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Se puede decir que los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años), se requiere un mínimo de cinco síntomas, con frecuencia:

- Falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (presentan dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente (parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- No sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (comienza tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades (muestra dificultad para dirigir tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (en tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (el material escolar, lápices, libros, instrumentos, billetera, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- Se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- Olvida las actividades cotidianas (realizar las tareas, diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

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

En síntesis los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad mayor y adulto (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas, con frecuencia:

- Juguetea o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

- Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (En adolescentes o adultos, puede limitarse a mostrarse inquietos.)
- Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (son incapaces de estar o se sienten incómodos estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- Habla excesivamente.
- Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- Le es difícil esperar su turno (cuando espera en una cola).
- Interrumpe o se inmiscuye con otros (se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (en casa, escuela o trabajo; con amigos o parientes; en otras actividades).

Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno

disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral

1.6.2. Criterios diagnósticos sobre el TDAH según CIE-10

F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hipercinéticos

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Los trastornos hipercinéticos (F90) son un grupo de trastornos caracterizados por:

- Comienzo temprano (por lo general durante los 5 primeros años de la vida).
- Combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.
- Falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos.
- Tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.
- Las dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.
- Descuidados e impulsivos, propensos a accidentes. Plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación.
- Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales.
- Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados.

- Frecuente presencia de un déficit cognoscitivo y retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje. Acompañan frecuentemente problemas de lectura o del aprendizaje.

Complicaciones secundarias: comportamiento disocial, antisocial **y** una baja estimación de sí mismo.

Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hipercinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hipercinético (F90.), pero no se satisface el de (trastorno disocial, F90.1).

Incluye:

- Trastorno de déficit de atención.
- Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

- Trastorno hipercinético asociado a trastorno disocial (F90.1).
- Trastorno de déficit de atención

El trastorno de déficit de atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar.

Los niños cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenese con otra

Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el coeficiente intelectual del afectado.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación como en clase o en consulta.

La CIE-10 requiere que el paciente presente al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad (6+3+1) que provoquen disfunción en al menos dos ambientes.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones.

El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

Edad adulta

También hacer el diagnóstico de trastorno hipercinético en adultos. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

- *Trastornos generalizados del desarrollo (F84.).*
- *Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0).*
- *Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).*
- *Esquizofrenia (F20.).*

1.7.TIPOS DE TDAH: CRITERIOS DSM-V

En referencia a los tipos de TDAH se encontró que según el DSM-V se presenta ciertas modificaciones en cuanto a los criterios de diagnóstico para el trastorno. En esta nueva versión, los subtipos dejan de existir, y se utilizan como presentaciones clínicas del trastorno, lo cual permite seguir separando tres tipos de presentaciones (antes subtipos) de TDAH: inatento, hiperactivo/impulsivo o combinado.

1.7.1. Tipo inatento

En la presentación inatenta se pueden apreciar características resaltantes de este tipo, Telepsicología infantil en el 2015, menciona que el tipo inatento solo presenta problemas de inatención, generalmente esta presentación se caracteriza porque los niños no prestan atención, se olvidan de lo que dicen a los minutos, les cuesta seguir instrucciones, pierden sus cosas con frecuencia, pasan por desapercibidos en aula porque no molestan y son con más frecuencia en niñas, este tipo puede estar asociado a trastornos de ansiedad. Es decir estos niños no van a presentar dificultades de hiperactividad e impulsividad ya que predominara la inatención en ellos.

1.7.2. Tipo hiperactivo/impulsivo puro

Esta presentación clínica del TDAH, muestra características resaltantes en la hiperactividad e impulsividad sin los síntomas de déficit de atención. En el 2015, Telepsicología infantil refiere que los niños con este tipo de TDAH se encuentran en constante movimiento ya que les cuesta participar en actividades

que requieran calma y paciencia, a menudo son niños que no se controlan al hablar e interrumpen las conversaciones aunque no sepan de lo que hablen, así como la dificultad para respetar turnos.

1.7.3. Tipo combinado

Con respecto a las otras presentaciones, se puede decir que este tipo se singulariza porque presenta síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Es decir, estos niños tienen dificultades de: atención, impaciencia, precipitación y constante inquietud motora, la cual, no va a permitir que se adapte adecuadamente en su medio.

1.8. TRATAMIENTO DEL TDAH

Teniendo en consideración las diferentes formas de intervención en el TDAH, se hará una breve apreciación del desarrollo de los tratamientos formulados.

1.8.1. Tratamiento psicológico

Pascual en el 2012, dice que la intervención psicológica para el TDAH se ve de diferentes técnicas multimodales que permitirán abordar en áreas específicas en el niño, así como estrategias dirigidas a sus principales educadores que permitirán desarrollar soluciones que dejen sobrellevar de manera óptima el trastorno. Es decir, que en el tratamiento psicológico atenderá diferentes métodos capaces de afrontar las distintas esferas del trastorno con el apoyo de la familia.

1.8.2. Tratamiento psicoeducativo

Los estudios llevados a cabo por Sánchez (2017), mencionan que:

Al hablar de tratamiento psicoeducativo, atenderemos a técnicas o estrategias que van a ser llevadas a cabo de manera directa con el individuo que presenta el trastorno, en los distintos contextos en los que se desenvuelve e implicando

a las personas que más se relacionan e interactúan con él (generalmente padres y profesores. (p. 123)

Es decir, el tratamiento se relacionan directamente con las áreas cognitivas y conductuales, así como en los lugares en los que se desenvuelve el niño.

1.8.3. Tratamiento psicosocial

Este tratamiento para el TDAH apunta al área socioemocional, Miranda y Soriano (2010), establecen que “los tratamientos psicosociales, el entrenamiento a padres y profesores en modificación de conducta y el entrenamiento a los niños en estrategias de autocontrol, están demostrando que pueden ser una alternativa y un complemento valioso de los psicofármacos” (p.100).

Dichos tratamientos son una alternativa que dejan trabajar distintas áreas para generar múltiples estrategias en los niños con TDAH y pueda adaptarse a las exigencias de su entorno.

1.8.4. Tratamiento farmacológico

Sánchez (2017), “se basa principalmente en la prescripción de derivados de psicoestimulantes, que actuarán sobre las vías de neurotransmisores (dopaminérgica y noradrenérgica) implicadas en el trastorno, ayudando a reducir los síntomas nucleares del mismo (inatención, hiperactividad, impulsividad)” (p.116).

2. HABILIDADES SOCIALES

En el 2011, Lacunza y Contini, quienes toman como referencia a diversos estudiosos, como Gil, León y Jarana en 1995, Kennedy en 1992, Monjas en el 2002 y Ovejero en 1998, señalan que las destrezas sociales son una parte esencial de la actividad humana ya que el discurrir de la vida está determinado, al menos parcialmente, por el rango de las habilidades sociales.

Diversos estudios señalan que las habilidades sociales inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta. Está comprobado que aquellos niños y/o adolescentes que muestran dificultades en relacionarse o en la aceptación por sus compañeros del aula, tienden a presentar problemas a largo plazo vinculados con la deserción escolar, los comportamientos violentos y las perturbaciones psicopatológicas en la vida adulta. (Lacunza y Contini, 2011, p.160).

De acuerdo a lo mencionado, los comportamientos sociales se adoptan a lo largo de la vida, su importancia radica en la interrelación con sus pares y en la asimilación de los roles y normas sociales.

2.1.ORIGEN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

El origen de las habilidades sociales, descrito y explicado desde el análisis de Caballo en el 2007, tiene una primera fase en 1949, con los estudios de Salter, denominado “Terapia de reflejos condicionados” y estuvo influenciado por la teoría de la actividad nerviosa superior de Pavlov. En 1958, el trabajo de Salter fue continuado por Wolpe, que utilizó primeramente el término “asertivo”, concepto a menudo utilizado como sinónimo de habilidad social. Luego, en los primeros años de los 70, otros autores como Eisler, Hersen, McFall y Goldstein, contribuyeron en el desarrollo del campo de las habilidades sociales elaborando programas o tratamientos dirigidos al entrenamiento efectivo como medio para disminuir el déficits en este ámbito.

Una segunda fase estuvo conformada por los trabajos realizados de Zigler en 1960 y Phillips en 1961, sobre la “competencia social”. Estos estudios con adultos institucionalizados mostraron que cuanto mayor es la previa competencia social de los pacientes internados en el hospital menor era su tasa de recaídas y su estancia en él. El nivel de la competencia social adquirida antes de la hospitalización exhibió ser mejor predictor del ajuste de la post-hospitalización que el tratamiento recibido en el hospital o el diagnóstico psiquiátrico.

Otra de las raíces históricas del movimiento tiene su origen en Inglaterra, donde se llevaron a cabo importantes investigaciones sobre los procesos básicos de la interacción social. Es así, que en Oxford se formuló un modelo de competencia social que se basó en las semejanzas encontradas entre la conducta social y la ejecución de habilidades motoras en donde se añadía la importancia de las señales no verbales.

Se puede decir, por consiguiente, que los estudios basados en las habilidades sociales han tenido un origen y énfasis diferente en los EE UU, donde se manifestaron las dos primeras fuentes y en Inglaterra; donde se dio la tercera.

2.2.CONCEPTO DE HABILIDAD SOCIAL

Dar una definición sobre las habilidades sociales resulta complejo por su carácter multidisciplinario y su correlación con otros conceptos afines. Sobre el término de habilidad social, el autor Phillips (1978) afirma:

“El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto”. (citado por Caballo, 2007, p.5)

Otro concepto para referirse a las habilidades sociales, se refiere a “Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo” (Hargie, Saunders y Dickson, 1981, citado por Caballo, 2007, p.6).

Como se observa, la primera definición hace referencia a una interrelación, con el objetivo de cubrir diversos procesos y/o necesidades intrínsecas del ser humano, sin perjudicarse a sí mismo ni perjudicar al otro. Mientras que el segundo concepto, sugiere un cúmulo de comportamientos aprendidos orientados a un fin y que dependen exclusivamente de la persona.

2.3.DIMENSIONES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Los estudios de Caballo en el 2007, explican el uso del término “habilidades” como un conjunto de capacidades y conductas que han sido aprendidas. Los modelos de personalidad implican la capacidad innata de expresar conductas eficientes en determinadas circunstancias, mientras que el modelo conductual destaca dos aspectos; el primero indica que la capacidad de respuesta debe aprenderse, y el segundo señala que esta consiste en un conjunto de capacidades específicas que pueden identificarse. Además, el uso de cualquiera habilidad está establecido por el ambiente, la persona y la interrelación de ambos.

Por lo cual, las habilidades sociales implica la especificación de las siguientes dimensiones basadas en las clases de respuesta del sujeto.

2.3.1. Dimensión conductual (tipo de habilidad)

Caballo en el 2007, toma la teoría del autor Lázarus de 1973, quien propone cuatro tipo de capacidades; decir no, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos-negativos e iniciar, mantener y terminar conversaciones.

“Estas dimensiones se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta. Los contenidos no verbales tienen tanta importancia como los verbales pues matizan el contenido, el tono con el que se remarca una frase puede cambiar su sentido” (Gismero, 1996, p.41).

2.3.2. Dimensión cognitiva (personal)

Para la teórica Gismero (1996), “Incluiría la forma de percibir cada situación de cada individuo particular, sus expectativas, sus valores, sus autoverbalizaciones, etc.” (p.42). Por lo cual, puede decirse que la dimensión personal está compuesta por todas las variables cognitivas que el individuo aprendió a lo largo de su vida y que lo establece como un ser único.

2.3.3. Dimensión situacional (contexto ambiental)

Sobre esta sección, basándose en la autora Gismero en el 1996, refiere que las diversas situaciones que puede afectar la mayor o menor facilidad de una persona en el momento de comportarse de manera socialmente habilidosa.

Mientras que en 1981, Argyle, Furnham y Graham desarrollan una teoría amplia en la que se presenta los principales elementos que se interrelacionan en las situaciones sociales, como las reglas, roles, secuencias de conducta, objetivos, conceptos y estructuras cognitivas, lenguaje, etc.

2.4. MODELOS TEÓRICOS

En el año 2007, Caballo ofrece a través de los estudios de diversos autores una explicación sobre la adquisición de las habilidades sociales.

2.4.1. Modelo de aprendizaje social

En 1963, Bandura indica que las habilidades sociales se adquieren a través de mecanismos elementales de aprendizaje, entre los que se incluyen reforzamientos positivos directos de la conducta, retroalimentación personal, experiencia de aprendizaje vicario u observacional, y desarrollo de expectativas en situaciones interpersonales. Además, argumenta que “la persona, el ambiente y la conducta constituyen una importante contribución relativa a las variables fundamentales que tienen que ser consideradas para comprender y predecir la actuación adecuada” (Bandura, 1978, citado por Caballo, 2007, p.13).

2.4.2. Modelo cognitivo o modelo de la psicología clínica

“Se define a las habilidades sociales como la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigida hacia metas interpersonales que son culturalmente aceptadas” (Ladd y Mize, 1983, citado por Zevallos y Cari, 2017, p.46).

2.4.3. Modelo de la psicología social

“En este modelo se utiliza el término “script” para referirse a un estereotipo fijado en la memoria, lo que supone roles, secuencia de acciones y resultados de ejecutar acciones de una u otra manera” (Caballo, 1993, citado por Zevallos y Cari, 2017, p.47).

2.5.COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

2.5.1. Componentes conductuales

Caballo en 1988, revisó 90 trabajos que se realizaron entre 1970 y 1986, en donde se valoraron componentes conductuales, estas aportaciones las toma en cuenta en su teoría de las habilidades sociales en el 2007, tales como

2.5.1.1.No verbales

Se considera la mirada cuando se hace contacto ocular, cuando habla el otro, durante el silencio, latencia de la respuesta, sonrisas, gestos, expresión facial, postura, cambios de postura, distancia/proximidad, expresión corporal, automanipulaciones, asentimientos con la cabeza, orientación, movimientos de las piernas y de las manos, y apariencia personal.

2.5.1.2.Paralingüísticos

En primer lugar se refiere a la voz, donde se considera el volumen, tono, claridad, velocidad, timbre, inflexión. En segundo lugar al tiempo de habla, donde se incluye la duración de la respuesta y el número de palabras dichas. En tercer lugar se encuentra las perturbaciones del habla, que abarca las pausas/silencios en la conversación, número de “muletillas” y vacilaciones. Finalmente se encuentra la fluidez del habla.

2.5.1.3.Componentes verbales

Estos se dividen en primer lugar en contenidos generales como peticiones de nueva conducta, contenido de anuencia y alabanza, preguntas con final abierto y cerrado, contenido de aprecio, autorevelación, refuerzos verbales, contenido de rechazo, atención personal, humor, verbalizaciones positivas, variedad de los temas, contenido de acuerdo, contenido de enfrentamiento, manifestaciones empáticas, formalidad, generalidad, claridad, ofrecimiento de alternativas, peticiones para compartir la actividad, expresiones en primera persona, razones y explicaciones. En segundo lugar se encuentra el iniciar la conversación y en tercer lugar se halla la retroalimentación.

2.5.1.4.Componentes mixtos más generales

Se toma en cuenta al afecto, conducta positiva espontánea, escoger el momento apropiado, tomar la palabra, ceder la palabra, conversación en general y saber escuchar.

La gran mayoría de las investigaciones ha seleccionado los componentes conductuales de las habilidades sociales basándose en la especulación intuitiva en lugar de una relación empíricamente demostrada entre esas conductas y los juicios externos sobre la habilidad.

2.5.2. Componentes cognitivos

En el 2007, Caballo realiza un revisión de las investigaciones y aportes de diversos autores, donde resalta la importancia de conocer de qué manera el sujeto selecciona las situaciones, los estímulos y sucesos, además de entender el desarrollo de la percepción, construcción y evaluación de sus procesos cognitivos, lo que hace que las experiencias y el contexto percibidos y evaluados por el individuo sean cruciales en el análisis e investigación. Estos componentes, basados en Knapp en 1984 se desarrollan a continuación:

2.5.2.1. Percepciones sobre ambientes de comunicación

- Formalidad; mientras mayor sea la formalidad, mayor es la probabilidad de que la comunicación pierda libertad y profundidad.
- Ambiente cálido; si la calidez se percibe en aumento, será factible encontrar patrones de comunicaciones personales, espontáneas y eficaces.
- Ambiente privado; los lugares que se perciben como privados contribuyen cercanías en el proceso del habla, además de mayor profundidad, amplitud de los temas de comunicación, así como flexibilidad y espontaneidad.
- Familiaridad; los ambientes familiares, si bien se perciben como formales y públicos, permiten una mayor flexibilidad para comunicarse a diferencia de los ambientes desconocidos, aunque se perciban como informales y privados.
- Restricción, la intensidad con la que se percibe la restricción de un ambiente se relaciona directamente con el espacio disponible y con el grado en que ese espacio es privado.
- Distancia, la percepción de la distancia se sustenta en la proximidad física y psicológica, fundamentada frecuentemente en la visibilidad o el contacto ocular.

2.5.2.2. Variables cognitivas del individuo

La asignación de estas variables se realizó tomando en consideración las ideas expuestas por Mischel (1973, 1981), quien afirma:

Esta variable de la persona se basa en la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa y para crear pensamientos y acciones (como en la solución de problemas), en vez de referirse a un almacenamiento de cogniciones y respuestas estáticas que se “tienen” en un almacén mecánico. (citado por Caballo 2007, p.87)

Resulta de interés evaluar la calidad y rango de los constructos cognitivos y de las conductas capaces de realizar por el individuo a través del conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, de las costumbres sociales, de las diferentes señales de respuesta, saber ponerse en el lugar de la otra persona y la capacidad de solución de problemas.

2.5.3. Componentes fisiológicos

Son pocos los estudios que han utilizado las variables fisiológicas tomando en consideración los innumerables estudios sobre las habilidades sociales, es así que en 1988, Caballo halló 18 artículos que indicaron el uso de algún elemento fisiológico, dentro de los cuales se encontró lo siguiente:

2.5.3.1.Tasa cardiaca

Considerada como la principal variable fisiológica, con frecuencia se ha medido a través del pulso, mediante la detección indirecta de los cambios de volumen que tiene cada latido del corazón.

2.5.3.2.Presión sanguínea

“Este elemento fisiológico puede ser de interés para investigar algunas hipótesis que señalan a los hipertensos como menos asertivos” (Keane, 1982, citado por Caballo, 2007, p.95). Y se mide a través de la utilización del esfigmomanómetro, instrumento empleado para medir la tensión arterial.

2.5.3.3.Flujo sanguíneo

Dayton y Mikulas en 1981, así como Hersen, Bellack y Turner en 1978, tomados en cuenta por Caballo, encontraron en sus estudios, que la medición del flujo sanguíneo representa la circulación de la sangre a través de un determinado tejido, y que la circulación se produce por las contracciones del corazón.

2.5.3.4. Respuesta electromiográfica

“Es el registro obtenido de la actividad eléctrica asociada que precede a la actividad muscular El registro de esta respuesta en el músculo frontal podría darnos una idea de la relajación/activación de un sujeto” (Dayton y Mikulas, 1981, citado por Caballo 2007, p. 95).

2.5.3.5. Respuestas electrodermales

Se refleja mediante la actividad de las glándulas sudoríparas, es así que Carrobles (1986) afirma:

De las posibles medidas de las respuestas electrodermales, la que parece más adecuada para la investigación dentro del campo de las habilidades sociales es la conductancia de la piel, teniendo en cuenta que esta es un método de medida mejor que la resistencia y que se puede obtener exosomáticamente. (citado por Caballo, 2007, p.95)

2.5.3.6. Respiración

“La función respiratoria está controlada por el sistema nervioso central a través de la médula y de núcleos del tronco del encéfalo, siendo igualmente alterada por los estados emocionales” (Carrobles, 1986, citado por Caballo, 2007, p.96).

2.5.4. Integración de las tres clases de componentes

En la época de los años 80, el análisis realizado en cuanto a las situaciones empezó a cobrar importancia en lo referente a las habilidades sociales, específicamente con el apogeo del “interaccionismo” con el estudio de la personalidad y el estudio sistemático de las situaciones sociales.

2.6.TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Son pocos los constructos que pertenecen al campo de la terapia de la conducta y que a su vez cuentan con diversos procedimientos para su evaluación, como son las habilidades sociales, es por ello, que el año 2007, Caballo señala que existen cuatro fases en lo que respecta a las técnicas de medición: antes, durante y después del tratamiento y, durante el periodo de seguimiento.

Gismero (1996) señala que “en el contexto de la evaluación conductual, para el tratamiento particular se requiere llevar a cabo el análisis funcional de la conducta” (p.53).

La utilización de cuestionarios, inventarios o escalas, pueden ser de gran apoyo en diversas áreas como en la investigación y la práctica clínica. Dentro de las cuales se encuentran: “La entrevista conductual, la hetero-evaluación (evaluación del sujeto por parte de otras personas conocidas, compañeros, etc.), autoobservación con autorregistros y la observación en ambiente natural o en situaciones de rol-play” (Gismero, 1996, p.54).

3. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Dentro de ámbito del entrenamiento de las habilidades sociales, se puede encontrar desde el punto de vista de Caballo, las técnicas más “potentes” y las que usualmente se utilizan para tratar los problemas psicológicos, incrementar la efectividad interpersonal y mejorar la calidad de vida.

3.1.DEFINICIÓN DEL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES

Así como actualmente no se encuentra una definición que se haya aprobado unánimemente al referirse a las habilidades sociales, tampoco hay una para determinar el entrenamiento de las mismas. Calleja en 1994, menciona que sí se puede afirmar que tiene su origen en la Terapia de la Conducta y evoluciona con ella desde una propuesta puramente conductual hacia los planteamientos cognitivo-conductuales que se conoce en la actualidad.

Por lo cual, el entrenamiento de las habilidades sociales “se compone de una combinación de procedimientos conductuales, para unos o de cualquier procedimiento, para otros, dirigidos a incrementar la capacidad del individuo para implicarse en las relaciones interpersonales de una manera socialmente apropiada” (Caballo, 2007, p.181).

Por tanto, implica que la persona, como menciona Caballo en el 2005:

- Adquiera y llegue a dominar conductas de interacción en la secuencia correcta
- Analice objetivamente su situación real
- Reproduzca habilidades sociales adecuadamente en su cotidianidad

3.2. VENTAJAS DEL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Caballo en el 2007 toma los estudios de los investigadores Gil y García en el año 2000, quienes concluyen que las principales ventajas del entrenamiento de las habilidades sociales en relación a otros procedimientos convencionales orientados a la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades son las siguientes:

- Resultan familiares a los sujetos, al seguir los mismos principios de aprendizaje que para la adquisición de cualquier otra competencia, en contextos naturales y al emplearse técnicas simples
- Duración considerablemente breve
- Terminología simple, sencilla y accesible para las personas no especializadas
- Gran flexibilidad y versatilidad para adaptarlos a las diferentes necesidades y grupos de personas
- Formación de entrenadores es breve y sencilla
- Resultados más positivos desde el inicio

- Estructura clara, pasos sistematizados y estructurados anticipadamente que facilita su aplicación

3.3.TÉCNICAS A DESARROLLAR EN UN ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Las técnicas que permiten un entrenamiento de las habilidades sociales van desde la imitación hasta las técnicas cognitivas.

