

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA INFANTIL Y PSICORREHABILITACIÓN**

*“Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH”*

Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora

**Autora:** Verónica Marisol Ruales Morán

**Tutor:** Dr. César Cepeda

**Quito - 2012**

### Ficha Catalográfica

PI

0177

R82 Ruales Morán, Verónica Marisol

Efectividad de la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de la autoestima en niños con TDAH / Verónica Marisol Ruales Morán. -- Informe final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora. -- Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012.

114 p.: tpls., grafs.

Tutor: Cepeda Proaño, César

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar el más grande agradecimiento a Dios, por guiarme, protegerme y bendecirme en esta etapa de mi vida, permitiendo que culmine mi carrera profesional haciéndome sentir que en cada momento estuvo conmigo.

También quisiera agradecer a mis Padres por brindarme su apoyo y ánimo incondicional en todo momento.

Agradezco a la persona que me animó y apoyo continuamente, brindándome su cariño y fuerza para culminar este propósito.

A la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, especialmente a la FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS por darme la oportunidad de prepararme académicamente.

Verónica Marisol Ruales Morán

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicarle este logro importante, A mi Padre “Leonel Alberto Juan Ruales Auz” por ser la base de mi inspiración y constancia en esta etapa de mi vida.

Verónica Marisol Ruales Morán

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

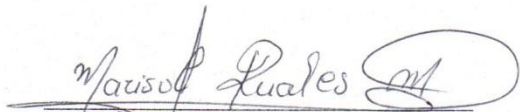
Quito, 9 de abril del 2013

Yo, VERÓNICA MARISOL RUALES MORÁN, autora de la investigación, con cédula de ciudadanía N° 0401647391, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Titulación:

*“Efectividad en la Terapia Cognitivo Conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH”*

Es original y de mi autoría; de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales.

Atentamente,



**VERÓNICA MARISOL RUALES MORAN**  
C. C.040164739-1

## AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

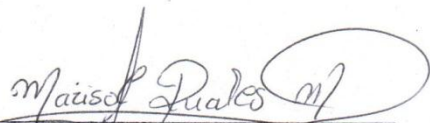
Yo, VERÓNICA MARISOL RUALES MORAN, en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre:

*“Efectividad en la Terapia Cognitivo Conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH”*

Por la presente autorizo a la *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, a los 9 días de abril de 2013

  
**VERÓNICA MARISOL RUALES MORAN**  
C.C.040164739-1

## **RESUMEN DOCUMENTAL**

Trabajo de investigación sobre Psicología Infantil y Psicorrehabilitación, Psicología del Desarrollo específicamente Atención El objetivo fundamental es mejorar la autoestima de niños con trastornos de déficit de atención con hiperactividad, a través de la técnica Cognitivo Conductual. La autoestima deficiente de estos niños motiva a comprobar si la terapia Cognitiva Conductual mejora la misma. Se fundamenta teóricamente con el enfoque cognitivo conductual específicamente el condicionamiento operante de Skinner, basado en el principio básico es que las conductas se aprenden y se mantiene con resultado de sus consecuencias; tratado en tres capítulos: trastornos por déficit de atención, terapia cognitivo conductual y autoestima. Investigación diferencial, con diseño no experimental. A una muestra de veinte niños y niñas diagnosticadas (os) con este trastorno, se ha evaluado con pre test, niveles de autoestima; se ha aplicado la terapia cognitivo conductual individual durante siete horas; cuyos resultados del post test comprueban la Hipótesis, efectividad de la terapia. Esta técnica debería aplicarse a estos niños, asociado con otros trastornos, aprendizaje por ejemplo

### **CATEGORÍAS TEMÁTICAS**

**PRIMARIA:** PSICOLOGÍA INFANTIL Y PSICORREHABILITACIÓN  
PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

**SECUNDARIA:** ATENCION

### **DESCRIPTORES:**

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN  
AUTOESTIMA  
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL  
AUTOESTIMA - ESCALA DE EVALUACION DE REIDL L.  
MIES INFA CENTRO DE PROTECCION DE DERECHOS NORTE

### **DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:**

SIERRA - PICHINCHA - QUITO

## **DOCUMENTARY RESUME**

Research Paper on Child Psychology and Psicorrehabilitation, specifically Developmental Psychology Attention. The main objective is to improve the self-esteem of children with disorders desatention deficit hyperactivity disorder through cognitive behavioral technique. Poor self-esteem of these children motivates check whether CBT improves it. Is based theoretically with cognitive behavioral approach specifically Skinner's operant conditioning, based on the basic principle that behaviors are learned and maintained with a result of its consequences; treated in three chapters: attention deficit disorders, cognitive behavioral therapy and self-esteem. Differential research, experimentally. A not design a sample of twenty children diagnosed (I) with this disorder has been evaluated with pre test, levels of self-esteem, is applied individually CBT for seven hours, the results of Hypothesis test check post, effectiveness of therapy. This technique should be applied to these children, associated with other disorders, such as learning

### **SUBJECT CATEGORIES**

**PRIMARY:** CHILD PSYCHOLOGY AND PSICORREHABILITACION  
DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

**SECONDARY:** ATTENTION

### **DESCRIPTORS:**

ATTENTION DEFICIT DISORDER

ESTEEM

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

ESTEEM - LUCY ASSESSMENT SCALE REIDL

INFAMIES RIGHTS PROTECTION CENTER NORTH

### **GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:**

SIERRA - PICHINCHA - QUITO



## TABLA DE CONTENIDOS

### **A. PRELIMINARES**

AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA .....	IV
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD.....	V
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	VI
RESUMEN DOCUMENTAL.....	VII
DOCUMENTARY RESUME.....	VIII
TABLA DE CONTENIDOS.....	IX
TABLA DE CUADROS .....	XIII
TABLA DE ILUSTRACIONES .....	XIV
<b>B. INFORME FINAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....</b>	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
Preguntas.....	1
Objetivos:.....	2
1. General.....	2
2. Específicos .....	2
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	2
MARCO TEORICO.....	3
CAPITULO 1 .....	3
1. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD .....	3
1.1 Definición y Características.....	3
1.1.1 ATENCIÓN .....	3
1.1.2 HIPERACTIVIDAD .....	4
1.1.3 IMPULSIVIDAD .....	4
1.2 Causas .....	4
1.2.1 Genética conductual .....	4
1.2.2 Genética molecular.....	5
1.2.3 Factores biológicos adquiridos .....	5
1.2.3 Factores neuroanatómicos .....	5
1.2.5 Factores neurofisiológicos:.....	6

1.2.7 Factores psicosociales: .....	6
1.3 Epidemiología .....	6
1.4 Subtipos.....	7
1.4.1 - Inatento .....	7
1.4.2 - Impulsivo / hiperactivo: .....	7
1.4.3 –Combinado .....	7
1.5. Diagnóstico, evaluación de TDAH.....	7
1.5.1 Inatención:.....	8
1.5.2 Hiperactividad .....	8
1.5.3 Impulsividad.....	8
1.5.2 Pautas para el diagnóstico .....	9
1.6 Tratamiento: .....	10
1.6.1 Tratamiento Farmacológico:.....	10
1.6.2 Tratamiento Psicológico: .....	11
CAPITULO 2.....	12
2.1 Terapia Cognitivo Conductual .....	12
2.1.1 La terapia cognitiva. ....	12
2.1.2 La Terapia de la Conducta.....	12
2.2 Técnicas de modificación de conducta .....	12
2.2.1 Técnicas operantes .....	13
2.2.1.1 Introducción histórica.....	13
2.2.1.2 Bases teóricas y experimentales .....	13
2.2.2 Procedimientos operantes básicos .....	14
2.2.3 Técnicas para desarrollar y mantener las conductas .....	16
2.2.4 Técnicas para reducir y eliminar conductas .....	17
2.2.5 Sistemas de organización de contingencias .....	18
2.2.5.1 Economía de fichas .....	18
2.2.5.2 Contratos de contingencias o contrato conductual .....	19
2.2.6 Técnicas de resolución de problemas .....	19
2.2.6.1 Técnicas aversivas .....	19
2.2.6.2 Técnicas de autocontrol.....	20
2.3 Fundamentos del condicionamiento clásico .....	20
2.3.1 Condicionamiento clásico .....	20
CAPITULO 3.....	22

3.1 AUTOESTIMA.....	22
3.2 Fundamentos de la autoestima.....	22
3.3 Autoestima en niños con TDAH .....	23
HIPÓTESIS.....	23
Definición Conceptual.....	24
MARCO METODOLÓGICO .....	25
Tipo de Investigación .....	25
Diseño de Investigación .....	25
Población y Muestra.....	25
Técnica e Instrumentación: .....	25
Análisis de validez y confiabilidad.....	27
Test proyectivo de la FAMILIA.....	27
Test proyectivo de la H.T.P. (BUCK) .....	28
Test de Conners.....	29
Escala de Autoestima de Lucy Reidl .....	30
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	31
Presentación .....	31
Análisis socio-demográfico .....	31
Comprobación de la hipótesis .....	79
1. Planteamiento de Hipótesis .....	80
2. Nivel de significacion.....	80
3. Criterio de aceptacion o rechazo de la hipótesis de investigacion .....	80
4. Cálculos.....	80
5.Decisión .....	80
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
Conclusiones .....	82
Recomendaciones.....	83
C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
Tangibles.....	85
Virtuales.....	85
ANEXOS .....	88
Proyecto Aprobado.....	88
Glosario técnico .....	95

Reactivos aplicados:.....97

## **B. INFORME FINAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno con origen neurológico que se caracteriza por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas.

Los niños que presentan este trastorno por general son niños apartados socialmente en sus instituciones debido a su conducta y falta de control de impulsos, esto comprende que los niños emocionalmente se encuentran afectados en áreas de autoestima y auto concepto.

En el primer capítulo hablamos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad basado en el Manual DSMIV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión). Aquí mencionamos puntos importantes sobre características, etiología, subtipos, epidemiología, diagnóstico y tratamiento (psicológico, farmacológico)

En el segundo capítulo nos enfocaremos en la terapia cognitivo conductual dirigido específicamente a las técnicas basadas en condicionamiento operante de Skinner; basado en el principio básico es que las conductas se aprenden y se mantiene con resultado de sus consecuencias.

Según Martin y Pear (2007, p.7) “La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable”.

En el tercer capítulo hablaremos acerca de la autoestima sus fundamentos y de qué manera se presenta en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH

#### **Preguntas**

- ¿La autoestima es niños con TDAH se encuentra deficiente como consecuencia del trastorno?
- ¿La terapia cognitivo conductual actúa de una manera eficaz para mejorar la autoestima en niños/as con TDAH?