3.3.1. Modelado

La técnica del modelado o imitación, según Saldaña (2017), busca:

Desarrollar nuevas competencias para manejar diversas situaciones a través de la observación de los comportamientos de los que lo rodean. Sin embargo, este aprendizaje depende mucho de la cantidad de oportunidades de observación de modelos que se logre tener. Los modelos mostrados deben representar una amplia variedad de comportamientos, para que, de ese modo, se pueda reflexionar acerca de la variedad de respuestas ante un comportamiento. (p.15)

Además, es importante no interpretar la conducta modelada como la única manera correcta de actuar, sino como un modo de enfocar una situación particular.

3.3.2. Ensayo conductual o role-playing

Se refiere a una situación en la que a una persona se le solicita que actúe de determinada forma, generalmente representando un papel que no es el suyo, y, si éste es el caso, en un lugar distinto al habitual. A través de esta técnica se busca que el sujeto posea la oportunidad de practicar y ensayar aquellos comportamientos apropiados, hasta que puedan ejecutarse adecuadamente.

Es a través de esta técnica que el sujeto aprende nuevas conductas, modifica o refuerza otras. La nueva conducta será practicada bajo la supervisión del experto hasta que el sujeto la interiorice o se apropie de ella, logrando, de esta manera, poder hacer frente exitosamente a situaciones problemáticas. (Saldaña, 2017, p.17)

3.3.3. Retroalimentación

Busca ofrecer al individuo toda la información positiva y necesaria respecto a un comportamiento de la conducta, con la finalidad de que pueda mejorarlala. Wilkinson y Carter (1982) señalan que:

Para que el feed-back sea objetivo este debe: precisar la conducta que se va a retroalimentar, enfocarse en la conducta, ser detallada, explícita y específica, ser brindada a máximo tres conductas, proporcionarse directamente a la persona, enfocarse en lo positivo con recomendaciones para la mejora y cambio; y, por último, adecuarse al contexto de los actores. (citado por Saldaña, 2017, p.17)

3.3.4. Refuerzo

Esta técnica se caracteriza generalmente por la utilización de alabanzas, frases de reconocimiento y aprobación de las conductas del sujeto, estos se dan con la finalidad de aumentar la frecuencia de una determinada conducta. Según Ribes (2011), las recompensas pueden ser:

Comentarios positivos, privilegios especiales o, incluso, regalos. Es importante que las recompensas sean inmediatas a la aparición de la conducta esperada. A esta acción se le conoce como reforzamiento inmediato, el cual va disminuyendo a medida que se afiance la conducta esperada. Por el contrario, el reforzamiento continuado es el que utiliza las recompensas cada vez que se requiere de la aparición de la conducta. (citado por Saldaña, 2017, p.16)

3.3.5. Estrategias de generalización y técnicas complementarias

Se definiría como la “capacidad de incrementar la eficacia en la aplicación de la habilidades sociales, fuera del marco de enseñanza” (Ribes, 2011, citado por Saldaña, 2017, p.17). Es decir, se busca es que individuo pueda reproducir las habilidades sociales en su vida cotidiana.

En otras palabras, puede decirse que los objetivos pretendidos con las estrategias de generalización y técnicas complementarias desde el estudio de León en 1998, se resumiría de la siguiente manera:

- Transferir lo aprendido a otros escenarios del sujeto
- Manifestar el comportamiento en situaciones diferentes a las ensayadas
- Mantener en el tiempo la conducta que se aprendió
- Manifestar comportamientos similares o que se relacionen a los aprendidos
- Manifestar el comportamiento ante personas diferentes a aquellas con las que se ensayó
- Desarrollar capacidades cognitivas que permitan analizar de forma adecuada los contextos reales con la finalidad de poder adaptar las conductas a las mismas

3.3.6. Estrategias aplicadas en ambiente real o “tareas para casa”

Consisten en realizar en la vida real alguna actividad similar a la que se ejecuta en los entrenamientos. La principal ventaja es que el sujeto siga practicando las conductas adaptándolas a las situaciones en las que desenvuelve.

3.3.7. Autoobservaciones

Según Caballo en el 2005, se refiere a atender de manera intencionada a la emisión de la propia conducta y registrarla a través de un método que se ha establecido previamente.

3.3.8. La reestructuración cognitiva

Técnica que consiste en intentar detectar y modificar creencias, cogniciones o pensamientos y/o actitudes negativas del sujeto, con la finalidad de atacar y reducir aquellos factores que se encuentran en el propio sujeto y que impiden el desarrollo de las habilidades sociales de modo competente. Es así, que “busca ayudar a las personas que requieren cambiar sus creencias absurdas o irrazonables y su visión social inapropiada, para que después puedan ellas aprender y desarrollar las habilidades sociales de manera óptima” (Saldaña, 2017, p.19)

3.3.9. El entrenamiento en solución de problemas

Se busca que el sujeto aprenda a percibir y definir adecuadamente los elementos que conforman la situación importante o problemática, además de generar respuestas eficaces y que sean alternativas al problema, dentro de las cuales, se elegirá la que mejor se acomode a las condiciones del sujeto, evaluando beneficios y costos. De acuerdo a Saldaña (2017):

El objetivo de esta técnica es modificar la manera negativa o poco apropiada en la cual los sujetos afrontan situaciones conflictivas. Uno de los recursos que se pueden utilizar son los conflictos que se presentan con mayor frecuencia en el aula, no obstante, debemos señalar que estos también sirven como enseñanza. (p.19)

3.4.FORMATO GRUPAL DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

En la actualidad existen diversas opiniones entre los especialistas sobre si los participantes de un grupo de entrenamiento de habilidades sociales deberían ser de la misma edad, coeficiente intelectual, diagnóstico, grupo social y tipo de dificultades parecido, o si resultaría conveniente mezclar diferentes clases de pacientes en un grupo. Wilkinson y Cante (1982), afirman:

No existen reglas a este respecto. Los pacientes con ciertas características en común podían pensar que los otros miembros del grupo tienen una mejor comprensión de sus dificultades y pueden proporcionarles un mayor apoyo. Sin embargo, cierta mezcla ofrece una variedad de modelos para la representación de papeles y un mayor rango de retroalimentación. (citado por Caballo, 2007, p.211)

Las ventajas del entrenamiento de las habilidades sociales en grupo pueden resumirse en los aportes de los autores Lange y Jakubowski en 1976, quienes señalan que hay cuatro tipos básicos de grupos:

- Orientados hacia los ejercicios, en donde los miembros participan inicialmente en una serie establecida de ejercicios de representación de papeles y, en las posteriores sesiones, dichos miembros producen sus propias situaciones de ensayo de conducta.
- Orientados hacia los temas, en donde cada sesión se dirige a un tema seleccionado y se emplea para ello el ensayo de conducta
- Semiestructurados, utilizan algunos ejercicios de representación de papeles juntamente con procedimientos terapéuticos
- No estructurados, en donde los ejercicios de representación de papeles están basados enteramente en las necesidades de todos los que participan

Para finalizar, se puede concluir que los participantes de un determinado grupo pueden obtener una mejor comprensión de las personas que provienen de un contexto más amplio.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO, DISEÑO Y MÉTODO

En el presente trabajo, el tipo de investigación es cuantitativa, el diseño cuasiexperimental, de tipo pre y post test sin grupo control. Es decir, los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surge y la manera cómo se formaron es independiente o aparte del experimento). (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. SUJETOS

En la presente investigación, la selección de la muestra fue “no probabilística”, siendo definido por Hernández, Fernández y Baptista (2010), como la elección de los elementos que no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra”.

Cuadro N° 2
Clasificación según EDAH

Tipo	Muestra	Porcentaje	Grado Escolar	Riesgo	Nº de sujetos	Género
Combinado (Hiperactividad-Déficit de Atención)	10	100%	3º	Elevado	1	Masculino
			4º	Elevado	2	Masculino
				Moderado	2	Femenino
			5º	Elevado	2	Masculino
				Moderado	3	Femenino
				Elevado	2	Masculino
				Moderado	3	Masculino
				Elevado	2	Masculino
				Moderado	3	Masculino
				Elevado	2	Masculino

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

1. Previo a seleccionar los participantes de la presente investigación se aplicó el cuestionario EDAH para determinar los posibles indicadores de la presencia del trastorno.
2. Participantes que presenten indicadores de la presentación clínica “Combinada” del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, según la clasificación del DSM V.
3. Niños que hayan sido derivados por el servicio de neuropediatria y el departamento de psicología.
4. Los niños deben haber participado previamente de talleres de atención y concentración para facilitar el aprendizaje de los contenidos del programa.
5. La edad de los sujetos fluctúan entre los 8 y 11 años de edad cronológica, ya que a partir de los 12 años recién se podría hablar del trastorno en sí, en relación al DSM V.

6. Los resultados del pre-test de habilidades sociales deben indicar puntuaciones bajas.
7. Los participantes no deben presentar problemas de lectoescritura.
8. Previamente todos los participantes deben haber realizado actividades físicas programadas por el departamento de psicología.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con otros tipos de trastornos o alteraciones (discapacidad intelectual, trastornos de aprendizaje y otros SEGUN DSM V).
2. Asistencia irregular al programa.
3. Que su estado físico o mental no permita la comunicación o interacción con el proceso del programa.
4. Problemas relacionados a daños neurológicos.
5. Participación actual en psicoterapias privadas (no pertenecientes a ESSALUD).

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

3.1.FICHA TÉCNICA

3.1.1. Título: “Listado de evaluación de habilidades sociales para niños escolares de 8 a 11 años”.

3.1.2. Autores:

Lic. Rita Marion Uribe Obando

Dr. Manuel Eduardo Escalante Palomino

Ps. Walter Javier Velásquez Rosales

Lic. Jannet Ricardi Alva

Lic. Gloria Leguía Valentín

Lic. Esmeralda Cortés Vásquez

3.1.3. Administración: Individual y colectiva

3.1.4. Duración: Variable, aproximadamente 10 a 15 minutos.

3.1.5. Aplicación: Niños de 8 a 11 años.

3.1.6. Descripción del instrumento:

La escala no se concibe como una prueba de rendimiento por lo que conviene motivar a los niños explicando que se trata de un conjunto de situaciones ante las que cada uno actúa o se siente de distinta forma.

El Listado de evaluación de Habilidades Sociales para niños escolares de 8 a 11 años, está compuesto por 40 ítems, los cuales están divididos en cinco sub-escalas.

Con respecto al formato de respuesta, se adoptan cinco alternativas:

1. NUNCA LO HAGO
2. CASI NUNCA LO HAGO
3. A VECES LO HAGO
4. CASI SIEMPRE LO HAGO
5. SIEMPRE LO HAGO

Ante una conducta redactada de manera positiva hacia las HH.SS., el sistema de puntuación va a conceder los siguientes puntajes: A=1, B=2, C=3, D=4 y E=5.

De tal manera que la puntuación de las sub-escalas sería I/50, II/40, III/50, IV/40, V/20 y el puntaje global de 200 puntos.

A mayor puntuación global el sujeto expresa mayor nivel de HH.SS. y capacidad de aserción en distintos contextos. La respuesta a los elementos de una misma sub-escala está en una misma columna, y por tanto solo es necesario sumar los puntos conseguidos y anotar la Puntuación Directa (PD) y el puntaje global (PG) es el resultado de sumar las PD de las sub-escalas.

3.1.7. Validez y Confiabilidad

La validez de contenido del LISTADO DE EVALUACION DE HH.SS. para niños escolares de 8 a 11 años, constituye un respaldo del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, los autores evaluaron en forma independiente la importancia de cada ítem.

La confiabilidad fue valorada a través de la estimación del coeficiente Alfa de Crombach, sobre la base de la varianza de los ítems del Listado de Evaluación de Habilidades Sociales para niños escolares de 8 a 11 años, aplicado a una muestra de 58 sujetos de las Instituciones Educativas

Nacionales Guillermo Mercado Barroso y Mario Vargas Llosa, matriculados en el quinto de primaria del años 2010.

De acuerdo a los resultados obtenidos para 40 ítems y una N de 200, el coeficiente Alfa de Crombach fue de 0.70, lo que indica la alta consistencia interna del instrumento.

3.1.8. Sub-escalas:

Habilidades relacionadas a la Comunicación

Habilidades relacionadas a los Sentimientos

Habilidades relacionadas a la Agresión

Habilidades para el manejo de Estrés

Habilidades relacionadas al derecho y obligaciones de los niños y niñas.

3.2.FICHA TÉCNICA

3.2.1. Título: “Manual de Habilidades Sociales para niños de 8 a 11 años”.

3.2.2. Autores y colaboradores:

Lic. Rita Marion Uribe Obando

Dr. Manuel Eduardo Escalante Palomino

Ps. Walter Javier Velásquez Rosales

Lic. Jannet Ricardi Alva

Lic. Gloria Leguía Valentín

Lic. Esmeralda Cortés Vásquez

3.2.3. Administración: Colectiva

3.2.4. Duración: Está conformado por 21 sesiones, las cuales están distribuidas en 5 módulos, estos a su vez contienen de 2 a 5 sesiones cada uno, con una duración aproximada de 45 a 50 minutos.

3.2.5. Aplicación: Niños de 8 a 11 años.

3.2.6. Descripción del instrumento: Se diseñó un programa educativo orientado al reforzamiento de las habilidades sociales necesarias para la interrelación personal dentro de su entorno; es decir, familia, amigos, colegio y sociedad, las cuales le permitan desenvolverse adecuadamente.

3.2.7. Metodología:

- a. En cada una de las sesiones se precisa el desarrollo y el uso de las técnicas que se usarán.

- b. En algunos casos, al inicio de las sesiones no se informará a los participantes el tema central o título de la sesión, con el objetivo de que ellos pueden identificarlo por sí mismos y así reforzar el aprendizaje de la sesión.
- c. Estructura de las sesiones
 - Tema
 - Número de la sesión
 - Objetivo de la sesión
 - Materiales
 - Desarrollo
 - Tiempo de duración
 - Recreando lo aprendido

4. PROCEDIMIENTO

Para la selección de la muestra se consideró los casos derivados por el departamento de psicología del Policlínico Metropolitano de la Red Asistencial de Arequipa EsSalud oscilando sus edades de 8 a 11 años, los cuales presentaron indicadores del trastorno de déficit de atención con hiperactividad con presentación combinada y para corroborar estos datos en relación con cada niño, se utilizó la Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH), el cual permitió realizar el filtraje de la muestra.

A continuación, mediante un pre-test se determinó el nivel de habilidades sociales de los participantes.

Cabe señalar que el número de sesiones del programa original eran 21; pero, tomando en consideración la condición clínica de la muestra, se dispuso la ampliación de las sesiones a 28, reduciendo la duración de cada sesión (35 a 40

minutos), en comparación al programa en el que se basó la presente investigación (45 a 50 minutos).

Las sesiones se llevaron a cabo 2 veces por semana, durando en total 3 meses y 2 semanas. Se realizaron en el auditorio del segundo piso del policlínico, este contaba con iluminación y ventilación adecuada, sin elementos distractores, era un ambiente amplio, el cual permitía que los participantes contaran con espacios personales cómodos; además, facilitó el desarrollo de las dinámicas y actividades recreativas de los talleres.

Cada sesión estuvo conformada por: módulos (donde se mencionaban el grupo de sub-escalas trabajadas), número y nombre de la sesión, objetivo, materiales necesarios para la ejecución de la misma, desarrollo, tiempo y finalizaba con “recreando lo aprendido” (realización de diversas actividades fuera del programa).

Para participar en el programa (PHASO), todos los niños debieron regular su atención y concentración por medio de talleres que trabajasen directamente esta área, ya que de no ser así, obstaculizaría el aprendizaje de las sesiones.

Antes de iniciar cada sesión, los niños realizaban actividades físicas (baile, “Tae Kwon Do”, juegos dirigidos, etc), estos estaban programados y regulados por el departamento de psicología, con la finalidad de reducir el exceso de energía.

Mientras se desarrollaba el PHASO; en otro ambiente, los padres recibían charlas informativas sobre los contenidos de cada sesión que se llevaba a cabo, puesto que al término de las mismas se dejaban diversas actividades para que pudieran recrear lo aprendido, siendo los padres reforzadores de dichas tareas.

Luego de aplicarse el programa, se tomó un pos-test para comprobar la eficacia del mismo.

Posteriormente, se realizó el procesamiento de toda la información con una base de la muestra, sacando estadística comparativa, conforme a los objetivos planteados en la investigación.

Para ver los efectos producidos por el programa, se comparó las diferencias en el pre-test y pos-test, se tomó en cuenta los resultados que se obtuvieron a través de la T de Student, dándose lugar, a la discusión, conclusiones y sugerencias.

Finalmente, se elaboró el presente informe de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentará los resultados luego de aplicar el programa de habilidades sociales (PHASO), ello se mostrará en un orden para su mejor comprensión.

Se debe tener presente que para la prueba de hipótesis se recurrió a la prueba estadística de T de Student para muestras relacionadas, con la finalidad de establecer las diferencias en el pre y post test.

Tabla 1
Sub-escalas de las habilidades sociales antes y después de aplicado el PHASO

Niveles	Sub-escalas		Comunicación		Sentimientos		Agresión		Manejo Estrés		Derecho y Obligaciones	
			Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Muy Bajo	5	50	0	0	0	0	0	0	3	30	0	0
Bajo	5	50	5	50	7	70	4	40	6	60	5	50
Regular	0	0	5	50	3	30	6	60	1	10	5	50
Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	10	10	10	100	10	10	10	100	10	100	10	100
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sobre los puntajes obtenidos en las sub-escalas antes y después de aplicado el PHASO; en comunicación, se puede observar que el 50%(5) de los evaluados está en un nivel “muy bajo” y el otro 50% (5) de los evaluados están en un nivel “bajo” antes de la aplicación del Programa. Mientras que el 50%(5) está en un nivel “regular” y el otro 50%(5) está en un nivel “bajo” después de la aplicación del programa.

En lo que respecta a la sub-escala de sentimientos, se puede apreciar que el 70%(7) de los participantes está en un nivel “bajo” y el otro 30%(3) de los evaluados están en un nivel “regular” antes de la aplicación del programa. Mientras que el 40%(4) está en un nivel “bajo” y el otro 60%(6) está en un nivel regular después del programa.

Con respecto a los puntajes de la sub-escala de agresión, antes y después de aplicado el programa de habilidades sociales se puede observar que el 60%(6) de los evaluados está en un nivel “bajo”, por otro lado el 30%(3) de los evaluados están en un nivel “muy bajo” y el 10% (1) están en un nivel “regular” antes de la aplicación del programa. Mientras que el 50%(5) está en un nivel bajo y el otro 50%(5) está en un nivel regular después de la aplicación del programa.

Del otro lado, los puntajes de manejo de estrés, antes y después de aplicado el programa de habilidades sociales se puede observar que el 30% (3) de los evaluados está en un

nivel “muy bajo”, por otro lado el 70%(7) de los evaluados están en un nivel “bajo” antes de la aplicación del programa. Estos niveles cambian luego de aplicar el programa, puesto que el 50%(5) está en un nivel “bajo”, por otro lado el 40%(4) se ubica en el nivel “regular” y solo el 10%(1) está en un nivel “muy bajo”.

Sobre los puntajes de derechos y obligaciones, antes y después de aplicado el PHASO se puede observar que el 50%(5) de los evaluados está en un nivel “bajo”, por otro lado el 10%(1) de los evaluados están en un nivel “muy bajo” antes de la aplicación del Programa y el 40 % “regular”. Sin embargo sólo el 10%(1) están en un nivel “bajo”, mientras que el 50%(5) está en un nivel regular, por último el 40%(4) están en un nivel “alto” después de la aplicación del programa.

Como se puede observar, en cuanto a los sub-escalas de las Habilidades Sociales, en todos ellos existe una mejora de los participantes de sus habilidades sociales, luego de participar del PHASO.

Tabla 2
Habilidades sociales antes y después de aplicado el PHASO

	Habilidades Sociales			
	PRE TEST		POST TEST	
	F.	%	F.	%
Muy Bajo	1	10	0	0
Bajo	8	80	3	30
Regular	1	10	7	70
Alto	0	0	0	0
Muy Alto	0	0	0	0
Total	10	100,0	10	100

Con relación a los puntajes de las habilidades sociales, antes y después de aplicado el PHASO se puede observar que el 80%(8) de los evaluados está en un nivel “bajo”; por otro lado, el 10%(1) de los evaluados están en un nivel “muy bajo” y otro 10% (1) está en nivel “regular” antes de la aplicación del programa. Sin embargo, los resultados muestran una mejora luego de que los participantes son expuestos al programa, puesto que el 70%(7) está en un nivel “regular”, por otro lado el 30%(3). Lo resultados hacen comprender que existe una mejora en cuanto a las habilidades sociales de los sujetos participantes del PHASO.

Tabla 3
Efectividad del PHASO en las sub-escalas de las habilidades sociales
(Prueba t de Student)

Shapiro-Wilk			Prueba de t para muestras relacionadas										
Estadís tico	gl.	Sig	Diferencias					Media	D.E	T	Gl	Sig.	
			relacionadas										
Prestest													
Comunicación	,908	10	,270	Pretest-Post					-9,500	5,104	-5,885	9	,000
Postest				Comunicación									
Comunicación	,951	10	,679										
Pretest													
Sentimiento	,923	10	,381	Pretest-Post					2,98	-	9	,02	
Postest				Sentimiento					-2,600	9	2,751	9	2
Sentimiento	,907	10	,263										
Pretest													
Agresión	,987	1	,99	Pretest-Post					4,05	-	9	,00	
Postest		0	3	Agresión					-6,800	0	5,310	9	0
Agresión	,890	1	,17										
Pretest													
Manejo de				Pretest-Post					2,20	-	9	,00	
estrés	,890	0	1	Manejo					-3,800	1	5,460	9	0
Postest				Estrés									
Manejo de				Estrés									
estrés	,873	1	,10										
Pretest													
Derechos Obl.				Pretest-Post					-				
	,965	0	1	Derechos									
Postest				Obl.					-4,700	,949	15,66	9	,00
Derechos Obl.				Obl.									
	,933	0	1										

Se describe que luego de haber aplicado el programa (Prestest-postest) en el grupo experimental, se recurrió a la prueba estadística paramétrica del t de Student para muestras relacionadas, con la finalidad de establecer diferencias y verificar la efectividad del programa; se tuvo en cuenta que las puntuaciones obtenidas por los

participantes poseen una distribución normal, y que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0.05.

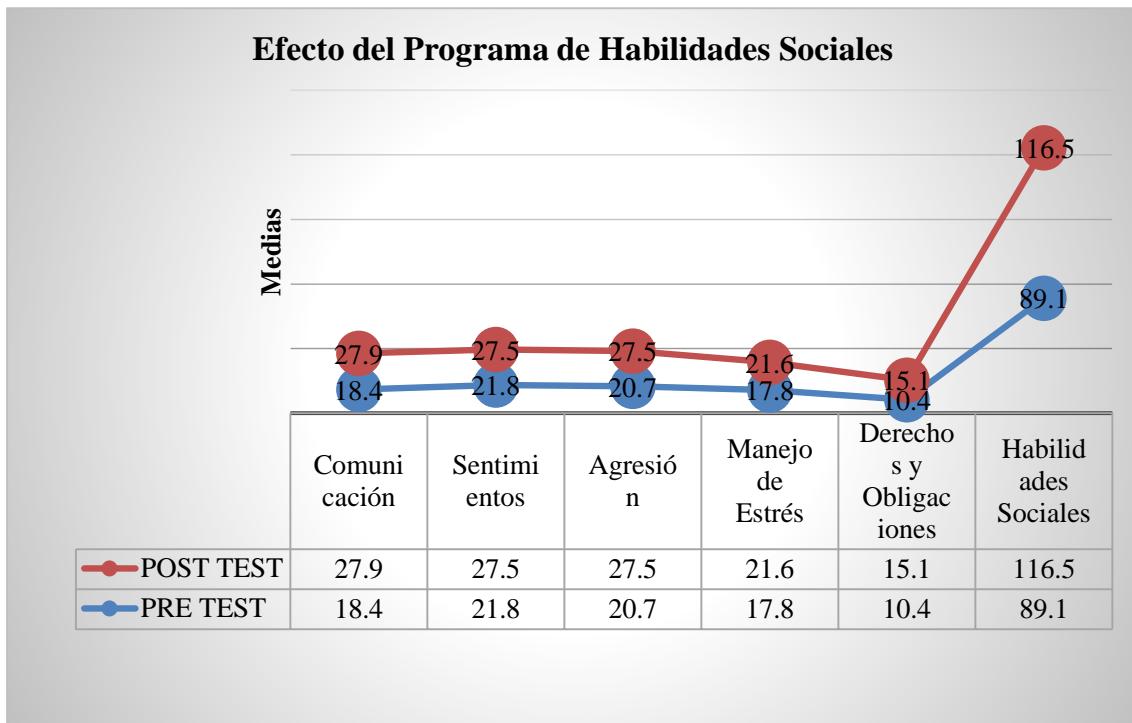
Se observa que en todas las sub-escalas (Comunicación $t = -5,885$ con 9 gl, y $p = 0,000$; Sentimiento $t = -2,751$ con 9 gl, y $p = 0,022$; Agresión $t = -5,310$ con 9 gl, y $p = 0,000$; Manejo de estrés $t = -5,460$, con 9 gl y $p = 0,000$ y Derechos y obligaciones $t = -15,667$ con 9 gl, y $p = 0,000$), los niveles de significancia calculados están muy por debajo del nivel crítico ($< 0,05$ ó el 5% de nivel de error aceptado), entonces se acepta las hipótesis alternas planteadas, las cuales indican que existen diferencias significativas entre el postest y pretest en el grupo experimental en todas las sub-escalas. Ello se debe a que los sujetos del grupo experimental han participado del PHASO, por lo que el programa hizo efecto al mejorar en todos las sub-escalas de las habilidades sociales en los sujetos participantes.

Tabla 4
Efectividad del PHASO
(Prueba t de Student)

	Shapiro-Wilk			Prueba de t para muestras relacionadas				
	Estadísti co	gl.	Sig	Diferencias relacionadas				
				Media	D.E	T	Gl	Sig.
Prestest								
Habilidades Sociales	,916	10	,328	Pretest-Post				
Postet				Habilidades Sociales	-27,400	7,306	-	
Habilidades Sociales	,943	10	,583			11,860	9	,000

Se infiere que después de haber aplicado el PHASO (Prestest-postest) en el grupo experimental, para las habilidades sociales de manera general, se tiene en cuenta que existe una distribución normal y que se asignó un nivel de significancia (alfa) del $5\% = 0.05$. Se observa que el valor de T calculado es de -11,860 con 9 gl (grados de libertad) y el nivel de significancia es de 0,000, este valor hallado está muy por debajo del nivel crítico, entonces se acepta la hipótesis alterna el cual indica que existen diferencias significativas entre el postest y prestest en el grupo experimental. Ello se debe a que los sujetos del grupo experimental han participado del PHASO.

Gráfico 1
Efectividad del Programa de habilidades sociales



Con respecto a la efectividad del PHASO, se puede observar aumentos significativos después de aplicado el programa. En las sub-escala de comunicación el pre test puntuó una media de 18,4 y en el post test la media es de 27,9. En la sub-escala de sentimientos el pre test puntuó una media de 21,8 y el post test puntuó una media de 27,5. Con relación a la sub-escala de agresión el pre test puntuó una media de 20,7 y en el post una media de 27,5. Con respecto a la sub-escala de manejo de estrés, los evaluados puntuán en el pre test una media de 17,8 mientras que en el post test obtienen una media de 21,6. Mientras que para la sub-escala de derechos y obligaciones, se puntuó una media de 89,1 en el pre test y 15,1 en el post test. Y sobre las habilidades sociales; en general, en el pre test los evaluados obtienen un puntaje con una media de 89,1 mientras que en el post test la media es de 116,5.

De acuerdo a lo descrito anteriormente los puntajes de los niños aumentaron de forma significativa una vez aplicado el programa.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación que se ha presentado a través de los capítulos anteriores, tuvo el objetivo principal de demostrar la efectividad del programa de habilidades sociales (PHASO), dirigido a niños de 8 a 11 años que presentaron indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada. Mediante la aplicación del Listado de Evaluación de Habilidades Sociales se pudo conocer que los niveles iniciales de habilidades sociales eran bajos, es decir; los niños presentaron dificultades en las sub-escalas relacionadas a la comunicación, sentimientos, agresión, manejo de estrés, así como deberes y derechos.

El PHASO resultó ser efectivo en las sub-escalas mencionadas, puesto que los niños mostraron mejoras significativas después de llevar a cabo las sesiones específicas de intervención del programa; ya que antes de ser sometidos, los participantes presentaron una media de 89.1, logrando elevarse a 116.5. La sub-escala de habilidades relacionadas al manejo de estrés, a pesar de no mostrar diferencias significativas en los resultados

finales, estos si mejoraron su puntuación una vez llevado a cabo el programa. En este caso, el PHASO mejoró las habilidades sociales de los sujetos, para promover conductas deseables; tales como la socialización, la mejora de comunicación, toma efectiva de decisiones y solución de conflictos, los cuales van a permitir afrontar situaciones cotidianas óptimamente.

Hasta el momento, el interés de los investigadores se ha centrado especialmente en los aspectos cognitivos del trastorno, dejando en un segundo plano el deterioro de otros aspectos clave del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones sociales o la competencia emocional. Por lo que, cada vez son más los estudios que apuntan a la presencia de una alteración de las relaciones sociales y de la regulación emocional en niños con TDAH. Cabe resaltar que; diversos estudios señalan que las habilidades sociales inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta (Lacunza y Contini, 2011, citado por Caballo, 2007). Teniendo en cuenta que las relaciones sociales son un buen factor predictivo del desarrollo de la personalidad y de la salud mental, su afectación merece un estudio más profundo con vistas a tenerlas presentes en los ámbitos diagnósticos, terapéuticos y educativos (Albert et al., 2008).

En concordancia con esta investigación, estudios similares aunque con diferentes variables e instrumentos, obtuvieron ganancias significativas luego de participar de diversos programas de intervención. Tal es el caso de Herrero (2010), en su estudio cuasiexperimental con 27 niños de 7 a 10 años, diagnosticados con TDAH, donde se tuvo el objetivo de analizar el mantenimiento tras un año de su finalización, de los efectos de una intervención que integró 3 programas coordinados (adaptación académica, emocional y social). Los resultados confirmaron mediante la evaluación de seguimiento, el mantenimiento de las mejoras obtenidas tras el programa, especialmente en las áreas académica y social, en las que estos niños mayormente presentaban dificultades. Teniendo en cuenta que en la adaptación social, los niños presentaron mejoras significativas en 5 de 7 de las variables analizadas.

Por otro lado, tenemos a Sánchez (2017), quien realizó un estudio cuasiexperimental con niños de TDAH con edades comprendidas entre 7 a 14 años, los cuales fueron

sometidos previamente a la investigación a diversos tratamientos (farmacológico, psicoeducativo y combinado). Seleccionada la muestra, pudieron participar del “ESC” (Programa de Intervención Social, Emocional y Cognitivo) donde hubo participación activa de los padres. Concluyendo así, que el programa mejoró el área cognitiva, emocional, obteniendo beneficios en las habilidades sociales para la adecuada adaptación en diferentes contextos en donde se desenvolvieron

Con relación a la sub-escala de Comunicación, se observa significativas mejoras, luego de aplicarse el PHASO. Con respecto a la teoría ya mencionada; se puede indicar que a los niños con TDAH; les cuesta mucho participar en actividades silenciosas, hablan mucho y a menudo interrumpen las conversaciones de los demás interviniendo aunque no sepan de qué se está hablando (Telepsicología infantil, 2015). Además, no respetan los turnos de palabra, les cuesta comprender la intención comunicativa de su interlocutor y miden mal su comportamiento emocional durante las conversaciones (Vaquerizo, 2005). Como se observa, se coincide con los estudios que; señalan que los síntomas propios del trastorno dificultan el proceso de comunicación adecuado, ya que cuando se hace referencia a la comunicación, es necesario señalar su importancia en la vida, tanto del infante como del adulto. Además, uno de los modos en que se desarrolla las habilidades sociales se refiere a la: Capacidad de iniciar, mantener y terminar la conversación (Lázarus 1973, citado por Caballo, 2007). Por consiguiente, es importante aprender, lo más temprano posible, a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales, por lo que las habilidades de comunicación ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.

En la sub-escala de Manejo de Estrés, no se apreciaron diferencias significativas en los resultados (ya que se mantuvieron en el mismo nivel), aunque si presentaron mejorías con respecto a las puntuaciones finales, luego de haber participado del PHASO. Estos menores suelen presentar problemas en las relaciones sociales al ser con frecuencia rechazados por el entorno, debido a su comportamiento caracterizado por la impulsividad, que les repercute a la hora de ser conscientes de las consecuencias de sus actos, de ponerse en el lugar de los demás y a la incapacidad para entender las normas sociales. Si a estos problemas se le une la dificultad en la resolución de conflictos, la situación se agrava más. Estos niños y niñas suelen utilizar patrones negativos basados en gritos y rabietas ante un problema que deben resolver con su alrededor como, por

ejemplo, en las tareas académicas. Esta falta de habilidades y estrategias para afrontar y resolver los problemas empeoran la situación inicial del conflicto (Martínez, 2015). Por ende, los niños y las niñas que adquieren habilidades positivas para manejar el estrés, están mejor preparados para responder a situaciones difíciles y recuperarse de las dificultades (Uribe, Escalante, Velásquez, Ricardi, Leguía, Cortés, 2008). Es por ello, que este estudio concurre con el hecho de que la condición que presentan estos niños, obstaculiza su adecuado desarrollo frente a situaciones que le generan estrés, como se menciona en el modelo Dual, los niños presentan problemas en sus procesos de regulación emocional y comportamental, los que a su vez influyen en la autorregulación del manejo de estrés. No obstante, el entrenamiento en habilidades sociales se compone de una combinación de procedimientos conductuales dirigidos a incrementar la capacidad del individuo para implicarse en las relaciones interpersonales de una manera socialmente apropiada (Heimberg et al., 1977, citado por Caballo, 2007). Por lo cual, es importante trabajar en las habilidades relacionadas al manejo de estrés, con afinidad a la utilización de estrategias y/o técnicas que puedan ser beneficiosas para la salud física, rendimiento académico y laboral, además que eleven la autoconfianza y autocontrol para afrontar los diversos contextos.

En la sub-escala de Sentimientos, se hallaron mejorías, las cuales fueron significativas luego de aplicarse el PHASO. Se ha analizado diversos estudios que sostienen que los niños con TDAH presentan dificultades en la competencia emocional, afectando las habilidades de reconocimiento, regulación y expresión de las emociones. Evidenciaron, además, que tanto los niños como los adultos con este trastorno, específicamente en el subtipo de TDAH combinado, muestran disfunciones en el reconocimiento de la información afectiva (Albert et al., 2008). Los sujetos que padecen el trastorno presentan problemas para identificar estados emocionales en otros, especialmente cuando estos son negativos (Uekerman, Kraemer, Abdel, Schimmelmann, Hebebrand, Daum, y Kis, 2010). Por ello, esta investigación concuerda y realza la importancia de trabajar en esta área, ya que la falta de reconocimiento y expresión de esta les genera dificultades en sus relaciones interpersonales, también se toma en cuenta la hipótesis motivacional, que señala que los niños con TDAH presentan alteraciones que impiden una regulación emocional adecuada, así como en otras áreas de las habilidades sociales. Los resultados hallados en la sub-escala de Agresión, indican un incremento significativo entre la fase pre-test y pos-test. Diversas investigaciones han identificado

patrones de comportamientos asociados a un funcionamiento social inadecuado, que afecta a la calidad de las interacciones personales. Las agresiones verbales y físicas, los comportamientos negativos al entrar en nuevos grupos o en clase (ruidoso, molesto, violar reglas, discutir, etc.) son los comportamientos más asociados con el rechazo de pares (Pardos, Fernández y Martín, 2009). Se concuerda que por la sintomatología, los sujetos con TDAH; presentan un bajo grado de autocontrol y un número limitado de habilidades básicas para el funcionamiento social, así como una motivación inadecuada para desarrollar las mismas, lo que genera mayores tasas de conductas disruptivas, agresivas y/o oposiciónistas (Fernández, Fernández, López, García, Muñiz, Prados, Calleja y Muñoz, 2011). Sin embargo, Bandura (1978, citado por Caballo, 2007) ha argumentado que la persona, el ambiente y la conducta constituyen una importante contribución relativa a las variables fundamentales que tienen que ser consideradas para comprender y predecir la actuación adecuada. Por ende, es de trascendencia intervenir en las dificultades que se dan en las habilidades alternativas a la agresión, impulsando anticipados comportamientos en el niño con TDAH, que le facilite el aprender a reconocer y tener conciencia sobre las emociones que experimenta (como la ira), que apoyaría a crear circuitos de regulación, reconocimiento de consecuencias futuras frente a comportamientos presentes, aprender a relajarse y a negociar en contextos contraproducentes buscando beneficiar conductas socialmente permitidas.

En referencia a la sub-escala de Derechos y Obligaciones, los evaluados obtuvieron mejorías en los resultados, luego del PHASO al que fueron sometidos. De acuerdo con la bibliografía hallada, se entiende por estas habilidades; como el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto (Phillips, 1978, citado por Caballo, 2007). Además, Uribe et al. (2008), indican que el uso de técnicas y estrategias para manejar saludablemente las demandas cotidianas, le permitirá actuar según sus intereses, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente los sentimientos honestos, ejerciendo los derechos personales sin negar los derechos de los demás; esto debido a que en la etapa de la niñez deben encarar múltiples tareas que implican reacciones interpersonales fuera del hogar como asistir a una escuela, entablar amistad con personas de diferentes familias, con diferentes costumbres y hábitos. Por

ende, este estudio señala que dentro de las dificultades del trastorno se presenta: el problema de organizar y cumplir actividades que suponen un esfuerzo sostenido, las viven como desagradables; por lo cual, las obligaciones no son percibidos de manera positiva, puesto el trastorno tampoco les permite distinguir adecuadamente los derechos y/o normas manifestándose como respuestas precipitadas, realización de actividades peligrosas y otras. Por lo cual, se dio importancia al abordaje del reconocimiento de los derechos como privilegios y las recompensas a través del cumplimiento de deberes

Cabría señalar entonces, que el origen de las limitaciones de las habilidades sociales en los niños con TDAH se asocian a la propia tendencia del trastorno, no obstante, a pesar de lo señalado, debe tenerse en cuenta todas las influencias que intervienen, tanto la biológica; es decir, características de la personalidad y la ambiental; a través de modelos, pautas de crianza, etc., por lo cual, aquellos que padecen de este trastorno y no presentan incapacidades mentales que perjudiquen sus procesos cognitivos, poseen oportunidades de aprender a desarrollar las habilidades sociales óptimamente. Por otro lado, tomar el entrenamiento en habilidades sociales como único tratamiento no basta para mejorar el estatus social de los niños con TDAH en su grupo de pares (Pardos et al., 2015). Por ello, la intervención multimodal o combinada es una alternativa recomendable para abordar todas las dificultades mencionadas a través de esta investigación. Con respecto a la intervención combinada, se observa un importante descenso en el último período (2001-2011), reflejada en el escaso 5,4% de estudios. Esta menor presencia de tratamientos psicosociales y combinados puede deberse a lo costosa que resulta su implementación en tiempo y en esfuerzo, ya que implica a diversos agentes significativos del niño, que deben mostrar una motivación y mantenimiento de la intervención a lo largo del tiempo (Jarque, 2012).

Para finalizar, se enfatiza nuevamente en la importancia de continuar avanzando en la difícil tarea de abordar el TDAH desde una perspectiva socio-emocional, puesto que las investigaciones que principalmente se dan, recurren en abordar las esferas cognitivas que repercuten en el área académica donde muestran deficiencias que no les permite adaptarse y de donde mayormente son referidos.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados que se hallaron en el pre-test antes del programa de habilidades sociales (PHASO) indican que los participantes obtuvieron puntuaciones bajas, es decir, presentaron dificultades con respecto a sus relaciones con su medio, posteriormente en el post-test, se obtuvo un incremento de dichas puntuaciones, lo cual muestra que el programa aplicado fue efectivo, mejorando la conducta en los niños y por ende su calidad de vida.

SEGUNDA: En la sub-escala de habilidades relacionadas a la comunicación, se obtuvo una puntuación muy baja, lo cual indica conflictos para entablar diálogos y conversaciones fluidas de forma espontánea con su entorno. Al aplicarse el PHASO, las puntuaciones en el postest se elevaron a media, demostrando así, mejorías en sus expresiones, coherencia en sus discursos para iniciar, mantener y finalizar conversaciones adecuadamente.

TERCERA: En la sub-escala de las habilidades relacionadas a los sentimientos, en el pretest los resultados arrojaron una puntuación baja, lo que establece que se evidenciaron obstáculos para reconocer sus sentimientos y por ende regularlos y expresarlos frente a diversas situaciones, además de desarrollar actitudes positivas sobre sí mismas y practicar la empatía. Una vez aplicado el programa, los participantes elevaron sus puntuaciones a media, lo que manifiesta un incremento en la capacidad de identificar, reconocer y manejar los sentimientos con respecto a la propia persona y a los demás.

CUARTA: En la sub-escala de las habilidades alternativas a la agresión en el pretest mostraron habilidades bajas; lo cual significa, que los niños presentaron dificultades para el reconocimiento y autocontrol de emociones negativas contra sí mismos y los otros, como el de la ira. Tras la ejecución del PHASO, los resultados en el postest arrojaron un nivel medio, explicando de este modo que los participantes mejoraron con respecto a los

comportamientos alternos a la agresión teniendo respuestas más adaptativas en su medio.

QUINTA: En la sub-escala de las habilidades relacionadas al manejo de estrés, los resultados del pretest y postest muestran que se mantuvieron en el nivel bajo, no obstante, se evidenció mejoras en las puntuaciones finales, lo que da a conocer que los participantes al finalizar el programa aprendieron nociones básicas para expresar, afrontar y responder frente a situaciones estresantes como la presión de grupo, miedo y vergüenza.

SEXTA: En la sub-escala de las habilidades relacionadas con los derechos y obligaciones, estos se hallaron en un nivel bajo antes de iniciarse el PHASO, lo que demuestra que no ejercían adecuadamente sus derechos y obligaciones personales ni de los demás. Al finalizarse el programa, los resultados que se encontraron en el postest determinaron un nivel medio, lo que indica la capacidad de reconocer estas habilidades en el desarrollo de su vida cotidiana.

SÉPTIMA: La condición del trastorno, interviene en diversas áreas, siendo las habilidades sociales una de las más afectadas, así mismo, es la menos abordada cuando se refiere a los distintos modos de intervención en el contexto local donde se desarrolla el PHASO; puesto que la esfera socioemocional, abordada en este estudio se agudiza cuando comienzan las interacciones sociales del niño con TDAH.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Las habilidades sociales tendrían que trabajarse luego de haber seguido un plan de intervención multidisciplinario, donde se aborde las principales dificultades que conlleva el trastorno, como los que están relacionadas a la atención y concentración, exceso de energía, impulsividad y normas conductuales básicas.
- SEGUNDA:** En relación a la dimensión de manejo de estrés, se podría mejorar mediante un tratamiento individual y diferenciado, puesto que cada niño presenta particularidades en la forma de procesar y hacer frente al estrés
- TERCERA:** Para futuras investigaciones, se recomienda la ampliación de la muestra y el análisis y la división de estos por subgrupos para que los resultados de la intervención a través del programa puedan ser generalizados y fiables.
- CUARTA:** Resultaría provechoso que la selección de la muestra sea llevada a cabo por el grupo de investigación desde el diagnóstico del trastorno para tener un mejor manejo de las variables extrañas.
- QUINTA:** Con la finalidad de analizar todo lo aprendido mediante el programa y el efecto de este, resultaría significativo realizar un seguimiento de los participantes a través del tiempo mediante una evaluación que permita medir las variables trabajadas.
- SEXTA:** Para obtener mayor información sobre el trastorno y su repercusión en las habilidades sociales sería importante realizar más estudios que consideren a las otras presentaciones clínicas del TDAH.
- SÉPTIMA:** Sería beneficioso incluir a los padres, profesores y a las personas que más se relacionan con los participantes de forma activa, pues como se ha visto a lo largo de la teoría, los síntomas del TDAH se desarrollan en todos los ámbitos de la vida de quien lo padece.

OCTAVA Resultaría de interés comparar resultados entre sujetos de un grupo experimental que estén diagnosticados con TDAH y un grupo control sin diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Albert, J., López, S., Fernández, A. y Carretié, L. (2008).** Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47 (1), pp. 39-45.
- American Psychiatric Association. (2013).** *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ta edición). Barcelona: Masson.
- Artigas J. (2009).** Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (11), 587-593.
- Barkley, R. (2002).** *Niños/as hiperactivos/as. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. (1ra edición). Barcelona: Paidós
- Barkley, R. (2006). (Ed).** *Attention-deficit hyperactivity disorder: A han-dbook for diagnosis and treatment* (3^aed). New York: Guildfor Press
- Caballo, V. (2005)** *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6º Edición), Madrid: Siglo XXI
- Caballo, V. (2007).** *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades Sociales* (7º Edición).España: Siglo XXI
- Cardo, E. y Severa, M. (2008).** Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.
- Casey, B., Castellanos, F., Giedd, J., Marsh, W., Hamburger, S., Schubert, A, Sarfatti, S. (1997).** Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36(3), 374-383.