## **Objetivos:**

### 1. General

- Mejorar la autoestima en niños con TDAH aplicando la terapia cognitivo conductual.

### 2. Específicos

- Investigar por qué la autoestima en niños/as con TDAH es baja
- Comprobar que la técnica cognitivo conductual es de eficacia en niños con TDAH y mejora su autoestima

## **JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

La finalidad de la intervención con la terapia cognitivo conductual con el niño/a con TDAH es alcanzar que sea capaz de conseguir por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas), una autonomía física (en las actividades de la vida diaria, en la organización y en la ordenación de sus actividades y materiales), una autonomía cognitiva (ser capaz de seleccionar la información relevante de la irrelevante, de autoevaluarse, de autocorregirse, de seleccionar estrategias adecuadas a cada situación...); y autonomía emocional (conseguir ser independiente de los adultos, con una autoestima ajustada y realista, con relaciones afectivas y sociales satisfactorias...).

Para conseguir estos ambiciosos objetivos el programa de intervención debe partir de una fase de dependencia del adulto hasta llegar a una progresiva mayor autonomía. Dentro de este programa de intervención se sitúan las técnicas cognitivo-conductuales, combinando técnicas puramente conductistas con técnicas de reestructuración cognitiva, que requieren un cierto nivel de desarrollo y madurez intelectual.

La investigación es viable puesto que el Centro de Protección de Derechos Norte MIES INFA cuenta con una población de 20 niño/as con TDAH, la interacción entre el equipo multidisciplinario y los padres habilita a tomar toda la información necesaria para el estudio; a su vez dispone de los recursos tecnológicos, económico, materiales bibliográficos y hemerográficos que el caso amerita, por lo que es posible realizarse en los tiempos que se plantean y con los objetivos previamente planificados.

## MARCO TEORICO

### CAPITULO 1

#### 1. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

##### 1.1 Definición Características

Se trata de un trastorno neurológico del comportamiento caracterizado por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. Tiene una muy alta respuesta al tratamiento, aunque se acompaña de altas tasas de comorbilidad psiquiátrica. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV): "Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas)" (p. 99).

Clemens (1966) dio esta definición: "El término se refiere a un cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal o muy cercana a la normal, que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos, asociados a discretas anormalidades del Sistema Nervioso Central. Tales derivaciones se manifiestan como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y control de impulsos motores".

Barkley (1982) la define de la siguiente manera: "comporta una deficiencia significativa en la atención propia de la edad, en el control de los impulsos y en la conducta según las normas establecidas (obediencia, autocontrol y resolución de problemas)

Según el criterio diagnóstico de la DSMIV: (p. 98)

##### 1.1.1 ATENCIÓN

- 1- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- 2- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- 3- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- 4- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo.
- 5- A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- 6- A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- 7- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- 8- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- 9- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

### 1.1.2 HIPERACTIVIDAD

- 1- A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.
- 2- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- 3- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- 4- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- 5- A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.
- 6- A menudo habla excesivamente.

### 1.1.3 IMPULSIVIDAD

- 1- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- 2- A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
- 3- A menudo interrumpe o estorba a otros.

## 1.2 Causas

Los estudios con neuroimágenes sugieren que los cerebros de los niños con trastorno de hiperactividad y déficit de atención son diferentes los cerebros de otros niños. Estos niños manejan neurotransmisores (incluyendo dopamina, serotonina y adrenalina) en forma diferente como lo hacen sus compañeros. El TDAH a menudo es genético y cualquiera que sea su causa específica, parece iniciarse muy temprano en la vida a medida que el cerebro se está desarrollando.

Los estudios también apuntan hacia una base genética para el trastorno tiende a manifestarse en familias.

Aunque la causa no está completamente aclarada, parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

### 1.2.1 **Genética conductual**

#### • **Estudios familiares**

Se ha observado una mayor prevalencia de TDAH y otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastorno antisocial, dependencia a drogas y alcohol) en los familiares de estos pacientes.

#### • **En estudios de adopciones**

Se ha visto una mayor prevalencia del TDAH en los padres biológicos frente a los adoptivos y la población normal de 18, 6 y 3%, respectivamente.

#### • **Estudios de gemelos**

Hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos. El coeficiente de heredabilidad es del 0,65-0,91.



### **1.2.2 Genética molecular**

Parece que un 70% de los TDAH se deben a factores genéticos en relación con mutaciones de varios genes (trastorno poligénico).

Se ha comprobado que hay varios genes que codifican moléculas con un papel importante en la neurotransmisión cerebral que muestran variaciones alélicas (polimorfismos) y que influyen en el TDAH. Estos genes “defectuosos” dictarían al cerebro la manera de emplear neurotransmisores como la dopamina (DA) (encargada de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento). Así se sugiere un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol.

### **1.2.3 Factores biológicos adquiridos**

El TDAH puede adquirirse o modularse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana. También se ha asociado con alergias alimentarias (aditivos), aunque se necesitan más investigaciones al respecto.

(Chronis, et al. 2007) enfermedades que pongan en peligro al feto, rechazo manifiesto del bebé, intentos de abortos, problemas psíquicos graves. Traumas de parto, algunos partos provocados, maniobras traumáticas, vueltas del cordón umbilical, problemas de oxigenación, sufrimiento fetal. Traumas vividos durante los tres primeros años de vida, intervenciones quirúrgicas en niños muy pequeños, problemas graves que obligan al bebé a permanecer en la incubadora, en la UVI o situaciones de alejamiento de la madre, entornos de estimulación muy irritativos, malos tratos, excesivos cambios de ambiente, que no permiten adaptarse a ningún sitio.

### **1.2.3 Factores neuroanatómicos**

Las técnicas de imagen cerebral han permitido conocer la implicación de la corteza prefrontal y los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención). Se sugieren alteraciones en las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriadas.

Estudios de Castellanos 1998 con resonancia magnética han observado en los niños con TDAH un menor tamaño en diferentes áreas cerebrales: reducción total del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo que va cambiando con el tiempo durante el desarrollo normal. Algunas diferencias se mantienen hasta una década, mientras que otras desaparecen (las diferencias en el núcleo caudado desaparecen sobre los 18 años).

Estas diferencias volumétricas se manifiestan precozmente, se correlacionan con la gravedad del TDAH pero no hay relación con el tratamiento farmacológico ni con la morbilidad.

### **1.2.5 Factores neurofisiológicos:**

En los pacientes con TDAH se han observado alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la córtex sensorimotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal.

### **1.2.7 Factores psicosociales:**

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente (Ciertos factores ambientales pueden tener distinto impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen).

Estos factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico (aunque esto último no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales, y otros factores de confusión).

## **1.3 Epidemiología**

El trastorno por déficit de atención (ADD) es el trastorno de la conducta de la niñez más comúnmente diagnosticado que afecta a un estimado de 3 y 5% de los niños de edad escolar y cuyo diagnóstico es mucho más frecuente en niños que en niñas.

La mayoría de niños con trastorno de hiperactividad y déficit de atención tienen al menos otro problema de desarrollo o de comportamiento.

Estudios epidemiológicos recientes indican que, dentro de una población general, entre un 3% y 15% de los niños en edad escolar pueden ser considerados hiperactivos. Cuando se consideran únicamente niños diagnosticados por clínicos, el porcentaje está en el margen inferior. Los porcentajes más altos pueden proceder de estudios basados en evaluaciones de maestros ( Bosco y Robin, 1980; R. Glow, 1981; Sandoval, Lambert y Sassone, 1980; Sprague, Cohen y Eichlseder, 1977; Trites, 1979 ) (p. 219)

Según estudios recientes indican que hay más niños hiperactivos que niñas, se indican que hay 3 a 5 varones por cada hembra ( Cambell y Redfering 1979; Trites, 1979 ) incluso se han dado proporciones tan altas como 9 a 1 o 10 a 1 ( APA 1980; Werry, 1968) hay datos que indican que en cuanto más restrictiva es la definición de hiperactividad, tanto mayor es la disparidad

varón/hembra; en otras palabras, cuando se consideran problemas de conducta más severos, también aumenta el número de niños identificados por cada niña (R.Glow, 1981).

No se conoce mucho acerca de las niñas que presentan hiperactividad ya que han sido un grupo poco estudiado (Henker y Whalen, 1980). (p. 220)

## **1.4 Subtipos**

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) 1999 (p. 99)

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo combinado
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

Para hacer una división aclaratoria la APA distingue tres formas diferentes según predomine un esquema conductual u otro.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

1.4.1 - Inatento: presenta principalmente dificultades en la capacidad de atención, en la persistencia en la realización de tareas. Con frecuencia indican que se cansan o se aburren si están haciendo una tarea larga o repetitiva y, como consecuencia, la abandonan o cambian de actividad sin finalizar ninguna. También se distraen con las tareas que les pueden resultar más atractivas, por lo tanto, aunque se les pida atención a la hora de realizar una tarea o aunque les sea de interés son incapaces de mantenerse atentos a lo que hacen.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

1.4.2 - Impulsivo / hiperactivo: presentan dificultades de autocontrol, son los que no pueden estar quietos, se mueven de manera excesiva, son inquietos e infatigables. Si se aburren con un trabajo se mueven continuamente para cambiar de posición, si han de esperar van arriba y abajo, mueven los pies, las manos, dan golpecitos a una superficie no están quietos.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo combinado

1.4.3 –Combinado: Presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad

## **1.5. Diagnóstico, evaluación de TDAH**

A. Si presenta 1 o 2:

1) Seis o más de los siguientes síntomas de inatención que hayan estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses al punto de que sean inadecuados para el nivel de desarrollo:

#### 1.5.1 Inatención:

- 1) A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- 2) A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
- 3) A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- 4) A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional ni por no entender las instrucciones)..
- 5) A menudo le cuesta organizar actividades.
- 6) A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por un periodo largo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- 7) A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).
- 8) A menudo se distrae fácilmente.
- 9) Tiende a ser olvidadizo en sus actividades cotidianas.

2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad con impulsividad que hayan estado presentes en la persona al menos durante 6 meses, al punto de que sean inadecuados y tengan un efecto perturbador para el nivel de desarrollo:

#### 1.5.2 Hiperactividad

- 1) A menudo juguetea con las manos y los pies o se retuerce cuando está sentado.
- 2) A menudo se levanta de la silla cuando debe permanecer sentado.
- 3) Con frecuencia corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adolescentes y los adultos se sientan muy inquietos).
- 4) A menudo se le dificulta jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades recreativas.
- 5) A menudo “está en constante movimiento” o parece que le hubieran dado “cuerda”.
- 6) A menudo habla demasiado.