Chronis, A., Jones, A. y Raggi, L. (2006). Evidencia basada en tratamientos psicosociales para niños y adolescentes con TDAH. *Clinical Psychology Review*, 26 (4), 486-502.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Forma

Fernández, A., Fernández, D., López, S., García, C., Muñiz, B., Pardos, A., Prados, B., Calleja, B. y Muñoz, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluados a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). *Rev. Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(6), 339-348.

Franquiz, F. y Ramos, S. (2016). *TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Universidad de La Laguna. (Tesis de grado). Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3184/TDAH%20Revision%20teorica%20del%20concepto%2C%20diagnostico%2C%20evaluacion%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gismero, E. (1996) *Habilidades Sociales y Anorexia Nerviosa*. Madrid: Gráf. Ortega. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=kc3upzX1wkkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Henríquez, M., Zamorano, M., Rothhammer, F. y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50(2), 109-116.

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Herrero, P., Jesús, M., Siegenthaler, R., Jara, P., y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional

y social de niños con TDAH. *Revista Psicothema*, 22(4), 778–783. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3801.pdf>

Jarque, S. (2012) Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Anuario de Psicología*. Universidad de Barcelona, Madrid. 42 (1),19-33

Lacunza, A. (2011) Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*. Universidad Nacional de San Luis. Argentina. 12 (1)159-182.

Marcano, M., Aular, J. y Finol, M. (2009). Cuestiones conceptuales básicas en torno a la evaluación de programas. *Revista OMNIA*. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. 15 (3).9-30.

Martínez, S. (2015). Cultura de paz para abordar los problemas escolares y sociales de los menores con TDAH. *Revista de Paz y Conflictos*. Universidad de Granada, España. 8, (1), 223-239.

Miranda, A. (2015): *Neuropsicología Infantil A través de casos clínicos*. España: Médica Panamericana.

Miranda, A., y Soriano, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Información psicológica*. Universidad de Valencia, España. (100), 100-114.

Pardos, A., Fernández, A., Martín, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*. 48 (2).107-111.

Pascual, S. (2012). El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(2), 37-5.

Puentes R, Jiménez F, Pineda A, Pimienta M, Acosta L, Cervantes H, Nuñez B, Sánchez R. (2014). Déficit en habilidades sociales en niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, evaluados con la escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 95-106.

Rivera, G. (2011). *Efecto del tratamiento cognitivo conductual para niños con el trastornos del déficit de atención e hiperactividad*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional San Agustín, Arequipa.

Saldaña C., y Reátegui S. (2017). *El rol de las habilidades sociales en la aplicación de un método para desarrollar el aprendizaje cooperativo basado en proyectos*. (Tesis de grado) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

San Sebastián, J. (2010). *TDAH origen y desarrollo*. Madrid: IMC

Sánchez, M. (2017). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Autorregulación Emocional y Funciones Ejecutivas*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, España.

Telepsicologíainfantil (2015). Tipos de TDAH: criterios DSM V

<https://telepsicologíainfantil.net/2013/12/10/tipos-tdah-dsm-v-psicólogo-infantil-barcelona/>

Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel, M., Schimmelmann, B., Hebebrand, J., Daum, I. y Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*. 34(5), 734-743. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19857516>

Uribe, R., Escalante, M., Velásquez, W., Ricardi, J., Leguía, G. y Cortés, E. (2008) *Manual de habilidades para escolares de 8 a 11 años*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

Vaquerizo, J., Estévez, F. y Pozo, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41 (1), 83-89.

Velarde M., Vattuone J. y Gomez M. (2017) “Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en médicos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en Lima, Perú”. *Rev Neuropsiquiatr*. 80 (1), 3-11.

Zeballos, N. y Cari E. (2017). “*Funcionamiento familiar y habilidades sociales en adolescentes de 3ro a 5to grado de secundaria de la institución educativa José Antonio Encinas Juliaca*”. (Tesis de grado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa

ANEXOS

- Listado de Habilidades Sociales
- Programa de Habilidades Sociales (PHASO)

LISTADO DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑOS ESCOLARES DE 8 A 11 AÑOS

Nombres y Apellidos:

Edad:

Colegio:

Grado:

Fecha:

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás una lista de habilidades que utilizas en tu vida diaria. Al lado de cada habilidad, encontrarás 5 casilleros. Marca tu respuesta con una X en el que consideres más conveniente, para esto tienes que tener en cuenta los siguientes criterios:

- NUNCA LO HAGO
- CASI NUNCA LO HAGO
- A VECES LO HAGO
- CASI SIEMPRE LO HAGO
- SIEMPRE LO HAGO

Responde con sinceridad, no hay respuestas buenas ni malas. Ahh! Y asegúrate de contestar todas.

HABILIDAD	Nunca lo hago	Casi nunca lo hago	A veces lo hago	Casi siemp re lo hago	Siempr e lo hago
1. Le pregunto a mis amigos si me han entendido cuando les hablo.					
2. Cuando converso con alguien le miro a los ojos para que me escuche.					
3. Escucho con atención cuando me hablan.					
4. En clase, cuando no entiendo lo que explica el profesor le pregunto para aclarar mis dudas.					

5. Cuando un compañero se burla de mí, le digo que me molesta lo que dice.					
6. Cuando alguien agarra mis cosas pido que me lo devuelvan.					
7. Si algún compañero me amenaza le aviso al profesor o profesora.					
8. Si tengo dificultad para resolver una tarea, pido ayuda a mis familiares o amigos.					
9. Cuando me porto mal pido disculpas.					
10. Pido disculpas cuando me doy cuenta de que he ofendido a alguien y le digo que no volveré a hacerlo.					
11. Reconozco con facilidad la emoción de cólera o miedo que estoy sintiendo.					
12. Cuando me siento triste le cuento a un amigo.					
HABILIDAD	Nunca lo hago	Casi nunca lo hago	A veces lo hago	Casi siemp re lo hago	Siempr e lo hago
13. Si mi amiga o amigo está triste lo ayudo.					
14. Cuando mis amigas o amigos están alegres busco compartir su alegría.					
15. Pienso que soy un niño o niña que vale mucho.					
16. Pienso que soy importante aunque a veces me equivoque.					
17. Si me saco buena nota por mi propio esfuerzo pienso: "Soy un buen estudiante".					

18. Luego de cumplir mis tareas en mi casa me premio (salgo a jugar, entro a internet, veo televisión, me compro un dulce, etc.).					
19. Me doy un tiempo para reconocer las cosas que me molestan.					
20. Si alguien me fastidia, le digo que me molesta y que deje de hacerlo.					
21. Cuando alguien me molesta pienso en mi mente: “no le voy a hacer caso”.					
22. Cuando estoy muy molesto cuento hasta 5 para calmarme.					
23. Si me buscan pelea, pienso antes, en las cosas malas que podrían ocurrir.					
24. Pienso que las niñas y los niños que pelean siempre, se meten en más problemas.					
25. Cuando estoy molesto tomo aire y lo boto lentamente para poder calmarme.					
26. Practico ejercicios para poder calmarme cuando estoy molesto.					
27. Si alguien no está de acuerdo conmigo, escucho sus razones.					
28. Para evitar pelear con un amigo converso con él para buscar una solución.					
29. A pesar de que tenga miedo de salir a la pizarra, salgo al frente de todas maneras.					
30. Duermo solo y tranquilo.					
31. Si desapruebo en un examen, sigo estudiando para aumentar mi nota.					

32. Pienso: "No soy perfecto, algunas veces me puedo equivocar".					
33. Si un compañero o compañera de clase me dice para escaparnos, le respondo que no quiero hacerlo.					
HABILIDAD	Nunca lo hago	Casi nunca lo hago	A veces lo hago	Casi siemp re lo hago	Siempr e lo hago
34. Si mis amigos o amigas me obligan para esconder los útiles de un compañero o compañera no les hago caso.					
35. Si mis amigos o amigas se ríen cuando salgo a la pizarra, no les hago caso y sigo haciendo la tarea.					
36. Participo en alguna actuación en mi colegio.					
37. Si alguien me trata mal, se lo digo a una persona de confianza (amigo, papá, mamá, profesor, policía, etc.).					
38. Rechazo hacer cosas de adultos que no se hacer y que ponen en peligro mi salud (arreglar enchufes, cambiar gas, planchar, etc.).					
39. Boto los desechos en el basurero.					
40. Tiendo mi cama y ordeno mi cuarto.					

¡MUCHAS GRACIAS POR TU SINCERIDAD Y COLABORACIÓN!

PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES (PHASO)

MÓDULO 1:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.
1. SESIÓN 01:	“Conociendo y defendiendo mis derechos”
2. OBJETIVO:	Lograr que todos los participantes conozcan y defiendan sus derechos.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se da lectura a una situación en referencia al tema: <i>Sergio es un alumno de quinto grado, él ha participado en el desarrollo de la tarea grupal que les dejó el profesor de dibujo y arte. En el grupo han participado cinco alumnos; sin embargo a la hora de colocar los nombres de los autores; Juan uno de los integrantes del grupo señala que el profesor ha indicado que el máximo número de participantes por grupo es de cuatro; él se ha encargado de elaborar la lista y le dice que no pondrá su nombre entre los alumnos autores del trabajo.</i> 3. El facilitador preguntará: ¿Qué opinan ustedes de lo que se ha representado? ¿Qué debería hacer Sergio? ¿Porque? 4. A continuación se les explicara acerca de los derechos de los niños y niñas.
5. TIEMPO:	35 a 40 min.
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Dialogar con sus padres acerca de lo aprendido en la sesión y realizar un dibujo en relación al tema desarrollado.

MÓDULO 1:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.
1. SESIÓN 02:	“Conociendo y practicando mis deberes”
2. OBJETIVO:	Lograr que los niños y niñas conozcan y asuman sus deberes.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se dará lectura a una situación en referencia al tema, a continuación se procede a preguntar a los participantes lo que han entendido. <i>“Nicolás es un estudiante de quinto grado, de buen carácter, alegre. El profesor de artes plásticas ha dejado una tarea grupal en la que cada alumno debe aportar al trabajo a entregar. Nicolás ha asistido a todas las reuniones, siempre decía que la parte que le correspondía, la había olvidado; empezaba a contar chistes y a alegrar al grupo. Al final, sus compañeros no lo pusieron en la relación de los que habían trabajado”</i> 4. Posteriormente se explica los deberes de los niños y niñas. 5. Se desarrollará una breve dinámica de despedida
5. TIEMPO	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO	Dialogar con sus padres acerca de lo aprendido en la sesión, así mismo sobre los deberes de todos los miembros de la familia, enfatizando los que corresponden a los participantes, los cuales deberán anotarse en el cuaderno de habilidades.

MÓDULO 2:	HABILIDADES RELACIONADAS RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN.	BÁSICAS
1. SESIÓN 03:	“Comunicándonos en forma clara”	
2. OBJETIVO:	Conocer la importancia de la utilización de los mensajes claros.	
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones 	
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se pedirá a los participantes la tarea de la sesión pasada, revisando las ideas importantes. 3. Se dará lectura a una situación en referencia al tema para posteriormente preguntar a los presentes lo que han podido entender. <i>“Papá Walter pone agua en la tetera para hacerla hervir y continua escribiendo un informe para su trabajo. Por estar ocupado le dice a su hija: ¡Claudia!,...anda mira la tetera.... La niña regresa y le dice: ¡ahí está la tetera en su sitio!, el papá se enoja y la grita, ¡tú no sabes hacer nada!, te he dicho que veas si está hirviendo el agua de la tetera,... ¡sorda!”... Claudia se quedó pensativa y triste por no haber entendido a su papá”</i> 4. A continuación se les explicara acerca de cómo dar mensajes claros y precisos a los niños. 5. Se finalizara la sesión con una dinámica de despedida y dejando claro lo importante del tema. 	
6. TIEMPO:	35 a 40 min	
7. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pedirá que practiquen en la semana con sus compañeros de clases y familiares las recomendaciones para sostener una comunicación clara.	

MÓDULO 2:	HABILIDADES RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN.	RELACIONADAS BÁSICAS
1. SESIÓN 04:	“Escuchando mejor”	
2. OBJETIVO:	Reconocer e identificar la habilidad de saber escuchar.	
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Lápiz • Lapiceros 	
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se pedirá a los participantes la tarea de la sesión pasada, revisando las ideas más importantes. 3. El facilitador pedirá 5 participantes entre niños y niñas voluntarios con el fin de enviar un mensaje. a 4 de ellos se les llevará fuera del aula, al niño que quede en el aula se le dará la siguiente frase en voz alta: la siguiente frase: <i>“Carlos y Luisa irán de paseo al campo; se bañarán en el río y compartirán sus refrigerios con los compañeros de aula”</i> 4. El mensaje será transmitido, en las mismas condiciones, sucesivamente hasta llegar al último niño o niña que transmitirá el mensaje recibido a todo el salón (se espera que el mensaje haya cambiado). 5. A continuación se les explicará acerca de cómo saber escuchar de manera óptima a los demás. 6. Se finalizará la sesión con una dinámica de despedida y dejando claro lo importante del tema. 	
5. TIEMPO:	35 a 40 min	
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pedirá que comenten con sus padres y amigos de como ellos escuchan a las demás.	

MÓDULO 2:	HABILIDADES RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN.	RELACIONADAS BÁSICAS
1. SESIÓN 05:	“Identificando estilos de comunicación”	
2. OBJETIVO:	Lograr que los participantes identifiquen los estilos de comunicación mas frecuentes.	
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Ficha N° 1 • Ficha N° 2 • Pizarra • Plumones • Lápiz • Lapiceros 	
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se pedirá a los participantes la tarea de la sesión pasada, revisando las ideas importantes. 3. Se da lectura a una situación en referencia al tema para posteriormente preguntar a los presentes lo que han podido entender y se les pasara la ficha N° 1 seguidamente se hace una reflexión de esta y se pasara a dar la ficha N° 2. 4. A continuación se les explica acerca de los estilos de comunicación. 5. Se finalizara la sesión con una dinámica de despedida y dejando claro lo importante del tema. 	
6. TIEMPO:	35 a 40 min	
7. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pedirá a los niños que compartan con su padres y amigos sobre el tema tratado.	

MÓDULO 2:	HABILIDADES RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN.	RELACIONADAS BÁSICAS
1. SESIÓN 06:	“Asertividad”	
2. OBJETIVO:	Desarrollar la comunicación asertiva entre los participantes y la práctica de esta.	
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones 	
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se pedirá a los participantes la tarea de la sesión pasada, revisando las ideas importantes. 3. Se da lectura a una situación en referencia al tema para posteriormente pedirles a los participantes que dramaticen la situación. <p><i>“Daniel y sus amigos estaban jugando a las “escondidas,” en medio del juego, sin intención Daniel empuja a Cristina y ella se cae en un charco de agua. Daniel se empezó a reír. Cristina dijo: ¡Pues yo no le veo la gracia!. Daniel no supo que hacer y se fue</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. A continuación se les explicara acerca de como comunicarnos de manera asertiva con las personas. 5. Se finalizara la sesión con una dinámica de despedida y dejando claro lo importante del tema. 	
6. TIEMPO:	35 a 40 min	
7. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pedirá que practiquen en la semana con sus compañeros de se solicitara a los niños que expliquen a sus padres y hermanos lo que es la conducta asertiva.	

MÓDULO 2:	HABILIDADES RELACIONADAS RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN.	BÁSICAS
1. SESIÓN 07:	“Practicando mi comunicación asertiva”	
2. OBJETIVO:	Lograr que los participantes den respuestas asertivas ante diversas situaciones de la vida.	
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Ficha N° 2 • Pizarra • Plumones 	
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se pedirá a los participantes la tarea de la sesión pasada, revisando las ideas importantes. 3. Se da lectura a una situación en referencia al tema para posteriormente preguntar a los presentes lo que han podido entender. 4. A continuación se les dará algunas frases asertivas que se usan durante la vida y puedan utilizarlas en diversas situaciones. 5. Se finalizara la sesión con una dinámica de despedida y dejando claro lo importante del tema. 	
6. TIEMPO:	35 a 40 min	
7. RECREANDO LO APRENDIDO:	<p>Se les pedirá a los participantes que dialoguen con sus padres sobre lo que es la asertividad y que la practiquen.</p> <p>Escribir brevemente la experiencia en su cuaderno.</p>	

MÓDULO 2:	HABILIDADES RELACIONADAS RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN.	BÁSICAS
1. SESIÓN 08	“Pidiendo ayuda”	
2. OBJETIVO:	Que los participantes aprendan a solicitar ayuda en el momento que sea necesario.	
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones 	
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se pedirá a los participantes la tarea de la sesión pasada, revisando las ideas importantes. 3. Se da lectura a una situación en referencia al tema:. <i>“Carlos salía del colegio y caminaba de regreso a su casa, miraba al suelo y decía ¿qué puedo hacer? Ese niño siempre me pega y me quita mi lonchera; ¿a quién le cuento lo que me esta</i> 4. Posteriormente preguntar a los presentes lo que han podido entender y se armara un debate 5. A continuación se les explica acerca de que es necesario pedir ayuda cuando la necesitemos. 6. Se finalizara la sesión con una dinámica de despedida y dejando claro lo importante del tema. 	
7. TIEMPO:	35 a 40 min	
8. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pedirá que conversen con sus padres y mencionar en que situaciones se debe pedir ayuda.	

MÓDULO 3:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS SENTIMIENTOS
1. SESIÓN 09:	“Identificando y expresando mis emociones”
2. OBJETIVO:	Lograr que los niños puedan identificar sus propias emociones
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Cartilla N°1 • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se da lectura a una situación en referida al tema, a continuación se procede a preguntar a los participantes lo que han entendido y se les pasara a entregar la cartilla a trabajar. 4. Posteriormente Se pasara a explicar sobre el tema de las emociones y la importancia de esta 5. Finalmente, se terminara la sesión con una dinámica y reforzando por lo que es importante identificar nuestras emociones.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará a los niños que registren en sus cuadernos situaciones que les causen las emociones de alegría, tristeza, miedo y cólera.

MÓDULO 3:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS SENTIMIENTOS
1. SESIÓN 10:	“Identificando emociones”
2. OBJETIVO:	Lograr la identificación de las emociones de las personas de su entorno.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se da lectura a una situación en referida al tema: <i>El Profesor se encuentra entregando los exámenes del curso de comunicación, al recibir Alonso su examen observa que tiene 19 como máxima nota del salón, él se siente contento; Nicolás recibe su examen, mira que tenía 04 se siente mal, empieza a llorar y luego manifiesta “ahora mi papá me va a pegar”. Por otro lado Yesenia que tenía 11 en su examen, mira el examen de Alonso se lo quita, lo arruga y lo bota al suelo.</i> 4. Se procede a preguntar a los participantes lo que han entendido y formara un debate entre grupos. 5. Posteriormente Se pasara a explicar como debemos saber identificar las emociones de los demás. 6. Finalmente, se terminara la sesión con una lectura reflexiva del tema.
7. TIEMPO:	35 a 40 min
8. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará a los niños que registren en sus cuadernos situaciones que les causen las emociones dentro de su familia de alegría, tristeza, miedo y cólera.

MÓDULO 3:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS SENTIMIENTOS
1. SESIÓN 11:	“Aprendiendo a desarrollar empatía”
2. OBJETIVO:	Conocer la habilidad de la empatía.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se da lectura a una situación en referida al tema: <i>Javier sufrió un accidente teniendo que ser enyesado el brazo derecho, y en esa semana él tenía que participar en el campeonato de básquet representando a la selección del colegio, al encontrarse con Miguel este se sorprende de verlo así y le pregunta ¿qué te paso? y le manifiesta que lo lamenta lo que le ha sucedido y que realmente si a él le sucediera lo mismo también se sentiría muy triste. Y José que es el otro amigo íntimo de Javier, lo miro y solo le dijo: , "hola" y siguió caminando</i> 4. Se procede a preguntar a los participantes lo que han entendido. 5. Posteriormente se pasara a explicar de qué se trata la empatía y la importancia de esta 6. Finalmente, se terminara la sesión con una dinámica que les permita reforzar el tema.
7. TIEMPO:	35 a 40 min
8. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará a los niños que comenten con sus padres y amigos sobre el tema aprendido durante la sesión.

MÓDULO 3:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS SENTIMIENTOS
1. SESIÓN 12	“Entendiendo a los demás”
2. OBJETIVO:	Desarrollar la habilidad de la empatía, para entender mejor a las personas.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se da lectura a una situación en referida al tema, a continuación se les dará a los niños diferentes situaciones para que puedan dramatizarlas. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Luís y Jaquelin se encontraban jugando en la hora de recreo, cuando de repente observan a Raúl que está sentado en una esquina, callado y con el rostro triste, se le acercan y le preguntan ¿qué le pasa porque no juega si él es inquieto y juguetón?.</i> 4. Se procederá a preguntar a los participantes lo que han entendido 5. Posteriormente la facilitadora dará situaciones donde podrían utilizar la habilidad aprendida se terminara la sesión con una lectura reflexiva del tema.
6. TIEMPO:	35 a 40 min
7. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará a los niños que registren en sus cuadernos situaciones donde hayan utilizado esta habilidad.

MÓDULO 3:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS SENTIMIENTOS
1. SESIÓN 13:	“Aprendiendo a valorarme”
2. OBJETIVO:	Enseñar a los participantes a apreciarse y a comprender que son únicos.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Paleógrafos
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se da lectura a una situación en referida al tema: <i>Anita es una niña que estudia en el colegio, generalmente saca buenas notas, se comporta bien y gusta ayudar a sus compañeros. En el colegio han decidido enviar a visitar una fábrica de dulces a un grupo de alumnos y cada salón de clase tiene que elegir a tres alumnos. En el salón de Anita ella ha sido seleccionada, sin embargo ella decide no aceptar porque considera que hay otros niños que merecen ese premio y no ella.</i> 4. A continuación se procede a preguntar a los participantes lo que han entendido y dará preguntas para desarrollar y poder exponerlas para sus compañeros. 5. Posteriormente se pasara a explicar a los participantes la importancia de la valoración. 6. Finalmente, se terminara la sesión con una dinámica.
7. TIEMPO:	35 a 40 min
8. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pedirá a los participantes que registren en su cuaderno las actividades que les guste hacer en casa, y en qué actividades lo hacen ser cada día más importantes.