#### 1.5.3 Impulsividad

- 7) A menudo suelta una respuesta sin haber oído toda la pregunta.
- 8) A menudo le cuesta esperar su turno.
- 9) A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete con los demás (p. ej., irrumpe bruscamente en las conversaciones o los juegos).

**B.** Algunos de los síntomas que causan alteraciones se presentaron desde antes de los 7 años de edad.

**C.** Algunas alteraciones producidas por los síntomas ocurren en dos o más entornos (p. ej., escuela o trabajo y casa).

**D.** Debe haber clara evidencia de una alteración clínicamente considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral.

**E.** Los síntomas no se presentan únicamente cuando la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los síntomas no se atribuyen mejor a la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo.

**F 90.0** Trastornos por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si satisfacen los Criterio A 1 y A2 durante los últimos 6 meses.

**F 90.8** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1. Pero no el Criterio A2 durante los 2 últimos 6 meses.

**F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

### **Criterios según el CIE-10 (p.322)**

#### **1.5.2 Pautas para el diagnóstico**

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 (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y de la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y C.L del afectado.

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 C.I. 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.

Los rasgos asociados, que apoyan el diagnóstico aunque no son suficientes ni necesarios para el mismo, son: desinhibición en la relación social, falta de precaución en las situaciones de peligro y quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales (como por ejemplo, la intromisión o Interrupción de la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular, o en la imposibilidad de esperar a que le toque su turno).

Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de movimientos que acompañan con gran frecuencia al trastorno hiperactivo, se codificaran aparte (f 80 F8 ya que en la actualidad no forman parte del diagnóstico de trastorno hiperactivo. Los síntomas de trastorno disocial no son pautas de inclusión ni de exclusión para el diagnóstico principal, pero su presencia o ausencia constituye la base de la principal subdivisión de este trastorno.

Los problemas comportamentales típicos del trastorno hiperactivo son de comienzo precoz (antes de los seis años) y de larga duración. No obstante, antes de la edad de comienzo de la escolarización es difícil de reconocer la hiperactividad debido a su amplia variabilidad dentro de la normalidad. Sólo los niveles extremos permiten el diagnóstico en los niños de edad preescolar.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico del trastorno hiperactivo, 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 hiperactividad 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.

## **1.6 Tratamiento:**

### **1.6.1 Tratamiento Farmacológico:**

RAPAPORT 1980 Medicina General Pg.655

Para la medicina tradicional los estimulantes han resultado ser la terapia más común para el déficit de atención: estos inhiben la impulsividad y la hiperactividad y generalmente mejoran el rendimiento en pruebas que miden la atención. El más conocido de ellos es el Ritalín. Sus ventas superan los \$350 mil dólares en Norteamérica, más de un millón de niños reciben diariamente el fármaco. En Chile se despachan 15 mil unidades anuales con receta.

En estudios controlados (1980-1985) se demostró que más del 70 % de los niños que presentaban SDA con hiperactividad mejoraban sus síntomas con un tratamiento psicoestimulantes de al menos 4 semanas. Estos niños mostraron:

- Reducción de actividad motora
- Podían permanecer mayor tiempo sentados
- Mayor tiempo concentrado en una tarea

Sin embargo, a pesar de las numerosas investigaciones y estadísticas que se empeñan en demostrar los beneficios de los psicoestimulantes, especialmente del Ritalín, la controversia crece cada día en torno a los efectos colaterales inmediatos y ulteriores, tanto en niños como en adolescentes. Entre

los primeros efectos, los más citados son: insomnio, nerviosismo, anorexia, cefalea, dolor de estómago y alucinaciones.

Con respecto a efectos a largo plazo, un estudio hecho por el Hospital Mondreal, con seguimiento durante cinco años de pacientes tratados con psicoestimulantes, indico un pronóstico pobre a medida que estaban en la adolescencia. A pesar de la disminución de la hiperactividad, un cuarto de ellos continuaban con distracción, con inmadurez emocional e incapacidad de mantener metas y una baja autoestima. El grupo presento además las siguientes características:

- 25% de un grupo de 64 manifestaba conducta delictiva
- Etilo de vida significativamente más impulsivo
- Mayores cambios geográficos
- Mayor accidentes de autos-motos
- Menor resultados cognitivos
- Personalidad más inmadura
- Abuso de drogas

Estudios a largo plazo de aquellos niños tratados solo con estimulantes no mostraron una ventaja académica

### **1.6.2 Tratamiento Psicológico:**

Espinoza (1986)Pg 17-18

A veces, lograr que un niño se concentre en los estudios y atienda sus obligaciones escolares es todo un reto, y si se trata de un pequeño con déficit atencional, el desafío es aún mayor.

Pero existen hoy en día muchas herramientas que pueden ayudarlo tanto a niños como a adolescentes y adultos a controlar y salir adelante con déficit atencional con o sin hiperactividad. Si han aprendido a organizarse desde temprana edad, si se le ayudado con la autoestima y con procesos de aprendizaje, podrán salir adelante. Son personas inteligentes, capaces de poder sobresalir en muchos aspectos de la vida, tanto escolar como laboral.

De esta manera podremos ayudar a solucionar los problemas que se pueden presentar a lo largo de su vida estudiantil, prevenir en la adolescencia y vida adulta comportamientos que afecten el buen desenvolvimiento de estas personas.

## **CAPITULO 2**

### **2.1 Terapia Cognitivo Conductual**

La terapia Cognitivo Conductual se ha ido conformando a través del análisis de destacados profesionales; entre ellos Albert Ellis (1962), con la Terapia Racional Emotiva (TRE), ha sido uno de los fundadores o creadores de los principios de la terapia Cognitivo Conductual y ha favorecido en el desarrollo de lo que se conoce como Terapia Cognitivo Conductual.

En la terapia Cognitivo Conductual la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales; el objetivo en este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro de otras creencias.

#### **2.1.1 La terapia cognitiva.**

Sostiene que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y conductas en este proceso de interacción, donde se pretende conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente. Este modelo enseña a los pacientes a identificar e informar sobre sus disfunciones cognitivas (cómo ocurre. Cuándo se presentan y el impacto que tienen en sus sentimientos).

#### **2.1.2 La Terapia de la Conducta**

Mahoney, Kazdin y Lesswing 1974 menciona que el enfoque conductual contempla la conducta como el único objetivo hacia el que se deben encaminar todos los esfuerzos de modificación de conducta. Ha sido refutada en varios estudios la suposición de que, si se modifica directamente la conducta problemática, la causa fundamental se manifestara por sí misma a través de otra forma de conducta problemática.

Aunque el enfoque puede parecer que sólo se limita a un grupo de conductas, los terapeutas conductuales solo se ven limitados por su capacidad para definir de forma operativa las áreas problemáticas importantes

O Leary (1977) señalan que los investigadores de orientación conductual han modificado conductas conceptualmente complejas, tales como la búsqueda de información (Krumboltz y Thoreson 1964)

### **2.2 Técnicas de modificación de conducta**

Según Martin y Pear (2007, p.7) “La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable”.



## **2.2.1 Técnicas operantes**

### **2.2.1.1 Introducción histórica**

(Méndez y otros, 2001). Las técnicas operantes han sido de las primeras que comenzaron a emplearse dentro de la Modificación de Conducta siendo también las que se han aplicado con mayor frecuencia.

Estas técnicas se han originado a partir de los trabajos de aprendizaje animal realizados a finales del siglo XX por Thorndike (1898) y que constituyeron las bases del modelo del condicionamiento instrumental. Sin embargo, fue B. F. Skinner (1938), quien desarrolló definitivamente este modelo, introduciendo por primera vez el término de condicionamiento operante.

### **2.2.1.2 Bases teóricas y experimentales**

Las bases teóricas y experimentales de la modificación de conducta surgen fundamentalmente tras los estudios de Thorndike (1898) y de Skinner (1938).

#### **Ilustración 1: B. F. Skinner (1904-1990).**

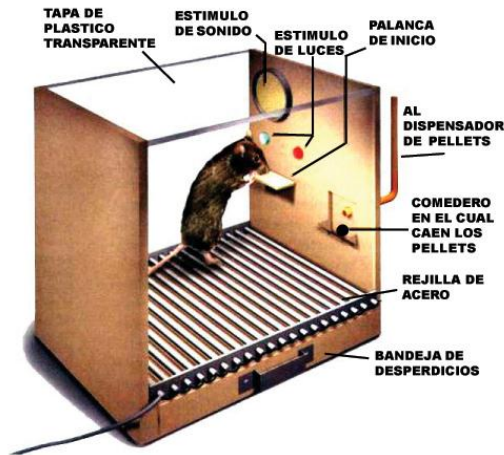
Fuente: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:B.F. Skinner at Harvard circa 1950.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:B.F._Skinner_at_Harvard_circa_1950.jpg)



Thorndike realizó experimentos con animales en los que éstos (perros, gatos o pollos) eran encerrados en las que él llamaba “cajas-problema”. Para poder escapar de estas cajas y acceder a la comida que tenían visible, los animales debían mover un cerrojo o presionar una palanca.

## Ilustración 2: Caja de Skinner desarrollada a partir de las "cajas-problema" de Thorndike

Fuente: <http://www.cienciafacil.com/ManualdeCajasSkinner.html>



A partir de aquí, Skinner desarrolló dicho modelo utilizando el término de condicionamiento operante. Su principio básico era que las conductas se aprenden y se mantienen como resultado de sus consecuencias, sentando así la importancia del ambiente. Skinner llama conductas operantes a aquellas que pueden ser controladas mediante la alteración de sus consecuencias; así, el sujeto realiza una conducta operante cuando ésta produce unas consecuencias en el medio, que a su vez pueden controlar dicha conducta.

Pero además, para que podamos cambiar la conducta mediante la alteración de sus consecuencias, éstas deben ser contingentes a la conducta. Es decir, las consecuencias deben producirse justo después de la aparición de la conducta.

Los procedimientos en los que se basan las técnicas de modificación de conducta del condicionamiento operante son el reforzamiento, el castigo, la extinción y el control de estímulos.

### 2.2.2 Procedimientos operantes básicos

Los procedimientos operantes básicos se definen como la presentación o eliminación contingente de un estímulo que puede ser apetitivo o aversivo para el individuo. Además, según la presentación o retirada y el tipo de estímulos que estemos manipulando, obtendremos diferentes variantes de los procedimientos mencionados.

#### Reforzamiento positivo

(Méndez y otros, 2001) definen el reforzamiento positivo es un procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta (presentación contingente). Con esto se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir. El estímulo o situación apetitiva que se pone en juego en este proceso se conoce como reforzador positivo. Cuando se descubre un reforzador positivo para un individuo (por ejemplo, un caramelo para un niño), podemos utilizarlo en otras situaciones. A pesar de ello, no deberíamos abusar de un solo reforzador positivo ya que podríamos caer en la saciedad.

Tal como refleja Méndez y otros (2001), diversos autores han puesto de manifiesto el procedimiento básico que debe seguirse para aplicar el reforzamiento positivo:

1. Especificar de forma concisa la conducta a modificar.
2. Identificar y seleccionar los reforzadores eficaces (que dependen de cada individuo).
3. Administrar de forma inmediata los reforzadores.
4. Aplicar los reforzadores contingentemente.
5. Evitar la saciedad empleando diversos reforzadores que el sujeto no tenga.
6. Aproximar la cantidad adecuada de reforzador.
7. Ajustarse al programa de reforzamiento fijado (puede ser reforzamiento continuo o reforzamiento intermitente).
8. Planificar la transición de un tipo de programa a otro (por ejemplo, de un programa de reforzamiento continuo a uno de reforzamiento intermitente) con el fin de generalizar los efectos.

### **Reforzamiento negativo**

En este caso, se trata de incrementar una conducta deseable mediante la eliminación de un estímulo o situación que sea desagradable para el sujeto, justo después de la realización de dicha conducta (retiro contingente). Éste tipo de procedimiento suele emplearse menos que el anterior por las implicaciones éticas que supone utilizarlo.

Un reforzador positivo es un estímulo que se añade al entorno y que trae consigo una respuesta precedente. Si se otorga alimento, agua, dinero o elogios después de una respuesta, es más probable que ésta se repita en el futuro.

### **Castigo positivo**

Consiste en presentar un estímulo o situación desagradable para el individuo tras lo cual se espera que disminuya su conducta.

### **Castigo negativo**

Éste procedimiento supone la retirada de una situación o estímulo agradable para el sujeto tras la realización de la conducta problemática. Lo que se pretende es disminuir la frecuencia de la conducta castigada negativamente.

Cuando un individuo realiza una respuesta, que ha sido anteriormente reforzada, y no obtiene el reforzamiento la frecuencia de dicha respuesta disminuye. Esto es lo que se conoce como extinción.

Méndez y Olivares (2001, p.146), la extinción trae consigo dos efectos: “En primer lugar, es esperable que inmediatamente después de poner en marcha un programa de extinción se produzca un aumento de la frecuencia de la conducta que se pretende disminuir. En segundo lugar, al implantar la extinción es probable que se produzcan reacciones emocionales (por ejemplo, frustración) y agresivas.

Estas características principales hacen que sea un procedimiento inadecuado para personas que realizan conductas peligrosas para ellas mismas (conductas autolesivas) o cuando sea intolerable que aumente temporalmente la conducta.

### **2.2.3 Técnicas para desarrollar y mantener las conductas**

Se destacan tres técnicas para llevar a cabo el desarrollo y mantenimiento de las conductas a lo largo del tiempo: moldeamiento, desvanecimiento y encadenamiento. Antes de aplicar cualquiera de estas técnicas, así como cualquier técnica de modificación de conducta, es preciso definir la conducta en términos operacionales. Es decir, en forma de conducta observable y de manera objetiva. Así nos será más fácil llevar a cabo el registro de las mismas y la contrastación realista de los resultados.

#### **Moldeamiento**

(Méndez y Olivares, 2001) definen el moldeamiento es una técnica mediante la cual se adquieren conductas ausentes o presentes muy vagamente en el repertorio conductual del sujeto (Méndez y Olivares, 2001). Consiste en reforzar consistentemente conductas semejantes a la conducta que pretendemos que el sujeto adquiera y eliminar mediante extinción aquellas que se alejan de la conducta deseada.

Para realizarlo correctamente, deben seguirse una serie de pasos:

- Definir de forma precisa la conducta final que pretendemos obtener.
- Elegir una conducta más amplia que incluya la que pretendemos que el sujeto adquiera o que tenga semejanza con ésta.
- Reforzar dicha conducta (2), hasta que se presente de forma frecuente.
- Reducir la amplitud de la conducta para que se parezca cada vez más a la conducta meta utilizando para ello el refuerzo diferencial.

Tal como dice Larroy (2008), el moldeamiento se utiliza de forma espontánea en el aprendizaje de habilidades cotidianas como aprender a hablar. Así, cuando un niño produce los primeros balbuceos es reforzado por sus padres, pero cuando produce las primeras sílabas ya no le refuerzan el balbuceo sino lo último. Lo mismo ocurre cuando pronuncian las primeras palabras. De esta manera, mediante el refuerzo diferencial los padres van reforzando aquellas conductas que cada vez se parecen más a la conducta deseada (hablar), pero no las anteriores.

#### **Desvanecimiento**

El desvanecimiento se basa en la disminución gradual las ayudas que se le han dado al individuo para que realice la conducta deseada. Pretende que se mantenga el comportamiento del individuo a pesar de la reducción de las ayudas que se le proporcionaron para aprenderlo.

(Méndez, Olivares y Beléndez, 2001; Larroy, 2008) coinciden en que el desvanecimiento consta de dos fases:

- Fase aditiva: se le suministra al sujeto todas las ayudas necesarias para la consecución de la conducta meta.
- Fase sustractiva: las ayudas se van reduciendo de forma progresiva hasta que el sujeto pueda realizar la conducta sin ninguna ayuda externa. La disminución puede desarrollarse de distintas maneras: disminuyendo o demorando la ayuda o bien reduciendo su intensidad.

En ambas fases, se han de facilitar tras la emisión de conductas cercanas a la conducta objetivo, un refuerzo continuo y contingente a dicha emisión. Esta técnica es utilizada junto con el moldeamiento y, al igual que ella, suele emplearse tanto para el aprendizaje cotidiano como para conductas más específicas (ámbito educativo, por ejemplo).

## **Encadenamiento**

Larroy (2008, p. 299): describe como la técnica del encadenamiento supone descomponer una conducta compleja en conductas sencillas, de manera que cada una de ellas suponga un eslabón de la cadena. La adquisición de la conducta se produce mediante el reforzamiento de los “eslabones”, los cuales son estímulos reforzadores para la respuesta anterior y estímulos discriminativos (Ed) para la siguiente.

Si una chica quiere prepararse para salir a la calle tendrá que realizar distintas conductas como ducharse, vestirse, peinarse...De manera que cada uno de estos actos funciona como estímulo discriminativo del siguiente (si ya me duché, ahora tengo que vestirme) y como reforzador de anterior (poder peinarme es el reforzador de haberme vestido, que a su vez es el reforzador de haberme duchado).

El aprendizaje mediante esta técnica puede realizarse de varias formas:

- Encadenamiento hacia atrás. Es el más utilizado. Se empieza por el último eslabón y se van enseñando los restantes en dirección al inicio de la conducta.
- Encadenamiento hacia adelante. En este caso sucede al contrario. Se enseña el primer paso y se refuerza, luego se enseña en segundo y se refuerza la realización de ambos juntos, etc.
- Tarea completa. Utilizado para tareas sencillas, se trata de que el sujeto realice todos los pasos seguidos, repitiendo la operación hasta que se consolide el aprendizaje de la conducta. El reforzador se proporciona tras la realización de todos los pasos.

### **2.2.4 Técnicas para reducir y eliminar conductas**

#### **Costo de respuesta**

Los autores Olivares y Méndez (2001, pp. 165-167) definen el costo de respuesta como la pérdida de un reforzador positivo disponible con el objeto de eliminar una conducta desadaptativa. Un ejemplo de esta técnica sería la retirada del carné de conducir por exceso de velocidad.

Para una aplicación efectiva se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Al plantearse la aplicación se deben tener en cuenta otros procedimientos que sean menos aversivos.
2. Para que el sistema de costo de respuesta funcione es necesario permitir que el individuo acumule una reserva de reforzadores.
3. La efectividad del costo de respuesta depende de la magnitud del reforzador retirado. Para que éste sea efectivo, debemos hacer diferentes ensayos para ver que magnitud debemos usar para que la conducta sea retirada.
4. Resulta adecuado procurar que la persona no pierda todos los reforzadores. Si es así, la conducta inadecuada no disminuiría, ya que no tendría nada que perder.
5. Los sujetos deben ser informados de las reglas del juego y llevar un control de las ganancias y las pérdidas.

#### **Tiempo fuera**

Según Marta Albert, Psicóloga de la Asociación Española para el Síndrome de Prader-Willi, el tiempo fuera consiste en retirar al sujeto de la situación en la que realiza la conducta que se desea eliminar. Por ejemplo, “si el niño tira arena a sus amigos, la madre dice ¡eso no se hace! o ¡no se tira arena! y le sienta un rato a su lado. Durante ese tiempo no se le dirige la palabra al niño, ni se le echa la bronca durante y después del periodo de aislamiento. Luego se da opción a seguir jugando”.

Se describen algunas pautas para su aplicación:

1. La primera vez que se aplique, se le deja claro al sujeto que no se le dejará de aislar hasta que la conducta cese.
2. Antes de aplicar el aislamiento debemos intentar controlar la conducta de modo verbal.
3. El tiempo de aislamiento debe ser de minuto por año de edad y puede aplicarse así hasta los 15 años. De esta manera evitaremos que pueda entretenerse con la invención de alguna actividad.
4. No reforzaremos ni positivamente ni negativamente antes o después del aislamiento.
5. Si esta técnica no resulta en una semana debemos cambiar el procedimiento.

Cruzado y Labrador, (2002, p.522) consideran que este procedimiento es útil en el tratamiento de la conducta alborotadora, agresiva y de desobediencia y se desaconseja en conductas autoestimuladoras y autolesivas.

### **Saciedad**

Con este procedimiento utilizaremos el reforzador, que mantiene la conducta, de una manera continua hasta que éste pierda su valor.

Primero se debe detectar la frecuencia de la conducta para así determinar las sesiones. A continuación se aplicará el reforzador de manera continuada y en grandes cantidades hasta que la conducta adquiera un valor aversivo. Por ejemplo, si a un niño le encantan las hamburguesas le daremos hamburguesas todos los días y a todas horas.

Se puede aplicar en trastornos como los tics, en el tabaquismo, etc. Y no pueden aplicarse en conductas que son peligrosas para el sujeto como las conductas autolesivas.