MÓDULO 3:	HABILIDADES RELACIONADAS A LOS SENTIMIENTOS
1. SESIÓN 14:	“Autocompensarse”
2. OBJETIVO:	Incrementar en los niños actitudes positivas hacia ellos mismos.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se da lectura a una situación en referida al tema: <i>Jorge es un niño que tiene bajo rendimiento escolar en el curso de Comunicación, no hace sus tareas, tampoco estudia en las clases, se dedica a jugar; sus familiares le dicen que podría aprobar el curso, si pone de su parte; es decir, cuando estudie con dedicación. Jorge al escuchar esas palabras se da cuenta que es importante aprender y realizar esfuerzos si uno quiere conseguir algo, así que decidió estudiar más y como fruto de ello pudo lograr mejorar su rendimiento escolar, Jorge al notar eso se dijo así mismo. ¡Lo he logrado!, “Me siento bien por mi esfuerzo” ¡Yo pude! ¡Si se puede!</i> 4. Posteriormente se pasara a explicar a los participantes sobre las auto recompensas y seguidamente se les dará ejemplos sobre estas. Se terminara la sesión un mensaje de autorecompensa que lo dirán en grupo..
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Escribirán dos actividades realizadas y las autorecompensas que se les debe dar.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 15:	“Reconociendo y expresando nuestra ira”
2. OBJETIVO:	Conseguir que los niños y niñas reconozcan cuando sientan ira y puedan expresarlo adecuadamente.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. La facilitadora motivara y organizara al grupo para la siguiente representación: <i>“Teresa compró un caramelo para cada uno de sus dos hijos Juan y Matías. Cuando ella no los ve, Juan le quita el caramelo a Matías y se lo come y le hace burla. Matías se acerca a su hermano y le jala los cabellos”.</i> 4. Posteriormente se entrega 3 situaciones, donde se enfatiza que al escribir sus respuestas sobre el reconocimiento de nuestra emoción empiecen con la palabra “me molesta.....”. 5. Finalmente, se pide a todos los participantes que lean sus respuestas y se les felicita por su participación. Se terminara la sesión con aplausos.
6. TIEMPO:	35 a 40 min
7. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pide a los niños y niñas que dibujen en sus cuadernos de habilidades una situación que les genere molestia, que escriban cómo se sintieron y cómo lo han expresado.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 16:	“Reconociendo las consecuencias de una conducta agresiva”
2. OBJETIVO:	Obtener que los niños y niñas reconozcan las consecuencias de las conductas agresivas.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Cartillas de actividades N° 1
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se escenificará una situación relacionada al tema central, a continuación se procede a preguntar a los participantes lo que han podido entender. Se estimula a los participantes a mencionar situaciones parecidas como ejemplo. 4. Se definirá el término de Agresividad. 5. Posteriormente se entrega la cartilla N° 1, la cual consiste en una historia en donde cada participante debe colocar un final alternativo, luego se solicitará a todos los participantes que expliquen el final que eligieron. 6. A continuación se explica el orden adecuado de la historia, explicando que si se escogiese una conducta agresiva esta traería como consecuencia más violencia, para un mejor entendimiento se ilustrarán ejemplos de la vida cotidiana. 7. Se finalizará la sesión reforzando las ideas principales.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se les pide a los niños y niñas que dibujen en sus cuadernos de habilidades una situación que les genere molestia, que escriban cómo se sintieron y cómo lo han expresado.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 17	“Mensajes internos para calmar la ira”
2. OBJETIVO:	Obtener que los niños y niñas aprendan a brindarse mensajes internos que los ayuden a controlar o disminuir la intensidad de su ira.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Cartilla N° 2
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a todos los participantes mostrando agrado por desarrollar la siguiente sesión. 2. Se narrará una historia con títeres relacionada al tema de la sesión, se estimulará a los participantes a mencionar todo lo que han podido entender de la narración. 3. Se recogerán ejemplos de todos los participantes. 4. Posteriormente se explica a los niños y niñas que hay situaciones que provocan ira, cólera y enojo, en donde es importante reconocer ideas que en lugar de calmarnos, nos producen deseos de agredir, golpear e insultar. 5. Se pegarán en la pizarra mensajes que previamente fueron diseñados, indicando que estos ayudan a calmarnos en momentos de mucha cólera y así evitar el mostrarnos agresivos, los cuales se llamarán “<i>Mensajes que ayudan a calmarnos</i>”. 6. Se finalizará la sesión reforzando las ideas principales y agradeciendo la participación.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se entregará a todos los participantes la cartilla N° 2, en donde deben colocar los “Mensajes que ayudan a calmarnos” frente a diversas situaciones.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 18:	“Aprendiendo a relajarme”
2. OBJETIVO:	Se buscará crear conocimiento acerca del término relajación y la práctica de este.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Cartilla Nº 3
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a todos los participantes mostrando alegría por desarrollar la siguiente sesión. 2. Se desarrolla una breve dinámica para fomentar la confianza con los participantes. 3. Se da lectura a una situación referida al tema y se solicita de los participantes que comenten lo que han entendido. 4. Se pregunta a los niños si saben lo que significa “Relajarse”, se recogen ideas con la ayuda de un papelógrafo que contiene una lista de ideas previas. Los participantes salen al frente a marcar la respuesta que crean conveniente. 5. Se definirá el término “Relajación” apoyando las ideas en ejemplos de la cartilla Nº 3. 6. Posteriormente se enseñará a respirar, relajar los músculos de las manos y brazos. 7. Se desarrollará una breve dinámica de despedida.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se pedirá a los participantes a practicar en casa los ejercicios aprendidos durante la sesión.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 19:	“Aprendiendo a relajarme 2”
2. OBJETIVO:	Entrenar a los participantes en técnicas de relajación que los ayuden a controlarse en situaciones de estrés.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se saludará a todos los participantes expresando la alegría de verlos nuevamente. 2. La facilitadora contara una breve narración: <i>“Carlos y Juana están desarrollando la tarea que les solicitó el profesor de ciencias, al utilizar los colores no se ponen de acuerdo, originándose un conflicto en el que están a punto de insultarse y golpearse”.</i> 3. Se pasara a preguntar qué se puede hacer en este caso para podernos calmarnos. 4. Se pedirá voluntarios que puedan practicar los ejercicios de la sesión pasada, corrigiendo algunas pautas de ser el caso. 5. Se procederá a explicar la relajación en las piernas y cara. 6. Finalmente se juntará todo lo aprendido y se entrenará los ejercicios.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se pedirá a los participantes a practicar en casa los ejercicios aprendidos durante la sesión.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 20:	“Aprendiendo a negociar”
2. OBJETIVO:	Lograr que los participantes puedan resolver conflictos adecuadamente para crear y mantener las relaciones personales.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Figura Nº 1 y Nº 2
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeramente se saluda a todos los participantes expresando satisfacción por la presentación de la sesión. 2. Se presenta la figura Nº 1, en donde se recogen las opiniones de todos los participantes, además de ello se les pedirá alternativas de solución. 3. Se explicará acerca de la “Negociación” así como dándoles estrategias de como negociar en diferentes situaciones. 4. Finalmente se presenta la figura Nº 2, explicando las diferentes maneras de negociar relacionando con situaciones de la vida cotidiana.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se indicará a los niños que compartan con sus padres, y anoten en su cuaderno de actividades una situación en donde ellos tuvieron que negociar para solucionar un problema.

MÓDULO 4:	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
1. SESIÓN 21:	“Los elogios”
2. OBJETIVO:	Entrenar el uso de elogios como medio para fortalecer relaciones personales, a través de situaciones sociales simuladas.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para iniciar la sesión se saludará a todos los niños y niñas agradeciendo la participación del grupo. 2. Se desarrolla una breve dinámica para fomentar la confianza con los participantes. 3. Se realizan preguntas a los participantes con la intención de recoger ideas previas acerca de lo que conocen respecto a “Los elogios”. 4. Se procede a explicar el tema central de la sesión. 5. Se practican el uso de los elogios mediante situaciones sociales simuladas, de manera que los participantes se puedan expresar libremente al dar un elogio a sus compañeros de grupo. 6. Se desarrollará una breve dinámica de despedida
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará a los participantes poner en práctica lo aprendido durante la sesión.

MÓDULO 5:	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 22:	“Identificando situaciones que me producen estrés.”
2. OBJETIVO:	Conseguir que los niños y niñas desarrollem la habilidad de identificar situaciones que les produzcan estrés.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Papelógrafo
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sesión empieza con un saludo a todos los participantes manifestando el agrado de poder compartir la presente sesión. 2. Se desarrolla una breve dinámica. 3. Se procede a solicitar la atención respectiva para la narración de un breve relato. 4. Se realizan preguntas con el objetivo de obtener la mayor participación posible. 5. Se explica la importancia de la identificación y reconocimiento de situaciones que producen malestar (estrés) a través de ejemplos que se colocarán en un papelógrafo. 6. Se pedirá que marquen aquellas situaciones con las que se identifican o colocar otras que no se hayan considerado. 7. Se agradecerá la participación de todos los niños y niñas.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará que desarrollem en su cuaderno de habilidades las situaciones que durante la semana les produjeron estrés.

MÓDULO 5:	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 23:	“Enfrentando el miedo”
2. OBJETIVO:	Fomentar que los niños y niñas reconozcan el miedo y aprendan a manejarlo.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Papelógrafo
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sesión empieza con un saludo a todos los participantes manifestando el agrado de poder compartir la presente sesión. 2. Se desarrolla una breve dinámica. 3. Se procederá a la lectura de un corto relato relacionado al tema central de la sesión. 4. Se realizan preguntas para aclarar o fortalecer lo entendido de la lectura. 5. Se explica lo que es el miedo, señalando que es una reacción normal. 6. Se coloca el papelógrafo donde se señalan situaciones que podrían generar miedo. 7. Se indicará que formen grupos de tres participantes donde se practicará soluciones alternativas frente a situaciones imaginadas.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Indicar que anoten en el cuaderno de habilidades las situaciones que durante la semana les produjeron miedo y cómo las resolvieron.

MÓDULO 5:	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 24:	“Manejando mis frustraciones”
2. OBJETIVO:	Conseguir que los niños aprendan estrategias para controlar las frustraciones de manera socialmente aceptable.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se desarrolla una breve dinámica. 3. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 4. Se narrará una historia con títeres relacionada al tema de la sesión, se estimulará a los participantes a mencionar todo lo que han podido entender de la narración. 5. Se procederá a explicar acerca de la frustración. 6. Se compartirá ejemplos de soluciones frente a la frustración. 7. Se culminará la sesión entregando a cada participante una paleta con un mensaje relacionado al tema. 8. Se desarrollará una breve dinámica de despedida
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará recoger y anotar en el cuaderno de actividades de familiares y amigos qué hacer en situaciones que generen frustración (Mínimo tres).

MÓDULO 5	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 25:	“Enfrentando la presión de grupo”
2. OBJETIVO:	Lograr que todos los participantes aprendan a decir No ante la presión negativa de grupo.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se saludará afectuosamente a todos los participantes. 2. Se desarrollará un sociodrama relacionado al tema principal de la sesión. 3. Se procederá a realizar preguntas recogiendo las opiniones de todos. 4. Se explicará acerca de lo que significa la presión de grupo. 5. Se realizará un segundo sociodrama en donde se interpretarán ejemplos adecuados para afrontar la presión de grupo. 6. Se formarán grupos equitativos, se entregará nota en donde se colocará una situación en donde los participantes darán a conocer sus soluciones.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Poner en práctica el decir NO frente a una presión de grupo y registrar la experiencia en el cuaderno de habilidades.

MÓDULO 5:	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 26:	“Solucionar problemas con los demás”
2. OBJETIVO:	Entrenar a los participantes en el uso de estrategias para la resolución de conflictos.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al empezar se saludará a todos los niños y niñas agradeciendo la participación del grupo. 2. Se desarrolla una breve dinámica para fomentar la confianza con los participantes. 3. Se presentará una imagen relacionada al tema central de la sesión. 4. Se realizan preguntas a los participantes con la intención de recoger ideas previas. 5. Se entregará a cada participante la Ficha Nº 1, donde deberán marcar algunas posibles soluciones. 6. Se procede a explicar el tema central de la sesión. 7. Se entregará la Ficha Nº 2 y deberán resolverla solos. 8. Posteriormente, se reforzarán las ideas más importantes de la sesión.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Deberán resolver las Ficha Nº 3

MÓDULO 5:	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 27:	“Defenderse de las críticas de los demás”
2. OBJETIVO:	Conseguir que los niños y niñas sepan hacer y recibir críticas.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se iniciará saludando afectuosamente a todos los participantes del grupo. 2. Se presentará una imagen relacionada al tema central de la sesión. 3. Se realizan preguntas a los participantes con la intención de recoger ideas previas. 4. Se entregará a cada participante la Ficha Nº 1, donde deberán marcar algunas posibles soluciones. 5. Se procede a explicar el tema central de la sesión. 6. Se entregará la Ficha Nº 2 y deberán resolverla solos. 7. Posteriormente, se reforzarán las ideas más importantes de la sesión. 8. Se desarrollará una breve dinámica de despedida.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Resolver Ficha Nº 2.

MÓDULO 5:	HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
1. SESIÓN 28:	“Superando la vergüenza”
2. OBJETIVO:	Incentivar que los participantes identifiquen los pensamientos que refuerzan su sentimiento de vergüenza y que aprendan a tener pensamientos positivos.
3. MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de habilidades • Cartuchera con útiles escolares • Pizarra • Plumones • Cartilla Nº 1
4. DESARROLLO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludaremos a los participantes mostrando alegría por la presente sesión. 2. Se revisará rápidamente la tarea de la sesión pasada a todos los participantes, reforzando las ideas principales. 3. Se narrará una historia relacionada al tema de la sesión. 4. Se buscará que los participantes mencionen todo lo que han podido entender de la narración. 5. Se explicará el tema y se entregará Ficha Nº 1, posteriormente se reforzarán las ideas más importantes de la sesión. 6. Se agradecerá la participación de todos. 7. Se culminará la sesión entregando a cada participante un detalle con un mensaje relacionado al tema.
5. TIEMPO:	35 a 40 min
6. RECREANDO LO APRENDIDO:	Se solicitará poner en práctica lo aprendido durante el módulo.

CASOS CLINICOS

Garcia Ccahuana, Hanyi Gisela

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: V. M. G. A.
Fecha de nacimiento	: 04 de Enero del 2010
Edad	: 8 años
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Sexo	: Masculino
Grado de instrucción	: 3º de primaria
Religión	: Católico
Informante(s)	: La madre, maestra y el evaluado
Procedencia	: Arequipa
Referido por	: La docente del aula
Lugar de entrevista	: Departamento de Psicología de la I.E.
Fecha de entrevista	: 07 de abril del 2018
Nombre del entrevistador	: Hanyi Gisela Garcia Ccahuana

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es referido al departamento de Psicología por la docente del aula, quien manifiesta que el menor se muestra muy inquieto durante clases, se distrae fácilmente, “parece no escuchar en primera instancia las indicaciones”, se frustra fácilmente ante dificultades y su rendimiento escolar ha disminuido.

III. PROBLEMA ACTUAL

La profesora ha notado que hace un mes aproximadamente el menor no quiere colaborar en clase, parece no escuchar a las indicaciones que se le da hasta que la docente se acerca a él para reiterárselas, no obedece, llora con facilidad cuando encuentra dificultades en la realización de las tareas y tiende a arrugar, romper y/o rayar el material que se le asigna, por lo que requiere de mayor supervisión; además, durante el desarrollo de sus actividades académicas busca constantemente jugar con sus compañeros.

Del mismo modo, la madre ha notado cambios, indica que hasta hace poco, la abuelita materna se encargaba del cuidado del menor cuando la madre trabajaba, pero debido al bajo rendimiento escolar y al comportamiento inadecuado de su hijo tuvo que dejarlo para encargarse enteramente de su crianza, también refiere que el menor ha vuelto a requerir de su ayuda para vestirse y alimentarse, no presta atención ni hace caso cuando se le pide que realice o deje de hacer algo y solo busca jugar con la computadora o mirar la televisión en horarios donde tendría que realizar sus deberes académicos. La madre manifiesta que antes de presentarse los problemas actuales el menor tenía un comportamiento sumiso y obediente y nunca le llamaron del colegio por algún inconveniente en referencia a su rendimiento o comportamiento.

El menor ha vivido en un ambiente donde anteriormente ha presenciado los conflictos verbales y físicos que se daban con familiares paternos, razón por la que tuvieron que mudarse, actualmente al dejar de trabajar la madre, el padre ha tenido que aumentar sus horarios de trabajo, estando más tiempo lejos de su familia, quién además, no tiene paciencia con el niño cuando se le tiene que corregir y solo tiende a gritarle.

IV. HISTORIA PERSONAL

Periodos del desarrollo

- A) Etapa Prenatal: El niño proviene de un embarazo no planificado, cuyos padres al aceptar la concepción decidieron casarse a la edad de veinte años para que naciera dentro de un matrimonio, el transcurso de la gestación se manifestó sin ninguna complicación física, no obstante; la madre indica que recurrentemente discutía con su pareja por temas relacionados al trato con los familiares de su esposo, por lo que su estado emocional fue inestable, ya que se sentía triste y nerviosa
- B) Etapa Natal: El embarazo duró nueve meses y dos semanas, el parto se dio de forma natural, fue atendido en un hospital. Nació pesando tres kilos con

doscientos cincuenta gramos, lloró al momento de nacer y no presentó complicaciones.

C) Etapa Post-natal

- a) *Alimentación:* El niño recibió lactancia materna hasta los ocho meses, no presentó dificultad en el destete, complementando su alimentación con papillas desde los 6 meses con buena tolerancia a ellos. Actualmente, se niega a comer solo, por lo que su madre tiene que ayudarle.
- b) *Desarrollo psicomotor:* El evaluado irguió la cabeza a los 3 meses y se sentó solo a los 6 meses aproximadamente, a los 8 meses empezó a gatear, mientras que a los 10 meses empezó a dar sus primeros pasos, para posteriormente caminar solo sin ayuda de un adulto desde los 11 meses. En el presente, su coordinación motriz es adecuada.
- c) *Lenguaje:* Con respecto al desarrollo del lenguaje, empezó a balbucear a los 7 meses de nacido (“ma”, “pa”), a los 10 meses ya podía imitar algunos sonidos onomatopéyicos de animales y a los 12 meses comenzó a pronunciar sus primeras palabras. El desarrollo de su lenguaje en la actualidad se presenta sin dificultades.
- d) *Educación de esfínteres y hábitos higiénicos:* El control del esfínter vesical se dio cuando tenía 1 año y medio y el anal a los 2 años. Sin embargo, a pesar de que a los 5 años ya controlaba adecuadamente esfínteres, la madre notó que el menor cuando presenciaba discusiones con su pareja, en algunas ocasiones se orinaba por las noches.
- e) *Sueño:* Durante el primer año, dormía aproximadamente 17 horas durante el lapso de la noche y el día, tiempo que fue disminuyendo a medida que el menor fue desarrollándose. Actualmente, duerme solo, de 10 a 11 horas diarias. No presenta dificultades para conciliar el sueño

- f) *Etapa pre-escolar:* El menor inició sus estudios a los 3 años, lloró poco durante las semanas de adaptación escolar y su desenvolvimiento a nivel social con sus compañeros se dio con normalidad.
- g) *Etapa escolar:* Empezó a los 6 años, la madre indica que el menor se sintió un poco afectado por el cambio de profesora, puesto que extrañaba a la anterior, no obstante se adaptó adecuadamente. El primer y segundo grado de primaria se desarrolló con normalidad. En el presente, la maestra refiere que en clases, el niño se distrae con facilidad, buscando jugar con sus compañeros en todo momento o quitándoles sus cosas a modo de juego, da la impresión de no escuchar a las indicaciones que se le hace, por lo que de forma constante tienen que repetírselas de cerca. Su rendimiento académico se ha visto afectado, llora con facilidad frente a dificultades en el desarrollo de las actividades y maltrata el material de trabajo, además, la profesora indica que requiere y responde adecuadamente frente a la supervisión y la recompensa.

Antecedentes mórbidos personales

- A) Enfermedades y accidentes: La madre no refiere alguna enfermedad de gravedad o accidente, sólo las comunes relacionadas a resfrios o problemas estomacales. Hace poco le realizaron un examen de audiometría y descartaron problemas auditivos.
- B) Personalidad pre-mórbida: El evaluado desde pequeño se caracterizó por ser un niño sociable; tranquilo, cariñoso, sumiso y obediente, cuando tenía cuatro años; durante una breve etapa, se comía las uñas cuando se sentía nervioso frente a tono de voz elevado de su madre. Se adaptó a la primaria con normalidad.en la actualidad su comportamiento ha cambiado, se muestra distraído, desobediente e inquieto, se frustra y llora con facilidad, reaccionando de forma impulsiva y violenta frente a las dificultades, destruyendo o maltratando objetos. No obstante, en términos generales; se relaciona adecuadamente con sus compañeros.

- C) Juegos: Actualmente, el evaluado puede pasar varias horas jugando en la computadora o mirando la televisión, la madre señala que en ocasiones se concentra tanto que no parpadea, por lo que le lagrimean los ojos.
- D) Sociabilidad: El niño generalmente se relaciona adecuadamente con sus pares, aunque en ciertas circunstancias tiende a querer realizar todas las posiciones de los juegos, lo que ha generado cierta incomodidad en sus compañeros. Se relaciona con los adultos tímidamente al inicio.

V. HISTORIA FAMILIAR

- A) Composición familiar: El menor es único hijo, su padre tiene 28 años, es técnico en mantenimiento de maquinaria pesada, aunque no lo ejerce, trabaja actualmente como conductor fuera de la ciudad, por lo que pasa mucho tiempo lejos y se encuentra con su familia una semana al mes. Se caracteriza por tener actitud parca, se irrita y pierde la paciencia con facilidad cuando tiene que corregir al menor, quien por lo general es reprendido. No obstante, cuando se encuentra de buen humor, juega con su hijo y es afectivo con él, quien busca constantemente de la compañía del mismo.

La madre, también con 28 años, ha concluido sus estudios secundarios, hasta hace poco se estuvo desempeñando en el rubro de las ventas, pero tuvo que dejar su trabajo frente a los actuales problemas relacionados al menor y para dedicarse exclusivamente a su crianza, admite que le está costando adaptarse a las nuevas circunstancias puesto que siempre ha trabajado. Se caracteriza por ser pasiva, tolerante, cariñosa, pero explosiva cuando pierde la paciencia, manifiesta que a veces es complaciente con su hijo, comparando su actitud con la de algunos años atrás cuando era estricta y renegona, trata que el menor le obedezca amenazándolo con suprimirle sus tiempos de ocio.

- B) Dinámica familiar: El evaluado ha vivido desde antes de su nacimiento en un ambiente donde sus padres tenían constantemente problemas con la familia paterna con quienes compartía vivienda, ha presenciado agresiones y discusiones, por lo que hace dos meses aproximadamente se han mudado a otra

casa, su madre es quien se encarga actualmente de su crianza, mientras que su padre trabaja la mayor parte del tiempo.

VI. HISTORIA SOCIO-ECONÓMICA

La familia habita en una vivienda alquilada de 3 habitaciones, de material noble y cuentan con los servicios básicos. La manutención del hogar inicialmente estaba a cargo de ambos padres, pero en la actualidad debido a las circunstancias suscitadas, quién se encarga económicoamente de cubrir las necesidades del hogar es el padre, por ello trabaja más tiempo fuera de la ciudad. El sueldo que percibe cubre ajustadamente los gastos económicos del mes, por lo que se limitan en cuanto a salidas de esparcimiento.

VII. RESUMEN

El menor, es hijo único, proviene de un embarazo no planificado, sus padres tienen 28 años, el padre es conductor y trabaja fuera de la ciudad, mientras que la madre es ama de casa. Durante el desarrollo pre-natal la madre pasó por un estado emocional inestable no presentando complicaciones durante el parto. Su desarrollo psicomotor fue adecuado, cuando el menor tenía cinco años, en ciertas ocasiones se orinaba en las noches cuando previamente había presenciado discusiones familiares entre sus padres. Desde muy pequeño se caracterizó por ser un niño amoroso, sociable, sumiso y obediente, a los cuatro años durante una corta temporada se comía las uñas cuando su madre elevaba el tono de voz para dirigirse a él.

El inicio de la etapa escolar, se dio sin mayores dificultades, así como su desenvolvimiento social, era un alumno con promedio regular. Actualmente, su comportamiento ha cambiado, durante clases se muestra desobediente, distraído como si no escuchara, llora y maltrata con facilidad el material de trabajo cuando cree no poder realizar las actividades que se le pide, busca jugar con sus compañeros en horarios inadecuados y su rendimiento escolar ha disminuido, no obstante se lleva bien con la mayoría de sus compañeros, con quiénes no tiene problemas para compartir sus objetos personales y responde adecuadamente frente a la supervisión de la profesora y recompensa. En casa, el menor manifiesta las mismas conductas,

pone resistencia para cumplir con sus tareas escolares y para dejar de jugar con la computadora o mirar televisión, además, ha vuelto a necesitar de la ayuda de su madre para comer y vestirse.

El menor vive con sus padres, hace poco tiempo se mudó a una vivienda alquilada debido a los constantes conflictos que sus padres tenían con familiares paternos, su situación económica es escasa y debido a la situación del menor su madre tuvo que dejar de trabajar para dedicarse a su cuidado permanente, por lo que el padre recientemente, tiene que trabajar más tiempo fuera de la ciudad. El padre tiene generalmente una actitud parca, irritable y poco paciente con el evaluado cuando tiene que corregir su comportamiento y tiende a reprenderle, mientras que la madre se muestra complaciente, tolerante, cariñosa y pasiva, pero explosiva cuando pierde la paciencia.

Hanyi Gisela García Ccahuana

Bachiller de Psicología

HISTORIA ESCOLAR

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : V. M. G. A.
Fecha de nacimiento : 04 de Enero del 2010
Edad : 8 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : 3° de primaria
Religión : Católico
Informante(s) : La madre, maestra y el evaluado
Procedencia : Arequipa
Referido por : La docente del aula
Lugar de entrevista : Departamento de Psicología de la I.E.
Fecha de entrevista : 07 de abril del 2018
Nombre del entrevistador : Hanyi Gisela Garcia Ccahuana

II. ANTECEDENTES DE LA HISTORIA ESCOLAR

- A) Etapa pre-escolar: Se inició a los 3 años, durante las primeras semanas de adaptación escolar lloró poco; posteriormente, mostraba entusiasmo para asistir al jardín, y cooperaba con la ejecución de sus deberes escolares.
- a) *Contexto escolar:* El niño se mostraba tranquilo en esta etapa, jugaba con sus coetáneos y nunca se presentó algún problema resaltante.
- b) *Contexto educativo:* La madre manifiesta conformidad cuando se refiere al desarrollo de las capacidades del niño en esta institución, donde lo motivaban constantemente, recibía afecto por parte de la profesora y participaba de todas las actividades que la institución programaba.
- B) Etapa escolar: Comenzó a los 6 años, inicialmente se sintió afectado por el cambio de maestra y lloraba porque extrañaba a la anterior, sin embargo, se

adaptó adecuadamente y su desenvolvimiento en el primer y segundo grado se realizó con normalidad. Mientras que ambos padres trabajaban, el niño se encontraba bajo el cuidado de su abuela materna, cuando la madre regresaba del trabajo revisaba los cuadernos del menor.

- a) *Contexto escolar:* Mantiene buenas relaciones con sus compañeros, aunque últimamente se levanta constantemente de su lugar para molestarlos y en ocasiones a modo de juego les quita sus cosas para esconderlas. Algunos días se muestra más presto en asistir a su institución y responde positivamente ante la supervisión y recompensas de la docente.
 - b) *Contexto educativo:* Los padres del menor muestran conformidad con el colegio al que asiste desde que inició la primaria debido a las actividades que realizan y a la preocupación de los docentes por el comportamiento y rendimiento de los alumnos; así mismo, tienen buenas referencias sobre la institución.
- C) Hábitos de estudio: El menor no cuenta con horarios específicos para realizar sus actividades escolares, usualmente mira televisión o juega con la computadora antes de realizarlas, cuando encuentra dificultades adopta una actitud negativa, por lo que en ocasiones el niño actúa según sus preferencias. En relación a sus deberes escolares, quien anteriormente se encargaba era la abuela materna, pero debido al comportamiento que el menor ha presentado es la madre quien se dedica a supervisar la realización de las mismas.
- D) Se encuentra motivado para aprender: Anteriormente el menor mantenía un rendimiento escolar promedio, pero últimamente este ha disminuido debido al comportamiento que manifiesta. No le gustan las matemáticas y prefiere las tareas que implican dibujo y pintura, donde muestra buena disposición.
- E) Uso del tiempo libre: Juega con la computadora (juegos educativos) o mira televisión más de tres horas por día, ha llegado a concentrarse tanto que en ocasiones no parpadea lo que ha ocasionado resequedad en los ojos y lagrimeo.

III. CONCLUSIONES

- Inició su etapa pre-escolar y escolar a los 3 y 6 años respectivamente, donde se adaptó con normalidad.
- Gusta de jugar en grupo con sus compañeros.
- Responde positivamente frente a las recompensas y supervisión de la profesora.
- El niño no cuenta con hábitos establecidos de estudios, ni horarios acorde a sus deberes y tiempos libres.
- Manifiesta comportamientos negativos al encontrarse con dificultades en sus labores académicas, dañando el material que se le asigna.
- Su rendimiento escolar ha disminuido.

IV. RECOMENDACIONES

- Establecer un sistema de recompensas que facilite controlar y monitorear las actividades del menor, con relación a horarios de estudio.
- Equilibrar el uso de la televisión y la computadora acorde a su edad.
- Fomentar las actividades académicas donde el niño muestre buena disposición.

Hanyi Gisela García Ccahuana

Bachiller de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : V. M. G. A.
Fecha de nacimiento : 04 de Enero del 2010
Edad : 8 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : 3º de primaria
Religión : Católico
Informante(s) : La madre, maestra y el evaluado
Procedencia : Arequipa
Referido por : La docente del aula
Lugar de entrevista : Departamento de Psicología de la I.E.
Fecha de entrevista : 07 de abril del 2018
Nombre del entrevistador : Hanyi Gisela Garcia Ccahuana

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

El evaluado, es un niño de 8 años, quien al inicio de las entrevistas se mostró tímido e intranquilo; movía sus piernas constantemente, presentaba sudoración en las manos cuando hallaba dificultades con respecto a actividades que se le pedía realizar, sus respuestas eran rápidas y cortas, se distraía con facilidad, por lo que era necesario enfocarlo nuevamente a las actividades programadas. Con el transcurso de la evaluación fue mostrándose relajado, tranquilo, predisposto a colaborar y optimista cuando se le motivaba.

III. INSTRUMENTOS O TÉCNICAS PSICOLÓGICAS UTILIZADOS

- Cuestionario de ansiedad infantil (CAS)
- Test de la familia

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. Cuestionario de ansiedad infantil (CAS)

- a) Análisis cuantitativo

	Puntaje directo	Centil	Interpretación
Ansiedad	15	98	Alto

- b) Análisis cualitativo

Un nivel ALTO de ansiedad puede aparecer como respuesta normal a un peligro o amenaza que el niño puede manifestar o interpretar en respuesta a factores estresantes que se suscitan en su contexto.

B. Test de la familia

Presenta sentimientos de desvalorización de su autoimagen, autocontrol frente a las presiones, insatisfacción sobre el ambiente que le rodea, ansiedad, distancia emocional, pobre comunicación, mayor sensibilidad ante situaciones ligadas a lazos familiares (probablemente sea su padre el personaje que más admira, envidia o teme). Con relación a sus características personales, el niño posee capacidad de adaptación con tendencia hacia la practicidad, mayor contacto y madurez ante acontecimientos que vivencia,

V. RESUMEN

Los resultados indican que el evaluado muestra ansiedad, expresada a través de la timidez, intranquilidad, distraibilidad acompañada de inquietud motriz, sudoración de manos, respuestas rápidas y cortas ante situaciones desconocidas, estresantes o amenazantes. Además, evidencia sentimientos relacionados a la desvalorización sobre sí mismo, distanciamiento emocional con su familia que se manifiesta en la necesidad de comunicación, así como poseer la capacidad de adaptación y madurez para interpretar las situaciones que se desarrollan en su medio circundante.

INFORME PSICOPEDAGÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : V. M. G. A.
Fecha de nacimiento : 04 de Enero del 2010
Edad : 8 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : 3º de primaria
Religión : Católico
Informante(s) : La madre, maestra y el evaluado
Procedencia : Arequipa
Referido por : La docente del aula
Lugar de entrevista : Departamento de Psicología de la I.E.
Fecha de entrevista : 07 de abril del 2018
Nombre del entrevistador : Hanyi Gisela Garcia Ccahuana

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es referido al departamento de Psicología por la docente del aula, quien manifiesta que el menor se muestra muy inquieto durante clases, se distrae fácilmente, “parece no escuchar en primera instancia las indicaciones”, se frustra fácilmente ante dificultades y su rendimiento escolar ha disminuido.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación de la conducta
- Entrevista
- Cuestionario de ansiedad infantil (CAS)
- Test de la familia

IV. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

El evaluado, es un niño de 8 años, quien al inicio de las entrevistas se mostró tímido e intranquilo; movía sus piernas constantemente, presentaba sudoración en las manos cuando hallaba dificultades con respecto a actividades que se le pedía realizar, sus respuestas eran rápidas y cortas, se distraía con facilidad, por lo que era necesario enfocarlo nuevamente a las actividades programadas. Con el transcurso de la evaluación fue mostrándose relajado, tranquilo, predisposto a colaborar y optimista cuando se le motivaba.

V. COMPORTAMIENTO EN EL AULA

La docente señala que el comportamiento del menor ha cambiado, durante clases se muestra desobediente, distraído como si no escuchara, por lo que la profesora tiene que acercarse a su lugar para repetirle las indicaciones, llora con facilidad y maltrata el material de trabajo que se le asigna cuando encuentra dificultades en el desarrollo de las actividades que se le pide, busca constantemente jugar con sus compañeros en horarios inadecuados y su rendimiento escolar se ha visto afectado, no obstante maneja buenas relaciones con la mayoría de sus coetáneos, con quienes puede compartir sus objetos personales y la docente ha notado q

VI. DATOS RELEVANTES DE LA HISTORIA Y DESARROLLO GENERAL

El menor, es hijo único, su padre es conductor y trabaja fuera de la ciudad, mientras que la madre es ama de casa. El periodo pre-natal se presentó con inestabilidad emocional de la madre debido a discusiones con su esposo y familiares; no obstante el parto y la etapa post-natal se dio con normalidad al igual que el desarrollo psicomotor; como el erguimiento de la cabeza, el gateo, el desarrollo del lenguaje, etc. y con respecto al control de esfínteres estos se presentaron sin inconvenientes. En el inicio de la etapa pre-escolar y escolar su desenvolvimiento fue adecuado.

Desde muy pequeño se caracterizó por ser un niño amoroso, sociable, sumiso y obediente. Actualmente, su comportamiento ha cambiado, puesto que pone resistencia para cumplir con sus tareas escolares y para dejar de jugar con la

computadora o mirar televisión, presenta un comportamiento negativo y llora con facilidad ante las frustraciones, además, ha vuelto a necesitar de la ayuda de su madre para comer y vestirse.

Hace unos meses se ha mudado a una vivienda alquilada, como consecuencia de los constantes conflictos que sus padres mantenían con familiares paternos y debido a la situación actual del menor su madre dejó de trabajar para encargarse exclusivamente de su cuidado; además, la situación económica es escasa, por lo que el padre recientemente, tiene que trabajar más tiempo fuera de la ciudad. El padre mantiene generalmente una actitud parca, irritable y poco paciente cuando tiene que corregir el comportamiento del niño y tiende a reprenderle, mientras que la madre se muestra complaciente, tolerante, cariñosa y pasiva, pero explosiva cuando pierde la paciencia.

VII. NIVEL DE DESARROLLO DE DESEMPEÑO CURRICULAR

El evaluado anteriormente ha mantenido un rendimiento escolar promedio, lo que en la actualidad ha cambiado, puesto que su desempeño académico ha disminuido, presenta mayores dificultades en el área de matemáticas, curso que no es de su preferencia y tiene una inclinación por las actividades relacionadas al dibujo y a la pintura.

VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tomando en consideración los datos hallados durante la entrevista, observación, evaluaciones y características individuales del niño, permite señalar que los problemas ligados al entorno familiar que desencadenaron los cambios que se han suscitado como; nuevo domicilio, nuevo trabajo del padre que lo mantiene mayor tiempo distanciado del menor, la presencia permanente de la madre, así como la ausencia de métodos adecuados de crianza, rutinas y hábitos de estudio han generado inestabilidad en el área emocional, social, conductual y familiar del niño, lo que ha dado como resultado conductas ansiosas (palmo sudoración, llanto, movimiento de las piernas, respuestas rápidas y cortas), intolerancia a la frustración; respuestas de oposición frente a las figuras de autoridad; en la casa y en escuela

(lugares donde se desarrolla la mayor parte del tiempo), así como sentimientos negativos contra sí mismo y búsqueda de comunicación.

IX. DIAGNÓSTICO

El evaluado, es un niño colaborador, tranquilo, optimista cuando se le estimula y presenta en la evaluación Problemas de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones, resaltando en este caso la ansiedad, influenciado a su vez por un soporte familiar inadecuado.

X. RECOMENDACIONES

- Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia para fortalecer lazos positivos.
- Fortalecer lazos positivos en la familia a través de la comunicación y tiempos de calidad
- Buscar métodos que hagan frente a los comportamientos ansiosos y frustrantes que el menor presenta.
- Fomentar un sistema de recompensas correspondiente a sus actividades académicas y actual comportamiento del menor, donde pueda involucrarse también la docente del aula.
- Tener mayor control en casa para monitorear el cumplimiento de hábitos y horarios de estudio.
- Equilibrar el uso de la televisión y la computadora acorde a la edad que el niño manifiesta.
- Fomentar las áreas académicas o actividades productivas donde el niño muestre buena disposición.

Hanyi Gisela García Ccahuana

Bachiller de Psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : V. M. G. A.
Fecha de nacimiento : 04 de Enero del 2010
Edad : 8 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : 3° de primaria
Religión : Católico
Informante(s) : La madre, maestra y el evaluado
Procedencia : Arequipa
Referido por : La docente del aula
Lugar de entrevista : Departamento de Psicología de la I.E.
Fecha de entrevista : 07 de abril del 2018
Nombre del entrevistador : Hanyi Gisela Garcia Ccahuana

II. DIAGNÓSTICO

El evaluado, es un niño colaborador, tranquilo, optimista cuando se le estimula y presenta en la evaluación Problemas de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones, resaltando en este caso la ansiedad, influenciado a su vez por un soporte familiar inadecuado.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia.
- Mejorar el comportamiento y rendimiento escolar del niño en el aula, regulado por un sistema de recompensas desde casa.
- Regular los niveles de ansiedad.

IV. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- Terapia cognitiva-conductual
- Técnicas de relajación
- Técnicas de manejo de emociones

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Un mínimo de 6 sesiones, con una duración aproximada entre 30 a 45 minutos, una vez a la semana, por un mes y medio. En la mayoría de las sesiones se busca la participación de todos los miembros de la familia.

VI. DESARROLLO

A continuación, se describe el desarrollo de cada una de las sesiones planteadas.

Sesión 01	Todos tenemos deberes																																																															
Objetivos	Establecer responsabilidades claras de todos los miembros de la familia.																																																															
Materiales	Hojas bond, cartulinas, papel de colores, plumón.																																																															
Participantes	Todos los miembros de la familia																																																															
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la sesión entregando masa casera (de harina y pintura), con la finalidad de relajar el ambiente y que todos puedan sentirse cómodos. • Se habla de la importancia de conocer los derechos, pero también de las obligaciones que le corresponde a cada persona para posteriormente entrar en el tema. • Se solicita establecer claramente todos los deberes que cumplen todos los miembros de la familia y se puede elaborar una especie de horario grande para cada uno, donde deberán registrar todos los días el cumplimiento de cada deber colocando una carita feliz. <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>CONDUCTA-NORMA</th> <th>LUNES</th> <th>MARTES</th> <th>MIÉRCOLES</th> <th>JUEVES</th> <th>VIERNES</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Me siento correctamente.</td> <td>😊</td> <td>😊</td> <td>😢</td> <td>😊</td> <td>😊</td> <td>4😊 1😢</td> </tr> <tr> <td>Obedezco a la maestra.</td> <td>😊</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No insulto a mis compañeros-as ni maestra.</td> <td>😊</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No grito a mis compañías y mi maestra.</td> <td>😊</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo en clase.</td> <td>😊</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo la tarea hecha.</td> <td>😢</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cuido mi material escolar.</td> <td>😊</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>😊</td> <td>😊</td> <td>😢</td> <td>😊</td> <td>😊</td> <td>4😊 1😢</td> </tr> </tbody> </table> <p>(😊😊😊😊😊😊😊😊😢😢😢😢😢😢😢😢😢😢😢😢😢)</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Se continuará este tema en la siguiente sesión. 	CONDUCTA-NORMA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL	Me siento correctamente.	😊	😊	😢	😊	😊	4😊 1😢	Obedezco a la maestra.	😊						No insulto a mis compañeros-as ni maestra.	😊						No grito a mis compañías y mi maestra.	😊						Trabajo en clase.	😊						Trabajo la tarea hecha.	😢						Cuido mi material escolar.	😊						TOTAL	😊	😊	😢	😊	😊	4😊 1😢
CONDUCTA-NORMA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL																																																										
Me siento correctamente.	😊	😊	😢	😊	😊	4😊 1😢																																																										
Obedezco a la maestra.	😊																																																															
No insulto a mis compañeros-as ni maestra.	😊																																																															
No grito a mis compañías y mi maestra.	😊																																																															
Trabajo en clase.	😊																																																															
Trabajo la tarea hecha.	😢																																																															
Cuido mi material escolar.	😊																																																															
TOTAL	😊	😊	😢	😊	😊	4😊 1😢																																																										
Tiempo	30-45 minutos																																																															
Logros	Se reconoce el trabajo que realiza cada miembro y la importancia de la ejecución de los mismos en casa. Se relaja tensiones.																																																															

Sesión 02	Todos tenemos deberes y recompensas
Objetivos	Establecer y valorar los incentivos que cada miembro gana.
Materiales	Hojas bond, pañuelos de colores de tela.
Participantes	Todos los miembros de la familia
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita realizar alguna actividad física antes de la sesión para relajar los músculos. • Se juega en familia a lanzar por los aires pañuelos de tela de muchos colores y a moverlos al ritmo de música clásica. • Se empieza la sesión reforzando los deberes que se asignaron claramente a todos los miembros y se explica al niño el sistema de recompensas, dentro de los cuales, se incluye preferentemente recompensas relacionadas a: alimentos favoritos, tiempos en familia, pequeños juguetes, etc. de acuerdo a las posibilidades de la familia. • Por ejemplo: el cumplimiento del 50 % de los deberes en el día proporciona al niño el uso de la computadora o la televisión durante determinado tiempo. • Se va complejizando las recompensas con el tiempo. • Se finaliza la sesión firmando un diploma de compromiso para la ejecución de los deberes, el diploma se cuelga en cualquier parte visible de la casa como recordatorio.
Tiempo	30-45 minutos
Logros	Cada miembro se compromete a esforzarse por alcanzar y cumplir con las recompensas.

Sesión 03	Me concentro en mi respiración
Objetivos	Aprender a respirar en momento de tensión
Materiales	Plumas de colores.
Participantes	Todos los miembros de la familia
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita realizar alguna actividad física antes de la sesión para relajar los músculos. • Preferentemente se busca la comodidad estando sentados sobre alguna alfombra en el suelo, se esparce plumas de colores y soplando se busca que las muevan lo más lejos posible. • Luego, enseñamos a respirar en intervalos de cuatro tiempos, a tomar aire por la nariz y expulsar el aire por la boca lentamente. También se motiva a tratar de recordarlos cuando se atraviesa por situaciones estresantes. • Se hace mención sobre la importancia de concentrarse en la propia respiración en situaciones difíciles. • Finalmente se habla sobre el avance o dificultad con el sistema de recompensas.
Tiempo	30-45 minutos
Logros	Todos los miembros aprenden a respirar.

Sesión 4	Expresando sentimientos
Objetivos	Reconocer, aceptar y expresar las emociones.
Materiales	Hojas bond, cartulinas con rostros, papel de colores, plumones de colores, témpera.
Participantes	Todos los miembros de la familia
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan ejercicios de estiramiento general de todo el cuerpo. Se practica los ejercicios de respiración. • Preferentemente se busca la comodidad estando sentados sobre almohadas • Se habla sobre las emociones que se experimenta en determinadas situaciones. • Los padres cuentan anécdotas relacionadas a las emociones de las que se está explicando, a modo de ejemplo y se involucra al niño para que se anime a contar las suyas. • Se finaliza la sesión jugando a pintar con los dedos los rostros de todos los miembros de la familia. • Se realiza seguimiento al sistema de recompensas.
Tiempo	30-45 minutos
Logros	Todos los miembros expresaron sus emociones.

Sesión 05	Aprendiendo situaciones que me estresan
Objetivos	Desarrollar la habilidad de identificar situaciones que producen estrés.
Materiales	Papelógrafos, plumones de colores, témpera y pinceles.
Participantes	Todos los miembros de la familia
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita realizar alguna actividad física antes de la sesión para relajar los músculos. • Se practica los ejercicios de respiración y estiramiento de los músculos. • La sesión empieza con un saludo a todos los participantes manifestando el agrado de poder compartir la presente sesión. • Se procede a solicitar la atención respectiva para la narración de un breve relato. • Se realizan preguntas con el objetivo de obtener la mayor participación posible. • Se explica la importancia de la identificación y reconocimiento de situaciones que producen malestar (estrés) a través de ejemplos • Cada miembro marca en una hoja aquellas situaciones con las que se identifican o colocar otras que no se hayan considerado. • Se extiende los papelógrafos en el suelo y todos en familia realizan un dibujo que represente algún momento familiar.
Tiempo	30-45 minutos
Logros	Se aprende a reconocer situaciones que pueden producir estrés.