### **Sobrecorrección**

(Cruzado y Labrador, 2002, pp. 523-528): mencionan que el objetivo principal es compensar las consecuencias de la conducta desadaptativa. Se puede aplicar de dos maneras

- Sobrecorrección restitutiva: el sujeto debe restaurar el daño que ha hecho.
- Sobrecorrección de práctica positiva: consiste en repetir una conducta positiva.

Al observar que el sujeto realiza la conducta indeseable debemos dar un aviso verbal. Si esto no funciona tenemos que aplicar la sobrecorrección de forma insistente e inmediata.

“Este método ha mostrado su eficacia en la reducción de conductas autoestimuladoras en niños psicóticos y con retraso, así como en el control de la agresividad, en la rumiación y otras conductas destructivas.”

## **2.2.5 Sistemas de organización de contingencias**

### **2.2.5.1 Economía de fichas**

Los reforzadores que se usan son fichas que después se intercambiarán por algo que al sujeto le guste. Para eliminar la conducta indeseable se hará a través de la pérdida de las mismas.

Marta Albert, Psicóloga de la Asociación Española para el Síndrome de Prader-Willi, considera que en primer lugar se deben dejar claros los objetivos que se van a trabajar, así como los premios a

los que se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos.

Debemos tener en cuenta distintos aspectos:

- Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta.
- El tipo de fichas dependerá de las características y gustos del individuo.
- La persona ha de poder elegir entre diversos premios.
- Debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan.
- El precio de los premios debe estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona y a su coste económico.
- Es conveniente fijar cuándo se van a hacer los intercambios y estipular un sistema de ahorro.

Puede usarse tanto a nivel individual como grupal y es útil para una gran variedad de conductas.

### **2.2.5.2 Contratos de contingencias o contrato conductual**

Es un acuerdo escrito entre distintas personas (pareja, amigos, etc.) para cambiar alguna conducta, ya sea por parte de ambos (contrato multilateral) o de una persona (contrato unilateral). Los términos del contrato se negocian entre todos hasta llegar a un acuerdo.

Los autores Olivares y Méndez (2001, pp.180-181) creen importante seguir una serie de orientaciones a la hora de diseñar un contrato de contingencias efectivo.

- Las partes implicadas deben llegar a un consenso a la hora de marcar el objetivo del contrato.
- Deben especificarse los privilegios que se logran tras la ejecución de la conducta y las penalizaciones por no llevar a cabo los cambios correspondientes.
- El contrato debe contener una cláusula adicional de bonificaciones por si la persona excede las demandas mínimas del contrato.

Los contratos de contingencia se pueden usar en gran cantidad de problemas y tanto con adultos como con niños. Por ejemplo en toxicomanías, tratamiento de la obesidad, problemas de pareja, tabaquismo, etc.

### **2.2.6 Técnicas de resolución de problemas**

El entrenamiento en solución de problemas según D’Zurilla (citado por E. Becoña Iglesias, 2002 pp. 710-733) consta de cinco fases o etapas:

- Orientación general hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de soluciones alternativas.
- Toma de decisiones.
- Puesta en práctica y verificación de la solución.

#### **2.2.6.1 Técnicas aversivas**

Lo que intentan es asociar un patrón de reacción de algún comportamiento no deseado con un estímulo desagradable para que así el emisor deje de realizarlo.

Según Cáceres, (2002, p. 563-572) los procedimientos básicos empleados en las técnicas aversivas pueden diferenciarse en:

1. Estímulos incondicionados: Aversiones eléctrica, olfativa, gustativa y bloqueo facial.
2. Estímulos condicionados.

### **2.2.6.2 Técnicas de autocontrol**

(Martín y Osborne, 1993). Muchos problemas de autocontrol se relacionan con aprender a moderarse para reducir comportamientos excesivos que son inmediatamente gratificantes, como por ejemplo; comer, beber... Otros problemas de autocontrol requieren un incremento de la conducta como por ejemplo estudiar, limpiar... Existen cinco fases básicas en la mayoría de los programas de auto-modificación o de manejo personal.

## **2.3 Fundamentos del condicionamiento clásico**

### **2.3.1 Condicionamiento clásico**

#### **Ilustración 3: Perro Pavloviano**

Fuente: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:One\\_of\\_Pavlov's\\_dogs.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:One_of_Pavlov's_dogs.jpg)



El condicionamiento clásico, también llamado condicionamiento pavloviano, condicionamiento respondiente, o modelo estímulo-respuesta (E-R), es un tipo de aprendizaje asociativo que fue demostrado por primera vez por Iván Pávlov. La forma más simple de condicionamiento clásico recuerda lo que Aristóteles llamaría la ley de contigüidad. En esencia, el filósofo dijo "Cuando dos cosas suelen ocurrir juntas, la aparición de una traerá la otra a la mente". A pesar de que la ley de la contigüidad es uno de los axiomas primordiales de la teoría del condicionamiento clásico, la explicación al fenómeno dada por estos teóricos difiere radicalmente de la expuesta por Aristóteles, ya que ponen especial énfasis en no hacer alusión alguna a conceptos como "mente". Esto es, todos aquellos conceptos no medibles, cuantificables y directamente observables. Además, resulta más preciso afirmar que más que la mera contigüidad temporal, es la relación de dependencia entre la presentación entre el primero y el segundo estímulo lo que dispone las condiciones en las que ocurre el condicionamiento. El interés inicial de Pavlov era estudiar la fisiología digestiva, lo cual hizo en perros y le valió un premio Nobel en 1904. En el proceso, diseñó el esquema del condicionamiento clásico a partir de sus observaciones:



En -----> Rn

EI -----> RI

Ambas líneas del esquema muestran relaciones no condicionales o no aprendidas. La primera representa la relación entre un estímulo, que aunque evoca la respuesta típica de la especie ante él (por ejemplo orientarse hacia la fuente de un sonido), podemos considerar como neutral respecto a la respuesta que estamos intentando condicionar (por ejemplo la salivación). La segunda línea representa la relación natural, no aprendida o incondicional entre otro estímulo (EI = Estímulo incondicional o natural) y la respuesta a éste (RI = Respuesta incondicional). Los perros salivan (RI) naturalmente ante la presencia de comida (EI).

EC -----> RC

EI -----> RI

Sin embargo, en virtud de la relación de dependencia que se establece entre la presentación de ambos estímulos, de manera que uno funcione consistentemente como condición de la presencia de otro, es posible que otro estímulo pase a evocar también la RI, aunque antes no lo hiciera. Por ejemplo, la presencia del sonido de una campana unos segundos antes de la presentación de la comida: después de algunos pocos ensayos, el ruido de la campana evocaría confiablemente y por sí solo la respuesta de salivación, además de seguir evocando la respuesta de orientación ante el sonido. La campana funciona ahora como un estímulo condicional que produce una respuesta condicional. La prueba de que el condicionamiento se ha llevado a cabo consiste en presentar sólo el estímulo condicional, sin el estímulo incondicional, observando que la respuesta condicional se produce de manera consistente, siempre y cuando se siga presentando, aunque sea de manera ocasional, la presentación del estímulo incondicional enseguida del estímulo condicional.

EC -----> RC

El original y más celebre ejemplo de condicionamiento clásico involucraba el condicionamiento salivario de los perros de Pavlov. Durante sus investigaciones sobre la fisiología de la digestión en los perros, Pavlov notó que, en vez de simplemente salivar al presentárseles una ración de carne en polvo (una respuesta innata al alimento que el llamaba la respuesta incondicional), los perros comenzaban a salivar en presencia del técnico de laboratorio que normalmente los alimentaba. Pavlov llamó a estas secreciones psíquicas. De esta observación, predijo que, si un estímulo particular estaba presente cuando al perro se le proporcionara su ración de alimento, entonces este estímulo se asociaría al alimento y provocaría salivación por sí mismo. En su experimento inicial, Pavlov utilizó un metrónomo (a 100 golpes por minuto, aunque popularmente se cree que utilizó una campana) para llamar a los perros a comer, y, después de varias repeticiones, los perros comenzaron a salivar en respuesta al metrónomo (aparato que utilizan los músicos para marcar el ritmo).

## CAPITULO 3

### **3.1 AUTOESTIMA**

Robert B. Burns (considera que la autoestima es el conjunto de las actitudes del individuo hacia sí mismo. El ser humano se percibe a nivel sensorial; piensa sobre sí mismo y sobre sus comportamientos; se evalúa y los evalúa. Consecuentemente, siente emociones relacionadas consigo mismo. Todo ello evoca en él tendencias conductuales dirigidas hacia sí mismo, hacia su forma de ser y de comportarse, y hacia los rasgos de su cuerpo y de su carácter, y ello configura las actitudes que, globalmente, llamamos autoestima. Por lo tanto, la autoestima, para Burns, es la percepción evaluativa de uno mismo. En sus propias palabras: «la conducta del individuo es el resultado de la interpretación peculiar de su medio, cuyo foco es el sí mismo»

Investigadores como Coopersmith (1967), Brinkman et al. (1989), López y Schnitzler (1983), Rosenberg y Collarte, si bien exponen conceptualizaciones de la autoestima diferentes entre sí, coinciden en algunos puntos básicos, como que la autoestima es relevante para la vida del ser humano y que constituye un factor importante para el ajuste emocional, cognitivo y práctico de la persona. Agrupando las aportaciones de los autores citados, se obtendría una definición conjunta como la siguiente: Todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le estime.

Carl Rogers máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente. En efecto, el concepto de autoestima se aborda desde entonces en la escuela humanista como un derecho inalienable de toda persona, sintetizado en el siguiente «axioma»:

*Todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le estime.*

(Satir 2002:35) La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar.

Branden (2004): es el sentimiento de eficacia y capacidad personal, y el otro, un sentimiento de valía. El primero le genera a la persona respeto y confianza por lo que hace, piensa y elige. El segundo, despierta la dignidad, el derecho a ser, a vivir, a atenderse ya ser feliz

### **3.2 Fundamentos de la autoestima**

BONETE V. 1997 La autoestima es uno de los valores fundamentales para el ser humano maduro, equilibrado y sano. Este valor tiene sus raíces y fundamentos en el núcleo familiar

La capacidad de desarrollar una confianza y un respeto saludables por uno mismo es propia de la naturaleza de los seres humanos, ya que el solo hecho de poder pensar constituye la base de su

suficiencia, y el único hecho de estar vivos es la base de su derecho a esforzarse por conseguir felicidad. Así pues, el estado natural del ser humano debería corresponder a una autoestima alta. Sin embargo, la realidad es que existen muchas personas que, lo reconozcan o no, lo admitan o no, tienen un nivel de autoestima inferior al teóricamente natural.