Sesión 06	Aprendiendo a comunicarme
Objetivos	Fomentar una comunicación asertiva
Materiales	Hojas bond, cartulinas, papel de colores, plumón, globos de carnaval, bolsas.
Participantes	Todos los miembros de la familia
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita realizar alguna actividad física antes de la sesión para relajar los músculos. • Se practica los ejercicios de respiración y estiramiento de los músculos. • Todos lanzan globos de carnaval inflados, por diferentes partes y luego compiten a recoger la mayor cantidad de globos en una bolsa. • Se habla sobre los estilos de comunicación: agresivo, pasivo y asertivo y el impacto de todas ellas en las personas. • En equipo dan un ejemplo de cada estilo de comunicación que hayan escuchado.
Tiempo	30-45 minutos
Logros	Aprendieron a reconocer las consecuencias de las diferentes tipos de comunicación en las otras personas.

VII. **LOGROS ALCANZADOS**

- Mejorías en la comunicación y en el fortalecimiento de lazos familiares positivos.
- Regulación de estados ansiosos a través de la respiración y la expresión de emociones.
- Mejorías en el comportamiento y rendimiento académico.

Hanyi Gisela García Ccahuana

Bachiller de Psicología

Nº 174

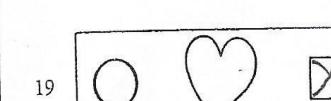
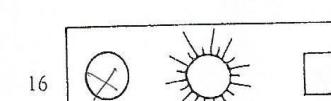
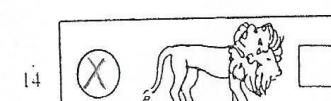
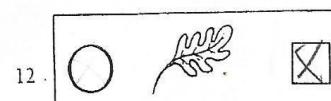
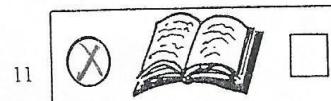
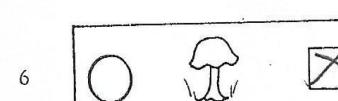
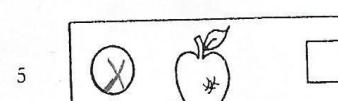
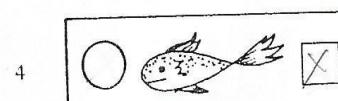
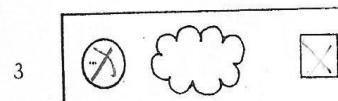
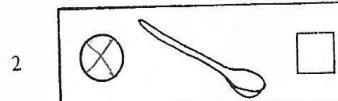
C A S - Hoja de Respuestas

Nombre y apellidos: _____ Edad: 8 años Meses: _____ Sexo: V M

Colegio: _____ Curso: _____ Ciudad: _____

Profesión padre: _____ Profesión madre: _____

PIEZA AQUI



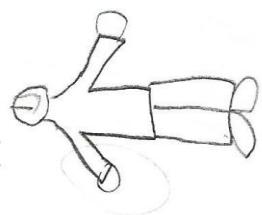
Puntuación directa

Puntuación centil



Copyright © 1989 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso del propietario original: Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, U.S.A. que se reserva todos los derechos - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. - Esta ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 11347 - 1989.

8 años
Sotero en la casa
Casa familiar
5 años



Salguero Alarta, Maira

ANAMNESIS

I. Datos de filiación

Nombres y apellidos	: A. K. R.
Edad	: 12 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/04/2006
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1° Secundaria
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Informante	: Madre y paciente
Religión	: Católica
Informante (s)	: Paciente y madre
Lugar de la evaluación	: I.E.P. "Percy Gibson Moller"
Evaluadora	: Maira Salguero Alarta

II. Motivo de consulta

El paciente llega al servicio de psicología por medio de su madre, la cual refiere que el menor necesita atención psicológica ya que fue diagnosticado con Trastorno Obsesivo Compulsivo y necesita el tratamiento y apoyo requerido.

III. Problema actual

La madre del paciente refiere que él era un niño normal hasta finalizar el tercer año de primaria donde empezó a mostrar ciertos cambios de comportamiento, durante ese año el menor es elegido alcalde del centro educativo donde estudiaba siendo un niño participativo en todas las actividades de la institución, al culminar el año académico el niño se

comienza a mostrarse apático con las relaciones sociales y alejándose de su grupo de amistades que solía tener. En cuarto año de primaria cambia de amistades e inicia a juntarse con el grupo de los chicos problema del aula, desarrollando comportamientos inadecuados; deja de cumplir con sus obligaciones académicas y a tener llamadas de atención constantes por parte de los docentes, adoptando conductas negativas a la vez revela habilidades por el canto e inicia a ir a la academia de música donde se sentía satisfecho.

Dentro del hogar deja de obedecer a la madre la cual presenta actitudes pasivas en la corrección de malos comportamientos del menor. La escuela se empieza a presentar hostil para él, deja cumplir sus obligaciones y a mentir en casa sobre estas, se vuelve intolerante ante cada falla, deja cada actividad que no puede realizar con satisfacción, comienza su interés por los juegos de internet y en línea e inicia a tener menos contacto social mostrándose más reacio a las reglas sociales.

Al ingresar a la secundaria el menor fue diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo por lo cual empieza a llevar terapia dos veces por semana donde no muestra mejoría, su rebeldía incrementa, inicia a desarrollar apatía al contacto social y deja de mostrar emociones con facilidad, por último deja la academia de música ya que no se siente cómodo en esta.

IV. Antecedentes personales

a) Etapa prenatal

El menor proviene de un embarazo no planificado, el padre mostro rechazo al saber que la madre estaba embarazada, en el primer trimestre del embarazo tuvo ciertas complicaciones, para el segundo trimestre mejora la condición de la madre con el padre y lleva el embarazo con total normalidad hasta el día del parto.

b) Etapa natal

El niño nace por parto eutóxico no presentando ninguna complicación durante el nacimiento.

c) Etapa post-natal

Durante los primeros tres meses el niño no se separa de la madre ya que este es llevado durante este tiempo al trabajo de la madre, porque esta no tenía con quien dejar al menor.

Alimentación

En cuanto a la alimentación no muestra problemas es alimentado por leche materna y a partir de los 6 meses con alimentos sólidos.

Desarrollo psicomotor

Su desarrollo psicomotor no presenta problemas: gateando a los siete meses y caminando al año, encontrándose dentro de los parámetros normales

Lenguaje

En el desarrollo del lenguaje no presentó ninguna dificultad.

Esfínteres y hábitos de higiene

En cuanto al control de esfínteres no desarrolló dificultades, teniendo control de ellas, de manera diurna a los 2 años y cuatro meses y en la nocturna a los 2 años y siete meses.

Sueño

En relación a los hábitos del sueño el menor dormía menos horas de lo común se acostaba tarde y se levantaba temprano, teniendo dificultades para la conciliación del sueño.

d) Etapa pre-escolar

Inicia el jardín a los tres años de edad sin ningún problema para adaptarse, al pasar a la primaria el niño se presenta sociable e inicia su interés por el canto aprovechando cada actuación para demostrar dicha habilidad, comienza la academia de defensa personal

e) Etapa escolar

Al iniciar el colegio no presenta dificultades; durante los dos primeros años, en tercer año de primaria es elegido alcalde del centro educativo al que asistía, durante su cuarto año de primaria comienza a tener dificultades en cuanto a las relaciones sociales (cambia de amistades) e inicia a tener conflictos en el colegio, se presenta rebelde tanto dentro del colegio y el hogar, también durante este año la madre lo matricula en una academia de música donde muestra mucho interés por dicha actividad.

Al ingresar a la secundaria abandona la academia de música ya que esta no cumplía sus expectativas personales, es llevado al psicólogo donde lo diagnostican con trastorno obsesivo compulsivo e inicia su terapia dos veces por semana. El menor durante este año se presenta más rebelde no mostrando respeto por la reglas, miente para no cumplir sus obligaciones, se muestra apático con las responsabilidades y las normas sociales.

V. Antecedentes familiares

Composición familiar:

El paciente vive dentro de una familia estructurada siendo el menor de los hijos, tiene un hermano mayor con el cual refiere que se lleva bien no teniendo ningún problema en cuanto a su relación de hermanos, siendo su hermano mayor un adolescente de 16 años, ambos hermanos estudian dentro de la misma institución durante este año. La madre es contadora y esta se desenvuelve dentro de su profesión ya que con esto sostiene el hogar, el padre es técnico en maquinaria pesada no ejerce actualmente ya que fue diagnosticado con el Trastorno Obsesivo Compulsivo a la limpieza lo cual no le permite trabajar ya que este actualmente no recibe tratamiento porque él no lo desea, el padre menciona que todo lo tiene bajo control, él se queda siempre en casa ayudando con la limpieza del hogar no permitiendo a los hijos andar desaseados y siendo rígido con ellos en cuanto a la limpieza, no le gusta participar dentro de las actividades escolares de sus hijos así como las familiares ya que le parece incomodo la interacción social puesto que no puede controlar la limpieza fuera del hogar.

Dinámica familiar:

La dinámica familiar no es adecuada puesto que el padre es paciente psiquiátrico con diagnóstico TOC a la limpieza y este no sigue el tratamiento requerido porque no lo desea, en cuanto a la madre presenta actitudes pasivas referente a la crianza del menor ya que no lo corrige ante conductas inadecuadas, en relación a las sanciones que recibe el niño por parte de ella solamente lo envía a su habitación. La relación de ambos padres no es buena; siempre discuten sobre la crianza de los menores así como la falta de compromiso y apoyo del padre en la educación de estos,

El hermano mayor es un adolescente, estudia con el paciente en el mismo colegio, en cuanto a su relación, el menor menciona que no presenta dificultades con él

VI. Condición socio-económica

El paciente vive en una casa de material noble con todos los servicios requeridos, la madre es la que trabaja para sostener el hogar y brindar todas las necesidades requeridas de la familia, el padre vive dentro del hogar y no ayuda económica actualmente ya que no encuentra trabajo, su hermano mayor estudia en el colegio y en la academia por las tardes.

VII. Resumen

El paciente proviene de un embarazo no planificado, el padre muestra rechazo al saber que la madre estaba embarazada, el primer trimestre del embarazo mostro ciertas complicaciones, al segundo trimestre del embarazo mejora la condición de la madre y lleva el embarazo con total normalidad hasta el día del parto.

El niño nace por parto eutócico no mostrando ninguna complicación durante el parto, durante los primeros tres meses el niño no se separa de la madre ya que este es llevado durante este tiempo al trabajo de la madre. Su desarrollo neuromotor es normal, en cuanto a la alimentación no muestra problemas es alimentado por leche materna y a partir de los 6 meses con alimentos sólidos, en relación al lenguaje no mostro dificultades en el desarrollo de este, controla sus esfínteres a partir de los dos años, en cuanto a los hábitos del sueño el menor dormía menos horas de lo común, se acostaba tarde y se levantaba temprano.

Inicia el jardín a los tres años de edad no presentando problemas para adaptarse, al pasar a la primaria el niño se muestra más sociable, inicia su interés por el canto aprovechando cada actuación para demostrarlo, empieza la academia de defensa personal. En 3º año de primaria es elegido alcalde del centro educativo al iniciar el 4º año de primaria comienza por tener dificultades con las relaciones

sociales cambia de amistades e inicia a tener problemas en el colegio, se muestra más rebelde tanto dentro del colegio y el hogar, también durante este año la madre lo matricula en la academia de música donde demuestra mucho interés.

Al ingresar a la secundaria abandona la academia de música ya que esta no cumplía sus expectativas, es llevado al psicólogo donde lo diagnostican con trastorno obsesivo compulsivo e inicia su terapia dos veces por semana. El menor durante este año se muestra rebelde no mostrando respeto por la reglas miente para no cumplir sus obligaciones, se muestra apático con las responsabilidades y las normas sociales.

En cuanto a la familia el menor vive en una familia estructurada, tiene un hermano mayor con el que se relaciona bien el padre es paciente psiquiátrico con diagnóstico TOC a la limpieza y este no sigue el tratamiento requerido porque no lo desea, en cuanto a la madre presenta actitudes pasivas referente a la crianza del menor. La relación de ambos padres no es buena; siempre discuten sobre la crianza de los hijos así como la falta de compromiso y apoyo del padre en la educación de estos.

Maira salguero Alarta
Bachiller de Psicología

EXAMEN MENTAL

1. Datos de filiación

Nombres y apellidos	: A. K. R.
Edad	: 12 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/04/2006
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1° Secundaria
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Informante	: Madre y paciente
Religión	: Católica
Informante (s)	: Paciente y madre
Lugar de la evaluación	: I.E.P. "Percy Gibson Moller"
Evaluadora	: Maira Salguero Alarta

Actitud, porte y comportamiento.

Paciente de 12 años de edad, que aparenta menor edad de la referida, contextura delgada y de estatura baja, de tez clara, cabello negro con aseo adecuado, vestido y arreglo personal óptimo, su expresión facial denota seriedad, tono de voz firme; postura erecta y de marcha rígida.

Actitud hacia el examinador y hacia el examen.

Se muestra por momentos con actitud suspicaz y evasiva a la evaluación y vigila al examinador para ver si sus respuestas son correctas.

Atención, conciencia y orientación.

Durante la evaluación el menor se encuentra en estado de alerta, su capacidad de atención y concentración es apropiada a lo largo de la entrevista, comprende con

facilidad las indicaciones que se le da en cada prueba. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

Lenguaje.

Posee un lenguaje fluido, coherente, articulado, con velocidad adecuada, su tono de voz es firme y seguro; da respuestas directas y cortantes ante una pregunta mas no explayándose en la contestación no permitiéndole tener una conversación espontanea.

Pensamiento.

En cuanto al curso del pensamiento es apropiado, de contenido coherente, razonando de acuerdo a la realidad.

Percepción.

El niño no presenta alteraciones perceptivas visuales, olfativas, auditivas ni táctiles estas se mantienen adecuadamente estables de acorde a su edad.

Memoria.

Memoria remota conservada, recuerda momentos de su infancia, memoria del pasado reciente esta conservada, ya que recuerda con precisión algunos hechos o noticias notables de los dos últimos años y su memoria reciente al igual que su memoria inmediata se encuentra conservada.

Inteligencia.

Presenta un funcionamiento intelectual normal siendo capaz de una adecuada discriminación de conceptos, resolución de situaciones prácticas y un vocabulario adecuado de acorde a su edad. Su capacidad de abstracción es correcta por lo que puede solucionar problemas de forma satisfactoria y coherente.

Estado de ánimo y afectos |

El menor se muestra irritable con respecto a temas familiares, presentándose frio lo cual no le permite expresar adecuadamente sus emociones, no obstante

mostraba afecto hacia la madre y al hermano en relación a la muestra de afecto hacia el padre es restringido por este.

Resumen.

Paciente de 12 años de edad, que aparenta menor edad de la referida, contextura delgada y de estatura baja, de aseo y vestir adecuado; postura erecta y de marcha rígida. Durante la evaluación el menor se muestra con una actitud suspicaz y evasiva; encontrándose en estado de alerta, comprendiendo con facilidad las indicaciones que se le dan para cada prueba; orientado en tiempo, espacio y persona.

Posee una inteligencia normal de acorde a su edad; con un pensamiento y lenguaje, claro, comprensivo, coherente, con una velocidad y contenidos adecuados, en cuanto a la percepción y memoria estas no presentan ninguna alteración.

El menor se muestra irritable con respecto a temas familiares, presentándose frío lo cual no le permite expresar adecuadamente sus emociones, no obstante mostraba afecto hacia la madre y al hermano en relación a la muestra de afecto hacia el padre es restringido por este.

Maira salguero Alarta

Bachiller de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

1. Datos de filiación

Nombres y apellidos	: A. K. R.
Edad	: 12 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/04/2006
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1° Secundaria
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Informante	: Madre y paciente
Informante (s)	: Paciente y madre
Lugar de la evaluación	: I.E.P. "Percy Gibson Moller"
Evaluadora	: Maira Salguero Alarta
Fechas de evaluación	: 24-10-2017 04-11-2017 07-11-2017 11-11-2017

2. Observación de la conducta

El paciente se muestra alineado, de contextura delgada y de talla baja para su edad, de tez clara, cabello oscuro y corto, ojos cafés, vestimenta adecuada para su edad, de caminar rígido. .

Desde el inicio y durante las evaluaciones el paciente se presentó rígido y suspicaz, mediante se avanza en estas, comenzó a desarrollar confianza, pero cuando se le iba preguntado y se percataba que estaba explayándose demás cambiaba de actitud y de tema, al iniciar cada evaluación se resistía a hacerla y preguntaba siempre porque debía hacerla.

3. Técnicas e instrumentos utilizados

Observación

Entrevista

Pruebas Psicométricos:

Test de personalidad Eynseck para niños.

Frases incompletas ZACS

Escala de Magallanes de adaptación (EMA)

4. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos

Test de personalidad Eynseck para niños.

N	E	L
7	12	7

De acuerdo a la dimensión “E” inferimos que el menor presenta rasgos del tipo introvertido lo que nos indicaría que: es una persona cuidadosa y escrupulosa con lo que realiza, planifica de antemano lo que va a llevar acabo, varia poco sus actividades. Siendo más retraído socialmente y reservado.

En la dimensión “N” encontramos que el menor es de tipo estable lo cual nos refiere que el niño es callado y tranquilo, lo cual le permite ser independiente de todos sus actos no buscando permiso para realizar cualquier actividad.

En la dimensión “L” la prueba manifiesta que presenta un puntaje de validez bajo.

Frases incompletas ZACS

Los resultados de la prueba nos permiten inferir que el menor busca la aceptación de su padre, en cuanto a la madre tiene sentimientos positivos hacia ella, busca protegerla teniendo sentimientos de culpa lo cual no le permite demostrar emociones que lo hagan ver vulnerable puesto que siempre se muestra una persona apática.

Presenta baja tolerancia al fracaso, al no permitirle realizar lo que él desea; así como el no poder realizar una actividad o tarea correctamente la abandona de manera intempestiva, aunque después de su conducta inadecuada presente sentimientos de culpa; siendo sensato de su actuar.

Presenta problemas para adaptarse a lugares nuevos, donde hay una gran cantidad de personas, así como el deseo de aceptación dentro de los grupos sociales.

Escala de Magallanes de adaptación (EMA)

		PD	PC	Nivel
Adaptación familiar	Padre	48	30	Bajo
	Madre	46	15	Bajo
Adaptación escolar	Profesores	20	20	Muy bajo
	Compañeros	28	30	Bajo
	Genérica	12	15	Muy bajo
Adaptación personal		58	80	Muy alto

De acuerdo a la evaluación podemos inferir que el menor presenta problemas en adaptación familiar con una puntuación baja, lo que nos indicaría que las relaciones con ellos no son óptimas, no permitiendo interactuar de manera adecuada dentro de su hogar. En cuanto a su adaptación escolar es de puntuación muy baja por lo que presenta dificultades en las relaciones con los profesores y compañeros, no permitiendo seguir normas sociales así mismo desafiando la autoridad dentro de su institución, En la adaptación personal refiere una

puntuación muy alta, lo cual señalaría que tiene un desarrollo personal óptimo y seguridad de sí mismo no desarrollando problemas personales.

5. Conclusión

Las evaluaciones correspondientes indicarían que el paciente es una persona rígida que le cuesta mostrar emociones, y con una actitud oposicionista a los adultos y autoridades. Siendo cuidadoso y escrupuloso con lo que realiza, planifica de antemano lo que va a llevar acabo, varia poco sus actividades siendo una persona retraída .y presentándose como una persona callada y tranquila

Busca reconocimiento y aceptación por parte de su padre y sentimientos de culpa, no acepta sus problemas echándoles la culpa de estos a los demás y que le den solución a sus problemas, tiende a ocultar sus sentimientos y emociones, le, no le gusta seguir las reglas ni normas, tiende a mentir para evitar responsabilidades, evita que invadan su intimidad tanto personal y familiar. Lo cual no le permitiría adaptarse adecuadamente dentro de su hogar y su medio social en el que se desenvuelve.

24 de Abril del 2018

*Maira salguero Alarta
Bachiller de Psicología*

INFORME PSICOLÒGICO

1. Datos generales

Nombres y apellidos	: A. K. R.
Edad	: 12 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/04/2006
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1° Secundaria
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante (s)	: Paciente y madre
Lugar de la evaluación	: I.E.P. "Percy Gibson Moller"
Evaluadora	: Maira Salguero Alarta

2. Motivo de la consulta

El paciente llega al servicio de psicología por medio de su madre, la cual refiere que el menor necesita atención psicológica ya que fue diagnosticado con Trastorno Obsesivo Compulsivo y necesita el tratamiento y apoyo requerido

3. Antecedentes personales y familiares

El paciente proviene de un embarazo no planificado, el padre muestra rechazo al saber que la madre estaba embarazada, el primer trimestre del embarazo mostró ciertas complicaciones, al segundo trimestre del embarazo mejora la condición de la madre y lleva el embarazo con total normalidad hasta el día del parto.

El niño nace por parto eutóxico no mostrando ninguna complicación durante el parto, durante los primeros tres meses el niño no se separa de la madre ya que

este es llevado durante este tiempo al trabajo de la madre. Su desarrollo neuromotor es normal, en cuanto a la alimentación no muestra problemas es alimentado por leche materna y a partir de los 6 meses con alimentos sólidos, en relación al lenguaje no mostro dificultades en el desarrollo de este, controla sus esfínteres a partir de los dos años, en cuanto a los hábitos del sueño el menor dormía menos horas de lo común, se acostaba tarde y se levantaba temprano.

Inicia el jardín a los tres años de edad no presentando problemas para adaptarse, al pasar a la primaria el niño se muestra más sociable, inicia su interés por el canto aprovechando cada actuación para demostrarlo, empieza la academia de defensa personal. En 3º año de primaria es elegido alcalde del centro educativo al iniciar el 4º año de primaria comienza por tener dificultades con las relaciones sociales cambia de amistades e inicia a tener problemas en el colegio, se muestra más rebelde tanto dentro del colegio y el hogar, también durante este año la madre lo matricula en la academia de música donde demuestra mucho interés.

Al ingresar a la secundaria abandona la academia de música ya que esta no cumplía sus expectativas, es llevado al psicólogo donde lo diagnostican con trastorno obsesivo compulsivo e inicia su terapia dos veces por semana. El menor durante este año se muestra rebelde no mostrando respeto por la reglas miente para no cumplir sus obligaciones, se muestra apático con las responsabilidades y las normas sociales.

En cuanto a la familia el menor vive en una familia estructurada, tiene un hermano mayor con el que se relaciona bien el padre es paciente psiquiátrico con diagnóstico TOC a la limpieza y este no sigue el tratamiento requerido porque no lo desea, en cuanto a la madre presenta actitudes pasivas referente a la crianza del menor. La relación de ambos padres no es buena; siempre discuten sobre la crianza de los hijos así como la falta de compromiso y apoyo del padre en la educación de estos.

4. Observaciones generales de la conducta

Paciente de 12 años de edad, que aparenta menor edad de la referida, contextura delgada y de estatura baja, de aseo y vestir adecuado; postura erecta y de marcha rígida. Durante la evaluación el menor se muestra con una actitud suspicaz y evasiva; encontrándose en estado de alerta, comprendiendo con facilidad las indicaciones que se le dan para cada prueba; orientado en tiempo, espacio y persona.

Posee una inteligencia normal de acorde a su edad; con un pensamiento y lenguaje, claro, comprensivo, coherente, con una velocidad y contenidos adecuados, en cuanto a la percepción y memoria estas no presentan ninguna alteración.

El menor se muestra irritable con respecto a temas familiares, presentándose frío lo cual no le permite expresar adecuadamente sus emociones, no obstante mostraba afecto hacia la madre y al hermano en relación a la muestra de afecto hacia el padre es restringido por este.

5. Técnicas e instrumentos utilizados

Observación

Entrevista

Pruebas Psicométricos:

Test de personalidad Eynseck para niños.

Frases incompletas ZACS

Escala de Magallanes de adaptación (EMA)

6. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos

Las evaluaciones correspondientes indicarían que el paciente es una persona rígida que le cuesta mostrar emociones puesto que no es muy expresivo, tiende a mentir para evitar responsabilidad con conducta desafiante a la autoridad, ya que

el niño vive en un hogar con un paciente psiquiátrico el cual lo restringe de diferentes actividades, así como malas pautas de crianza que no le permitieron desarrollar conductas deseadas para su desenvolvimiento adecuado en sus diferentes medios.

El paciente empezó a mostrar dificultades desde cuarto año de primaria, cambiando de amistades, dejando de cumplir con sus obligaciones presentándose apático con el contacto social, desafiando a la autoridad tanto dentro del colegio y el hogar

Presenta baja tolerancia a la frustración, por el actuar y presiones inapropiadas por parte del padre y la pasividad de la madre, no acepta responsabilidad de sus problemas echando la culpa de estos a los demás. Lo cual no le permite adaptarse adecuadamente dentro de su hogar y su medio social en el que se desenvuelve.

7. Diagnóstico

De acuerdo a los resultados, durante la entrevista, observación, evaluaciones, antecedentes y características personales; se concluye que el menor presenta baja tolerancia a la frustración, dificultad para la expresión de emociones y conductas desafiantes a la autoridad. Lo cual no le permite adaptarse e interactuar dentro del hogar y la escuela de manera adecuada.

8. Pronóstico

FAVORABLE, ya que el paciente tiene doce años, presenta una inteligencia normal, como también cuenta con el apoyo de la madre y el hermano, siendo estos una influencia positiva y de soporte emocional para el menor.

9. Recomendaciones

De lo expuesto es necesario iniciar inmediatamente:

- ✓ Psicoterapia Individual.
- ✓ Psicoterapia familiar para mejorar las pautas de crianza.
- ✓ Se recomienda un entrenamiento en habilidades sociales.

Maira salguero Alarta

Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. Datos de filiación

Nombres y apellidos	:	A.K.R.
Edad	:	12 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de nacimiento	:	14-03-2006
Lugar de nacimiento	:	Arequipa
Informante/Referente	:	Paciente y madre
Fecha del informe	:	04-05-18
Evaluador (a)	:	Maira Salguero Alarta

II. Objetivo general

Modificar y Controlar las conductas inadecuadas del menor para mejorar su desarrollo socio-emocional.

III. Objetivos específicos

- ❖ Enseñar al menor a comunicarse adecuadamente, expresando de manera asertiva lo que piensa y siente.
- ❖ Enseñar recursos psicológicos para mejorar su capacidad de reconocer sentimientos y emociones tanto de él y los demás
- ❖ Aplicar técnicas de intervención que favorezcan el desarrollo de reconocimiento de situaciones de estrés, lo cual permitirán un mejor autocontrol
- ❖ Fomentar la participación de los miembros de la familia para que sean colaboradores activos en el desarrollo del plan psicoterapéutico del menor.

Sesión 01	CONTRATO
Objetivos	Realizar el contrato de paciente y terapeuta, para que el paciente tome el debido compromiso con la terapia.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de paciente y terapeuta • Lapiceros
Desarrollo	Realizar el contrato de paciente y terapeuta donde se constituyen como un equipo de trabajo alrededor de una meta común. A través de este proceso se llega al acuerdo de un horario, tiempo y espacio de encuentro, estipulando las responsabilidades y compromisos de cada una de las partes, se establecerá la frecuencia y duración de las sesiones y duración del tratamiento con un máximo de 4 visitas a lo largo de un periodo de un mes; es importante aclarar que dependiendo del tipo de problemática y el nivel de afección emocional se puede modificar el número de sesiones establecidas. La duración de cada sesión es de 40 minutos.
Tiempo	30 minutos

Sesión 02	DERECHOS
Objetivos	Identificar y poner en práctica los derechos de las personas
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes • Hoja de papel • Lapiceros
Desarrollo	<p>Aprendiendo a reconocer derechos. Dentro de este contexto la tarea del terapeuta consiste en hacer que el paciente llegue a sus propias conclusiones y alertar sobre las limitaciones y responsabilidades que acompañan el ejercicio de los derechos.</p> <p>El trabajo sobre los derechos se divide en dos momentos: (1) El reconocimiento y aceptación de los propios derechos y (2) El reconocimiento y aceptación de los derechos de los otros.</p> <p>Se mostrara al paciente una serie de imágenes donde tendrá que reconocer las situaciones donde se te violando derechos de la persona, de esta manera el paciente racionaliza las situaciones</p>
Tiempo	30 minutos

Sesión 03	HABILIDADES PARENTALES
Objetivos	Enseñar a la madre las habilidades básicas parentales.
Materiales	
Desarrollo	Se realizara el entrenamiento en habilidades básicas parentales, técnicas operantes y manejo de contingencias para la madre del menor enseñando el uso de la disciplina, la vigilancia, el uso adecuado de reforzadores positivos y manejo eficaz de contingencias y en técnicas de resolución de problemas para fortalecer conductas deseadas y reducir las desadaptativas. En esta sesión se pone en marcha la negociación de la economía de fichas para lograr conductas positivas en el menor
Tiempo	60 minutos

Sesión 04	NORMAS DE CONVIVENCIA
Objetivos	Desarrollar en el paciente y madre las normas de convivencia tanto dentro del hogar y colegio.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de comportamiento en clases.
Desarrollo	En esta sesión la madre se compromete a cumplir las normas de convivencia, evitando peleas y solucionando los conflictos eficazmente, y a valorar los esfuerzos del paciente, con estos reforzadores mencionados y otros de carácter afectivo y alabanzas para que el menor sienta que está realizando buenas conductas. Desde esa misma semana, acudirán los dos juntos al gimnasio u otras actividades físicas, para descargar la tensión que viviran ambos, durante el desarrollo de la terapia. Para controlar el comportamiento en clase el paciente llevará a casa diariamente una copia del registro de su comportamiento en clase completado por los profesores del dia.
Tiempo	45 minutos

Sesión 05	APRENDIENDO A COMUNICARME
Objetivos	Desarrollar en el paciente la habilidad de la comunicación
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de recordatorio
Desarrollo	<p>En esta sesión se dará el entrenamiento en técnicas de comunicación y negociación. Se le entrega a la madre un recordatorio de apoyo para padres sobre las normas en el entorno familiar y maneje una mejor interacción familiar en su hogar. Ya que la madre estaba desbordada con el problema, se le facilitaron técnicas de relajación (relajación progresiva y automasajes), y autoinstrucciones de afrontamiento ante situaciones estresantes. Se la entrenó para que viera y reforzara las conductas positivas para mantenerlas.</p>
Tiempo	45 minutos

Sesión 06	AUTOCONTROL
Objetivos	Desarrollar en el paciente el manejo de sus impulsos y desarrollar un buen control de ira
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de autocontrol
Desarrollo	<p>En dicha sesión trabajaremos el autocontrol de sí mismo. Enseñándole la detección de pensamientos negativos, autoinstrucciones y control de la ira. Consistira en modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento que le ocasione estrés.</p> <p>Se trabajara las técnicas en sesión, de una manera dinámica y participativa, en la que la menor practicara los ejercicios para poder incorporarlos en su vida diaria de manera automática. Las actividades de control de la ira, serán las más costosas puesto que su respuesta impulsiva estaba muy arraigada de acuerdo a la situación. En esta sesión se entregara un autoregistro de situaciones conflictivas, en la que él mismo deberá analizar su pensamiento, emoción y comportamiento. Este sería analizado semanalmente</p>
Tiempo	60 minutos

Sesión 07	RELAJACIÓN Y TÉCNICAS DE ESTUDIO
Objetivos	Enseñar al paciente a relajarse y estrategias de estudio
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas para la agenda en realización de tarea. • Sillón
Desarrollo	<p>En esta sesión se dará el entrenamiento en relajación y técnicas de estudio. Se le irá enseñando y se pondrá en práctica la relajación progresiva de Jacobson. A partir de este día, los últimos 10 minutos de cada sesión se reservaron para la relajación hasta la última sesión. También se le entrenará en hábitos de estudio y estrategias de aprendizaje para mejorar su motivación y eficacia en los estudios, así como a organizarse. Debería apuntar todos los días las tareas en la agenda y ser firmada por su tutor de aula.</p>
Tiempo	45 minutos

Sesión 08	VALORES
Objetivos	Desarrollar en el paciente la conciencia de los valores prosociales de si mismo
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Sillón • Fichas
Desarrollo	En esta sesión se iniciara con el entrenamiento en valores prosociales y reestructuración cognitiva. Con el fin de cambiar actitudes y creencias que justifican la conducta antisocial, acerca del mundo que le rodea y su forma de responder ante él, se utilizó la reestructuración cognitiva. Por ejemplo, ella consideraba que al mostrarse con una conducta agresiva iba a ser respetada y valorada por su grupo de iguales, mediante discusión cognitiva, el paciente analizara otras formas de sentirse valorado y respetado, con la que además se sentira aceptado y querido, puesto que su conducta animaría a un acercamiento positivo a su medio social..
Tiempo	30 minutos

Sesión 09 -10	HABILIDADES SOCIALES
Objetivos	Desarrollar en el paciente normas sociales
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Role playing • Fichas de contingencia
Desarrollo	<p>Se dará el entrenamiento en habilidades sociales. Enfatizando en la asertividad, comunicación efectiva, y correcto afrontamiento a las críticas. Para llevar a cabo este tratamiento se utilizaron técnicas y actividades de varios programas, para obtener un resultado adaptado a su edad y necesidades, obteniendo.</p> <p>Economía de Fichas Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Hace los deberes. 1 punto Estudia 1,30h. 1-2 puntos Ayuda en casa (poner la mesa, hacer su cama, fregar día sí, día no) 1-2 puntos Se comporta bien en casa (Obedece, no grita, no insulta, no portazos). 1-2 puntos Se comporta bien en clase (No molesta a profesores o compañeros, no grita, no insulta) 1-2 puntos Total: 96</p> <p>Intervención en un caso negativista desafiante un programa dinámico, y muy práctico, en el que en ocasiones, se utilizara a otros compañeros para realizar role playing</p>
Tiempo	60 minutos

Sesión 11	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
Objetivos	Desarrollar en el paciente soluciones apropiadas ante diferentes conflictos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de solución de problema
Desarrollo	En esta sesión la Resolución de problemas será el objetivo Se utilizará un Entrenamiento Cognitivo en Solución de Problemas Interpersonales en el que, mediante situaciones hipotéticas, se debía buscar soluciones alternativas, hacer una valoración y poner en marcha la más eficaz. Mediante role playing se practicara con otros compañeros del programa de prevención de violencia, utilizando la lluvia de ideas y la consecución grupal de la respuesta con ganancia de fichas refuerzo.
Tiempo	45 minutos

Sesión 12	MEDIACIÓN FAMILIAR
Objetivos	Mejorar la interacción de madre e hijo
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Video
Desarrollo	<p>Se iniciara la sesión con la mediación familiar. Con el objetivo de Mejorar la Interacción entre madre e hijo, trabajando el vínculo afectivo y solucionando las creencias irrationales del paciente acerca de su madre. A fin de que el menor extrapole los nuevos conocimientos a su vida diaria, y, ya que es complicado que lo realice por iniciativa propia, están incluidos en la economía de fichas, por lo que recibe reforzamiento positivo cada vez que los pondrá en práctica las técnicas aprendidas en cada sesión.</p>
Tiempo	30 minutos



INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK
FORMA A

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre : Sexo (F) (M)

Fecha de nacimiento : Edad

Grado o año de Estudios : Fecha de hoy:

Examinador:

	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1.	♀	O	21.	♀	O	41.	♀	O
2.	♀	O	22.	♀	O	42.	♀	O
3.	O	♀ X	23.	♀	O	43.	O	♀ X
4.	♀	O O	24.	O	♀ O	44.	♀	O
5.	♀	O	25.	O	♀ X	45.	O	♀ 1
6.	O	♀ X	26.	♀	O	46.	O	♀ X
7.	♀	O	27.	♀	O	47.	♀	O
8.	♀	O	28.	♀	O /	48.	♀	O O
9.	O	♀ X	29.	O	♀ 1	49.	O	♀ X
10.	O	♀ ;	30.	O	♀ X	50.	♀	O
11.	♀	O	31.	♀	O	51.	O	♀ X
12.	♀	O O	32.	O	♀	52.	♀	O
13.	♀	O	33.	♀	O	53.	O	♀ 1
14.	♀	O	34.	O	♀ 1	54.	O	♀ 1
15.	♀	O	35.	♀	O	55.	O	♀ 1
16.	♀	O O	36.	♀	O	56.	O	♀ 1
17.	♀	O	37.	♀	O	57.	O	♀ X
18.	♀	O	38.	O	♀	58.	♀	O
19.	O	♀ X	39.	♀	O	59.	O	♀ X
20.	♀	O O	40.	O	♀	60.	O	♀ 1

N: 7

E: 12

L: 7

OBSERVACIONES: 80

PAGINA DE EVALUACION DEL TEST DE FORER

Nombre Adrián Edad 12 Sexo _____
 Grado de Inst. _____ Colegio _____
 Examinador _____ Tiempo 26 Fecha _____

NOTA: Cuando el número de un ítem está dentro de un círculo. Indica que el sujeto no contestó la frase al primer intento, sino que volvió a él.

- PUNTAJE:
- (2) Disturbio Serio
 - (1) Disturbio Medio
 - (0) No se encuentra disturbio significativo
 - (X) Evidencias insuficientes

A. FIGURAS INTERPERSONALES
 1. ACTITUD HACIA LA MADRE

20. Su primer recuerdo de su madre era felizidad
 35. La mayoría de las madres no tienen
 60. Mi madre siempre me trajo
 76. Cuando mi madre llegó a casa, yo lo abracé
 94. Cuando estaba con su madre, él sentía feliz
 99. Quisiera que mi madre me apoyara

RESUMEN INTERPRETATIVO

Muy buena actitud hacia la madre. Muy buena actitud y seguimiento en la

2. ACTITUD HACIA LOS HOMBRES

10. El hombre Ideal no sé
 13. Mi primera reacción frente a él fue asombro
 30. La mayoría de los hombres no sé
 50. Cuando me pidió que lo acompañara, yo ui
 59. Mientras él me hablaba, yo lo escuchaba
 95. La mayoría de los muchachos actúan como si no tuviera importancia

RESUMEN INTERPRETATIVO

3. ACTITUD HACIA LAS MUJERES

21. La chica ideal no sé
 26. Cuando ella me invitó, yo lo hice
 39. La mayoría de las chicas buenas
 67. Mi primera impresión frente a ella, fue asombro
 71. Mientras ella hablaba, él la miraba
 81. La mayoría de las chicas actúan como si no tuviera importancia

RESUMEN INTERPRETATIVO

4. ACTITUD HACIA LOS GRUPOS

15. Sus nuevos condiscípulos eran amigos
 38. Cuando me miraron, yo los miré
 49. La gente parece pensar que yo soy normal
 66. En nuestro grupo de personas, generalmente me siento bien
 84. Cuando estaba con el grupo, él se servía
 93. Cuando le presentan a otra gente, él se da la mano

RESUMEN INTERPRETATIVO

5. ACTITUD HACIA EL PADRE

9. Mi padre siempre quiere.
16. La mayoría de los padres son buenas.
33. Mi primer recuerdo de mi padre me abraza.
70. Cuando mi padre vino a casa, yo le abracé.
88. Cada vez que estaba con su padre, él sentía alegría.
96. Quisiera que mi padre me diera mano.

RESUMEN INTERPRETATIVO

.....
.....

6. ACTITUD FRENTE A LA AUTORIDAD

23. Cuando se encontró con el director, él se puso.
36. Obedecer órdenes no.
73. Las personas con autoridad intimidaban.
77. Cuando le dijeron que debía hacer, él se puso triste.
91. A veces siento que mi maestra no.

RESUMEN INTERPRETATIVO

.....
.....

B. DESEOS

2. A menudo sentía deseos de poder comer.
7. Se sentía orgulloso de comer.
17. A veces deseaba ser rico.
29. Su mayor deseo era ser rico.
37. Si me saliera con la mía, yo comería.
52. Lo que más me gustaría ser es reina.
74. Solía tener fantasías sobre comer.
83. Más que cualquiera otra cosa él necesitaba comer.
98. Si yo fuera rey comer.

RESUMEN INTERPRETATIVO

Solía tener fantasías sobre comer.
.....

C. CAUSAS DE LO PROPIO

1. AGRESIÓN

19. Me sentía muy fastidiado cuando No valía nada.
34. Podría odiar a una persona que maltrata.
55. Sentía que podía matar a un hombre que me moleste.
75. Se enojó cuando maltraté.
86. Podría perder los estribos si me enojara.
89. Un hombre tiene derecho a golpear a una chica que no maltrata.

RESUMEN INTERPRETATIVO

Si se快idó, se enfadó si sus actos.
.....

D. REACCIONES FRENTE A

1. AGRESIÓN

22. Cuando los otros se burlaron de él estaba triste.
42. Cuando me critican, yo me enojo.
51. Después de que lo derribaron de un golpe, él lloró.
72. Cuando su madre lo castigaba, él maltrataba.
80. Cuando su padre lo castigó, él se enojaba.

RESUMEN INTERPRETATIVO

Maltrataba a los que lo criticaban.
.....

2. RECHAZO

14. Cuando ella me rechazó, yo no sentí tristeza.
46. Cuando no me invitaron, yo me quedé solo.
61. No le tenían simpatía porque no me gustaba.
82. Cuando siento que los otros no me tienen simpatía, yo No les hago caso.
90. Cuando le dijeron que se fuera, él se marchó.

RESUMEN INTERPRETATIVO

Agresividad

3. FRACASO

3. Parecía imposible de modo que él lo dejó.
25. Si crec que la clase es demasiado difícil para mi me quedé.
41. Si no puedo conseguir lo que quiero, yo me quedo.
48. Cuando comprobó que había en la prueba, él no mejoró.
63. Cada vez que hacía algo mal se quedó.

RESUMEN INTERPRETATIVO

Tuve dificultad al fracasar.

4. RESPONSABILIDAD

1. Cuando debió arreglarselas por sí sólo, él lo hizo.
31. Cuando debo tomar una decisión, yo lo hice.
62. Cuando pidieron mi opinión, yo lo di.
68. Cuando me encargaron esa tarea, yo lo hice.
85. Cuando le llegó el turno de hablar, él lo dijo.

RESUMEN INTERPRETATIVO

Asumi la responsabilidad.

5. ESCUELA

11. Cada vez que tengo que estudiar, yo lo hago.
32. La escuela es un lugar.
58. Quisiera que la escuela sea más divertida.
78. Lo malo de la escuela es los maestros.

RESUMEN INTERPRETATIVO

...

E. REACCIONES FRENTES A SI MISMO

1. ANSIEDAD, TEMOR

8. En mi infancia mi mayor temor era la seguridad.
47. Se sintió muy tenso cuando me hice algo.
56. A veces se preocupa por los problemas.
79. Su mayor preocupación era no invertir.
87. Tengo miedo de quejarse.

RESUMEN INTERPRETATIVO

...

2. DARSE POR VENCIDO

12. Tuvo ganas de abandonar todo cuando le salió mal.
45. Quería escaparse cuando no tenía ganas.
64. El no estudiaba porque no quería.
97. Quiso darse por vencido cuando le salió bien.
100. Siente ganas de huir cuando no me gusta.

RESUMEN INTERPRETATIVO

...

3. FRACASO

6. Solía sentir que me impedía progresar. *No me lo impidió*
27. Sus malas calificaciones eran debidas a *no estudiar*
44. Sabía que no podía triunfar a menos que *no trabajara*
57. Hizo un mal trabajo porque *solo lo intentó*
65. Perdió porque *no intentó*

RESUMEN INTERPRETATIVO

4. CULPA

4. Se sintió culpable cuando *lo hizo*
24. Cuando miro hacia atrás, siento vergüenza de *estar hoy*
43. Sentía que había hecho algo malo cuando *lo hace*
54. Su conciencia lo acosaba principalmente cuando *se acuerda*
69. Me siento culpable por *no haberlo hecho*

RESUMEN INTERPRETATIVO

5. SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD

18. Se sintió bastante inútil cuando *lo hicieron*
40. El se sintió bastante rechazado porque *no les importaba*
28. Se sentía inferior cuando *lo consideraban*
92. Cuando ingresé a la nueva clase, yo *no tenía tiempo*
53. Mi peor defecto es *Inquietud*

RESUMEN INTERPRETATIVO

SUMARIO GENERAL

1. Principales áreas de conflicto y distubio
2. Interrelación entre las actitudes
3. Estructura de la Personalidad:
 - a. Grado en que el sujeto responde a los impulsos internos y estímulos externos:
 - b. Ajuste Emocional :
 - c. Madurez:
 - d. Nivel de realidad:
 - e. Manera en que los conflictos son expresados:

EMA - HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Adrián Edad: Sexo: M F

Año de Estudios: Institución Educativa:

Fecha de evaluación: / /

Evaluador:

A.F.

A.E.

A.P.

NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	-------------	----------------	--------------	---------

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	-------------	----------------	--------------	---------

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	-------------	----------------	--------------	---------

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escalas	P.D.	P.C.	Interpretación
A.F.	A.P. 1 → 20	18	
	A.M. 21 → 40	17	
A.E.	A.Pr. 1 → 14	9	
	A.C. 15 → 25	10	
A.P.	A.G. 26 → 31	11	
	A.P. 1 → 19	10	

	PD	PC	Percentiles
			0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Adaptación Familiar			
Padre.....	48	30	0 0
Madre.....	46	15	0 0
Adaptación Escolar			
Profesores.....	20	20	0 0
Compañeros....	28	30	0 0
Genérica.....	12	15	0 0
Adaptación Personal.....	58	80	0 0
Nivel.....			MUY BAJO BAJO MEDIO ALTO MUY ALTO

Interpretación

* Adaptación Familiar

Padre: la adaptación es baja, la relación q tiene no es muy buena

Madre: la relación con la madre es baja, asique las adaptaciones muy baja

* Adaptación Escolar

Profesores: la relación con los profesores es muy baja

Compañeros: el nivel de estudios a los iguales es bajo

Genérica: el ajuste a la escuela es muy bajo

* Adaptación Personal

la adaptación personal es muy alta así que no hay problemas personales