En las primeras etapas del desarrollo, los padres y personas al cuidado de los niños son los encargados de iniciar el proceso de conformación de la autoestima, a medida que van creciendo, los niños empiezan a interactuar con diferentes personas y experiencias que van aportando al crecimiento y fortalecimiento de la autoestima.

Así como se puede fortalecer la autoestima, se puede igualmente deteriorar, de tal manera que tanto padres como Educadores estamos en la obligación de supervisar los elementos del entorno en el cual están creciendo tanto los niños como los adolescentes, para evitar experiencias que puedan deteriorar la autoestima y seleccionar aquellas que verdaderamente la refuerzan.

### **3.3 Autoestima en niños con TDAH**

Tener autoestima significa, también, ser responsable y aceptar las dificultades sin enfadarse cuando no salen las cosas como uno quiere, saber reconocer los límites propios y no sentirse peor por ellos. La autoestima es, en general, tener entusiasmo por las cosas, mantener buenas relaciones con el resto y saber expresar las emociones. Tener claro que todos te siguen aceptando si algo no te sale bien. El alumno con un nivel adecuado de autoestima se afirma orgulloso de su trabajo, de lo que piensa y siente; y está contento.

Publicado por José Javier Gonzales en 28 enero 2010

La autoestima en un niño es la resultante del sentimiento de control que se tiene sobre la realidad y del amor que se comparte con los adultos que le son significativos. Sin embargo, no es un hecho acabado sino un continuo en construcción, ya que tener una autoestima adecuada le aporta una opinión o concepto positivo sobre uno mismo, y apoyado en ese autoconcepto el niño debe disponerse a conseguir una serie de logros:

- Percibirse a sí mismo de manera crítica y ser capaz de modificarse en el contexto de relaciones significativas.
- Afrontar y superar los obstáculos que le impiden conseguir sus objetivos.
- Sentir que no es mejor y/o distinto cuando gana ni peor o diferente cuando pierde.

## **HIPÓTESIS**

La terapia cognitiva conductual mejorará la autoestima en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

## Definición Conceptual

Terapia cognitivo conductual: La terapia Cognitivo Conductual se ha ido conformando a través del análisis de destacados profesionales; entre ellos Albert Ellis (1962), con la Terapia Racional Emotiva (TRE), ha sido uno de los fundadores o creadores de los principios de la terapia Cognitivo Conductual y ha favorecido en el desarrollo de lo que se conoce como Terapia Cognitivo Conductual.

En la terapia cognitivo conductual la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que le paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales; el objetivo en este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro de otras creencias.

Autoestima: Investigadores como Coopersmith (1967), Brinkman et al. (1989), López y Schnitzler (1983), Rosemberg y Collarte, definen que la autoestima es relevante para la vida del ser humano y que constituye un factor importante para el ajuste emocional, cognitivo y práctico de la persona. Agrupando las aportaciones de los autores citados, se obtendría una definición conjunta como la siguiente: Todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le estime.

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
Terapia Cognitivo Conductual	* Historia Psicológica Infantil  * Observación	* Técnicas basadas en el condicionamiento operante. * Técnicas de modificación de conducta.	* Historia Psicológica Infantil * Test Proyectivos (HTP-Familia) * Test de Conners (pre-post) * Actividades de memoria-atención y concentración
Autoestima	* Evaluación	* Muy bueno * Bueno * Suficiente * Insuficiente * Deficiente	* Escala de Autoestima de Lucy Reidl (pre-post)

## MARCO METODOLÓGICO

### Tipo de Investigación

Diferencial

### Diseño de Investigación

No experimental

### Población y Muestra

Con la población que se trabajó fueron 30 niños de 5 a 16 años que presentaron distintos trastornos conductuales, de los cuales se seleccionó una muestra de 20 niños y niñas de 6 a 9 años que presentaron Trastorno por Déficit de Atención, con baja autoestima, se aplicó la siguiente fórmula para seleccionar la muestra de la investigación.

Para calcular el tamaño de la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$M = \frac{0.9604(N)}{(N - 1)0.0036 + 0.9604}$$

$$M = \frac{0.9604(22)}{(21)0.0036 + 0.9604}$$

$$M = \frac{21.1288}{1,036}$$

$$M = 19,87$$

$$M = 20$$

### Técnica e Instrumentación:

#### **Métodos:**

- Método clínico: se utilizara en el momento de recolectar información mediante la historia clínica
- Método deductivo e inductivo: se aplicará en la realización de las recomendaciones y conclusiones

- Método estadístico: se utilizara en el procesamiento de la información, en base a los datos y los resultados.

#### **Técnicas:**

- **Entrevista:** empleada para obtener información proporcionada por los pacientes y sus padres.
- **Observación:** permite ponernos en contacto con los síntomas presentes en los pacientes, y también recolectar información con la aplicación de reactivos.
- **Técnica psicométrica:** utilizada al aplicar los reactivos psicométricos correspondientes.

#### **Instrumentos**

- Escala de Autoestima de Lucy Reidl (mide los niveles de autoestima en niños)
- Test proyectivo HTP (indican experiencia emocionales e ideales ligadas al desarrollo de la personalidad)
- Test proyectivo de la FAMILIA (Expresión de la inteligencia y su efectividad)

## Análisis de validez y confiabilidad

### **Test proyectivo de la FAMILIA**

Es un test gráfico, por lo tanto proyectivo, donde el examinado proyecta su subjetividad incluido en el contexto de la familia, donde aparecen sus fantasías, deseos y temores en relación a la dinámica vincular. Además su propia ubicación y la imaginación de los otros lugares. Renata Frank en su artículo plantea el dibujo a partir del niño, nosotros lo vamos a utilizar con todos los miembros de grupo familiar haciendo un análisis entre las distintas producciones. Se puede considerar que existe un patrón de dibujo tipo que consiste en ubicar a los miembros de la familia alineados horizontalmente en una o dos líneas, de manera simétrica y con estaturas diferenciadas y proporcionadas de mayor a menor.

Análisis. Criterios básicos

Básicamente se analiza

1) conducta general del sujeto en relación a la tarea y el entrevistador

-el plano gráfico

-el plano del contenido

El1) se refiere a la observación de los aspectos verbales y no verbal es de la realización de la tarea: gestos, comentarios, actitud, etc., vínculo transferencial, etc.

El2) plano gráfico se refiere al aspecto grafológico del dibujo que incluye las pautas formales: desplazamiento, características del trazado, ubicación, tamaño.

Es importante tener en cuenta la secuencia, ya que la persona dibujada en primer lugar como así también la mejor dibujada sería aquella más idealizada o preferida así como la más pequeña, con menos detalles o alejada de los demás la más desvalorizada. Estos detalles también se corresponden con la imagen que los niños tienen y perciben de sus adultos.

Características individuales de las figuras:

Graficadas. Por la complejidad de la tarea en ocasiones disminuye la calidad, por lo que hay que atender a un análisis comparativo interfiguras a fin de observar las similitudes y/o diferencias en su tratamiento gráfico. Observar si hay adecuada diferenciación de género, edad, rol o son una multiplicidad de figuras similares a las que sólo las diferencia el nombre asignado.

El 3) tiene que ver con la interpretación de lo verbalizado respecto de lo graficado que responde a una serie de preguntas que le hacemos. También atendemos a la concordancia o no entre lo graficado y lo verbalizado.

## **Test proyectivo de la H.T.P. (BUCK)**

La batería de reactivos gráficos proyectivos conformada por el subtest de La casa de CotteRoux, el Árbol de Karl Koch y la sub-prueba de la Figura Humana de Karen Machover, constituyen la triada de los test's gráficos denominados "Auxiliares de Diagnóstico Psicológico".

Conocidos en el campo de la psicología proyectiva como el H.T.P. la batería M.K.C. o el test de Buck. El interés fundamental consiste en la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente: que cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles deshecha

Los dibujos expresan los interactivos psicodinámicos correspondientes al concepto que el individuo tiene de sí mismo y a su percepción del ambiente. La casa, el árbol y la persona son conceptos de gran potencia simbólica que se satura de las experiencias emocionales o ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las que luego se proyectan cuando esos conceptos son dibujados. La elección de la casa, del árbol y de la persona como conceptos gráficos.

Buck en relación con su elección de los ítems (casa, árbol y persona), afirma que

a.-son ítems familiares a todos, hasta el niño más pequeño:

b.-Se ha observado que como conceptos que debían ser dibujados por individuos de todas las edades, tenían mejor aceptación que otros: y

c.-Estimulan una verbalización más libre y espontánea que otros ítems. Se puede indicar que son conceptos simbólicamente en término de significación inconsciente, (hecho que se analizará en la interpretación de cada una de las sub pruebas).En relación con la elección de Buck de los conceptos gráficos se ha demostrado mediante investigación por diferentes autores y de diferentes países, que tanto las casas como los árboles y las personas constituyen los conceptos que mayor significación poseen. Se ha demostrado que el tema favorito del niño mediante el dibujo es la figura humana, el siguiente objeto favorito es la casa y luego, comienza el niño a dibujar árboles y flores. Rosen señala que la casa, simbólicamente tan relacionada con la figura humana juega un importante papel no sólo en los dibujos infantiles, sino también en jóvenes y adultos, teniendo además relación directa con el primitivo. El concepto gráfico persona es sin duda el que está más empapado de las experiencias emocionales ligadas al desarrollo del individuo. Tanto Machover como Buck y Levy, y quizás en sus implicaciones teóricas más profundas Pau Schilder con su contribución al estudio de la imaginación.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA BATERIA GRAFICA PROYECTIVA H.T.P**

Esta prueba gráfica proyectiva tanto en su fase acromática (papel y lápiz), como en la fase cromática (papel y crayones seleccionados), presente las siguientes características:

- a) Es económica en tiempo y material;
- b) Es simple en consigna y evaluación;
- c) No requiere de relaciones transferenciales (lazos de afectividad entre examinado y examinador) especiales o difíciles de practicarles;
- d) Se encuentra estandarizada;
- e) Emplea percepciones visuales y considera también la psicomotilidad; y



- f) Se emplean temas fijos (casa, árbol figura humana)
- g) Esta prueba en general satisface las condiciones de las técnicas proyectivas propuestas por David Rapaport

### **Test de Conners**

Fue diseñado por C. Keith Conners en el año 1969.

Es una escala para profesores y otra para padres.

Usada generalmente por el neurólogo, psicólogo o psicopedagogo.

**Objetivo del Test:** Detectar la presencia de Déficit Atencional e Hiperactividad mediante la evaluación del profesor o los padres.

**Descripción de la Prueba:** Es una Escala que se presenta en dos formas uno diseñado para Padres y otro para Profesores.

- Es un Cuestionario de aplicación Individual.
- De lápiz y papel para el profesor o para los padres.
- Destinatarios: Profesor o padres de niños que presentan índices de Déficit Atencional.

**Estructura:** Existen múltiples formatos de la Escala de Conners, algunos de ellos son abreviaciones y otros están modificados según las necesidades del examinador.

### **Escala o Test de Conners para Padres**

La escala de Conners para padres contiene 96 preguntas agrupadas en 9 factores:

- Alteraciones de conducta
- Miedo
- Ansiedad
- Inquietud-Impulsividad
- Inmadurez- problemas de aprendizaje
- Problemas Psicosomáticos
- Obsesión
- Conductas Antisociales
- Hiperactividad

### **Escala o Test de Conners para Profesores**

La escala de Conners para profesores es mucho más breve y está compuesta de 39 preguntas agrupadas en 6 factores:

- Hiperactividad
- Problemas de conducta
- Labilidad emocional
- Ansiedad-Pasividad
- Conducta Antisocial

- Dificultades en el sueño

### **Escala de Autoestima de Lucy Reidl**

Autor: Lucy Reidl

Ámbito que evalúa: Los niveles en la constitución del autoconcepto y autoestima del niño, el externo y el interno.

Propósito: Saber cómo se está incorporando el niño al mundo escolar; no necesariamente su desempeño académico. Detectar a aquellos niños que pueden estar presentando dificultades de adaptación emocional y que suelen perderse en el grupo o no manifestar señales muy aparentes.

Función y habilidades: Un autoconcepto positivo permite una mejor integración al medio escolar, mientras que uno de signo negativo lo obstaculiza. Consta de 20 afirmaciones, las cuales solo tienen como respuesta: A=De acuerdo, N= No sé y D= estoy en desacuerdo. Tiene 1 valoración de 1 a 3.

Área que mide: Emocional-social y Conductual.

Autoconcepto Externo: Clima escolar, Actitudes, Expectativas de los profesores; De los pares, Los hermanos, Valores y normas de los medios de comunicación, Características socioeconómicas del medio familiar.

Autoconcepto Interno: Imagen que tiene el niño con respecto a lo que piensan de él; Los padres, Los compañeros, Y amigos, Los profesores, Imagen con respecto a lo que él debiera ser, Imagen que tiene el niño de sí mismo, Características individuales del niño.

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:

### Presentación

### Análisis socio-demográfico

Clasificación de pacientes según el género.

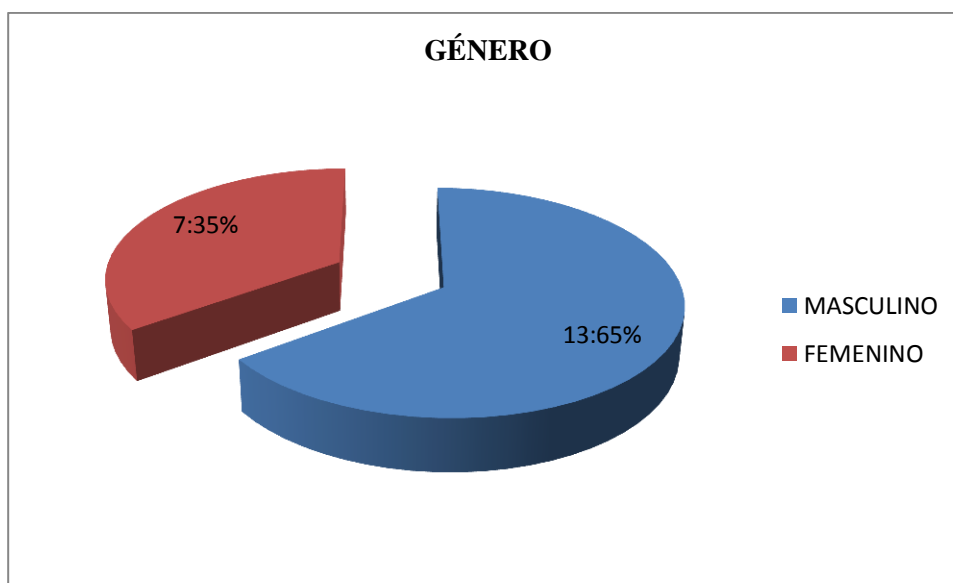
**Tabla 1: Género**

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	13	65
Femenino	7	35
Total	20	100

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N°1: Género



### **Interpretación:**

En el gráfico 1 se puede observar que la mayoría de la muestra, con la que se realizó la investigación son de género masculino, suman un total de 13 pacientes que representan el 65%, mientras que la muestra de género femenino suman 7 pacientes, que representan el 35% de la muestra.

Por lo tanto podemos decir que hubo mayor afluencia de pacientes que son niños.

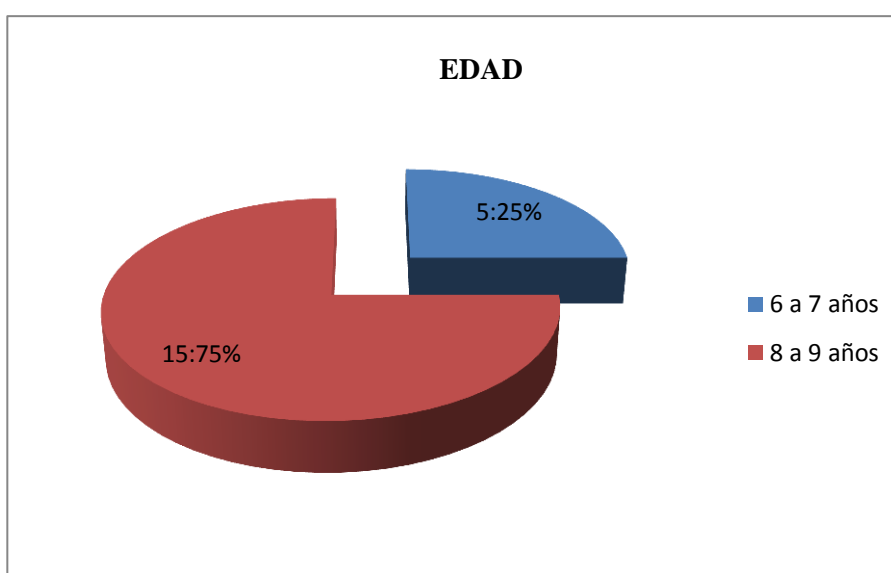
**Tabla 2: Edad**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 a 7 años	5	25%
8 a 9 años	15	75%
TOTAL	20	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N°2: Edad



**Interpretación:**

Del total de pacientes atendidos según el rango de edad de 15 pacientes entre 8 a 9 años correspondiente al 75% y 5 pacientes entre 6 a 7 años correspondiente al 25% de la muestra.

Es decir que la mayor parte de pacientes fue atendida entre un rango de edad de los 8-9 años.

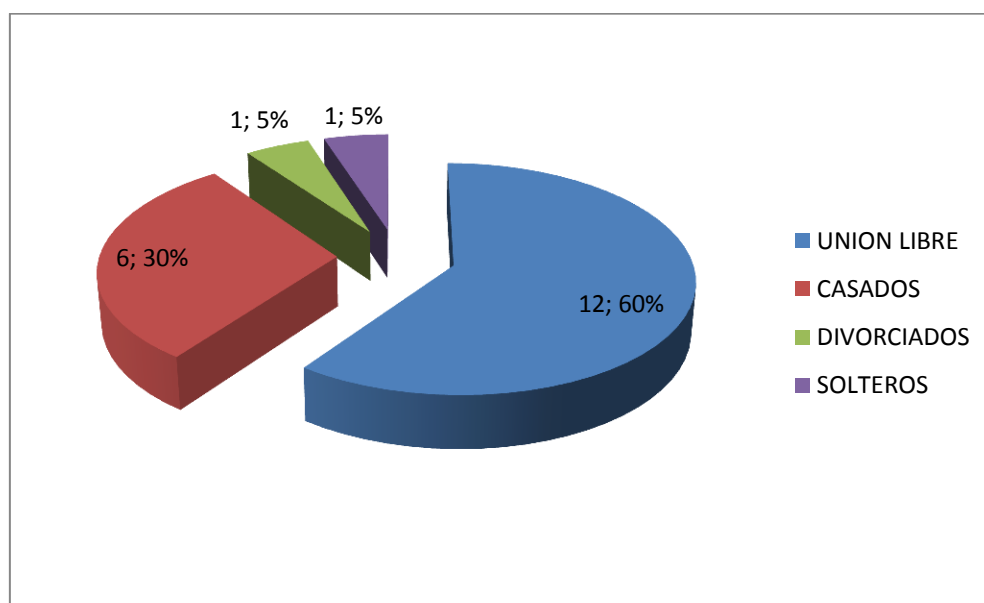
**Tabla 3: Estado civil de los padres**

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNION LIBRE	12	40,00%
CASADOS	6	50,00%
DIVORCIADOS	1	5,00%
SOLTEROS	1	5,00%
TOTAL	20	100,00%

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Gráfico N° 3: Estado Civil de los Padres**



**Interpretación:**

Del total de casos atendidos según el estado civil de los padres de los niños tenemos que 12 pacientes equivalentes al 60 % de los padres conviven en unión libre, un total de 6 pacientes correspondientes al 30 % son casados, y un resultado de 1,1 de pacientes equivalente al 5% corresponde a madres solteras y divorciadas.

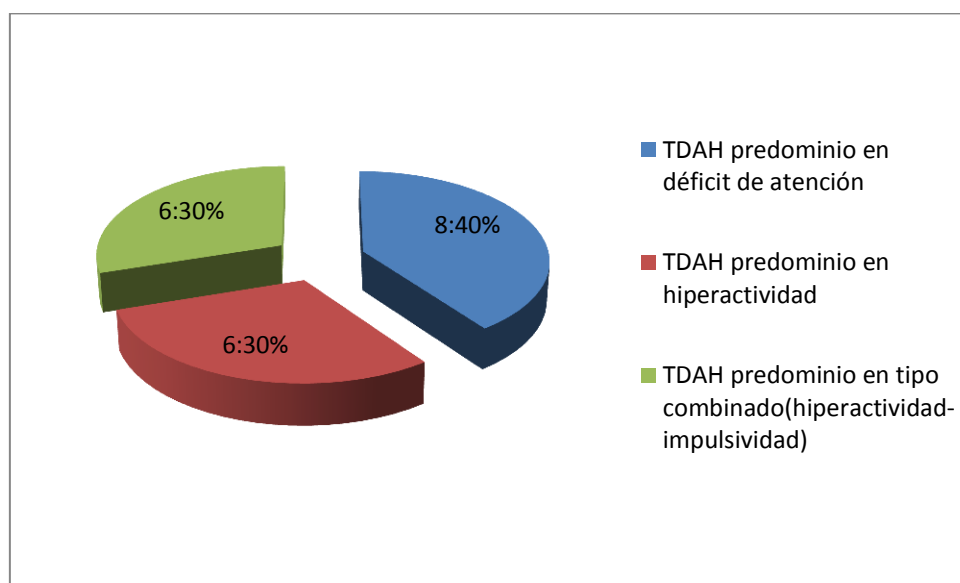
**Tabla 4: Subtipo de TDAH (predominio)**

SUBTIPOS DE TDAH	FRECUENCIA	PORCENTAJE FRECUANCIAL
TDAH predominio en déficit de atención	8	40%
TDAH predominio en hiperactividad	6	30%
TDAH predominio en tipo combinado(hiperactividad-impulsividad)	6	30%
TOTAL	20	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Gráfico N°4 Subtipo de TDAH (predominio)**



**Interpretación:**

En el resultado obtenido 8 pacientes equivalente al 40% da como resultado que presenta TDAH con (predominio en déficit de atención).

Mientras que TDAH (predominio en hiperactividad) y TDAH (predominio en tipo combinado; hiperactividad-impulsividad) tienen como resultado 6 pacientes respectivamente correspondiente al 30% por cada uno.

**Análisis de la Escala de Autoestima de Lucy Reidl Previo y Posterior a la aplicación de la terapia cognitivo conductual.**

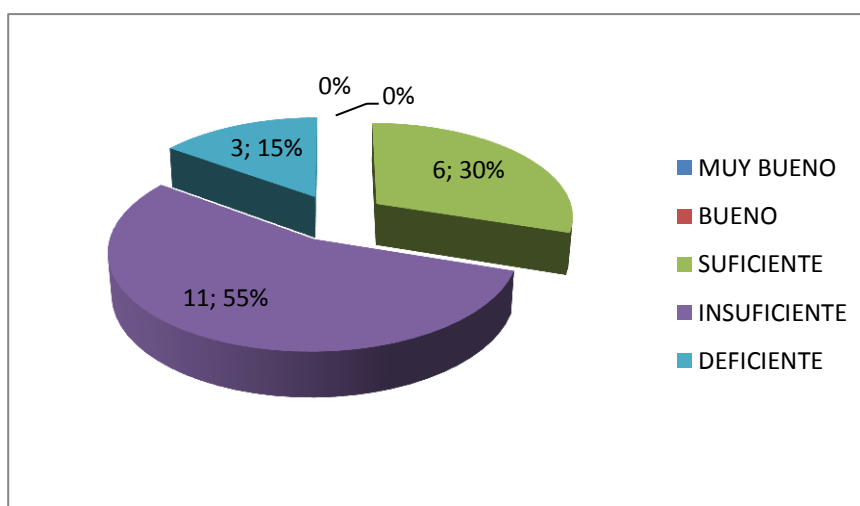
**Tabla 5: evaluación previa aplicación de la terapia Cognitivo Conductual**

NIVEL DE AUTOESTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	0	0%
BUENO	0	0%
SUFICIENTE	6	30%
INSUFICIENTE	11	55%
DEFICIENTE	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Tabla 6: evaluación previa aplicación de la terapia cognitivo conductual**



**Interpretación:**

Del total de casos investigados **previo** a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual podemos mencionar que de los resultados generales 11 niños/as equivalente al 55% pertenecen al ítem autoestima INSUFICIENTE. 6 niños/as equivalente al 30 % dieron como resultado autoestima SUFICIENTE. 3 niños equivalente al 15% aborda una autoestima DEFICIENTE, en cuanto a Autoestima MUY BUENA y BUENA, el resultado es de 0 %.

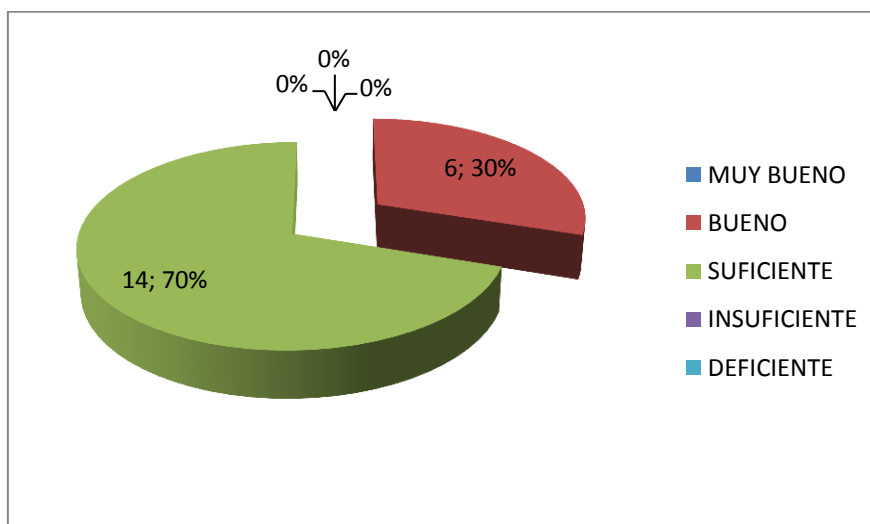
**Tabla 7: Evaluación posterior a la aplicación de la terapia cognitivo conductual.**

NIVEL DE AUTOESTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	0	0%
BUENO	6	30%
SUFICIENTE	14	70%
INSUFICIENTE	0	0%
DEFICIENTE	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 6: Evaluación posterior a la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

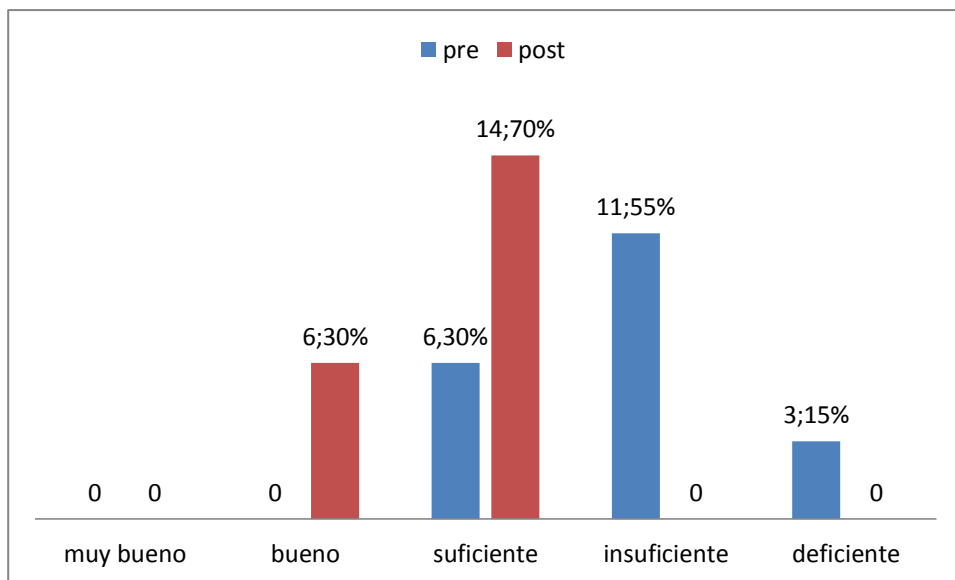


**Interpretación:**

Del total de casos investigados **posterior** a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual podemos ver que 14 niños/as equivalente al 70% dieron como resultado de autoestima BUENA, mientras que 6 niños/as equivalente al 30% corresponde al una autoestima SUFICIENTE, en cuanto a Autoestima MUY BUENA, INSUFICIENTE Y DEFICIENTE, el resultado es de 0 %.

Gráfico N° 7: Interpretación de Resultados





Realizado por : Verónica Marisol Ruales Morán

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

### Interpretación:

En los resultados obtenidos demuestran que en la evaluación **previa** a la aplicación de la terapia cognitivo conductual, 11 niños/as equivalente al 55% muestran un resultado de *autoestima Insuficiente* y **posterior** a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual el nivel baja al 0%.

**Previo** a la aplicación de la terapia cognitivo conductual 6 niños/as equivalente al 30% muestran un resultado de *autoestima Suficiente* y **posterior** a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual el nivel aumenta al 70% equivalente a 14 niños.

**Previo** a la aplicación de la terapia cognitivo conductual 3 niños/as equivalente al 15% muestran como resultado un *autoestima Deficiente*, y **posterior** a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual el nivel baja al 0% niños

**Previo** a la aplicación de la terapia cognitivo conductual 0 niños/as equivalente al 0% muestran como resultado en autoestima buena y **posterior** a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual el nivel mejora al 30% equivalente a 6 niños.

Como punto final en *autoestima Muy buena* ningún niño obtuvo este resultado.

## Análisis de Escala de Autoestima de Lucy Reidl

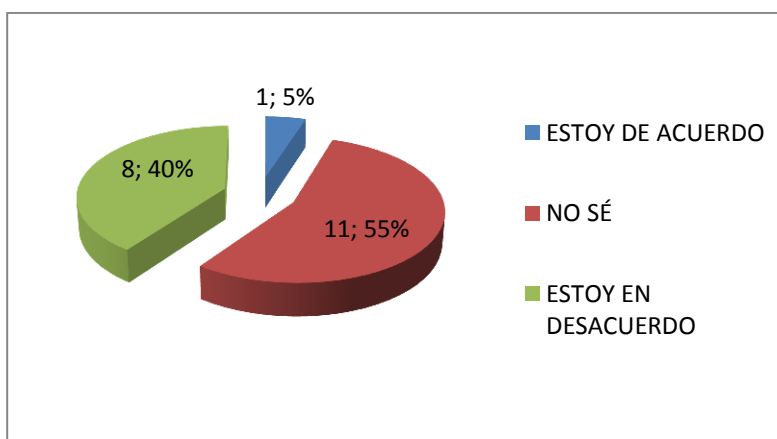
**Tabla 8: Pregunta 1.Soy una persona con muchas cualidades (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	1	5%
NO SÉ	11	55%
ESTOY EN DESACUERDO	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 8: Pregunta 1. Soy una persona con muchas cualidades (pre)



### Interpretación:

Según los resultados **previo** a la aplicación de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°1 *Soy una persona con muchas cualidades*; 11 niños/as correspondiente al 55% respondieron No sé, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió Estoy en Desacuerdo y 1 correspondiente al 5 % respondió Estoy de acuerdo.

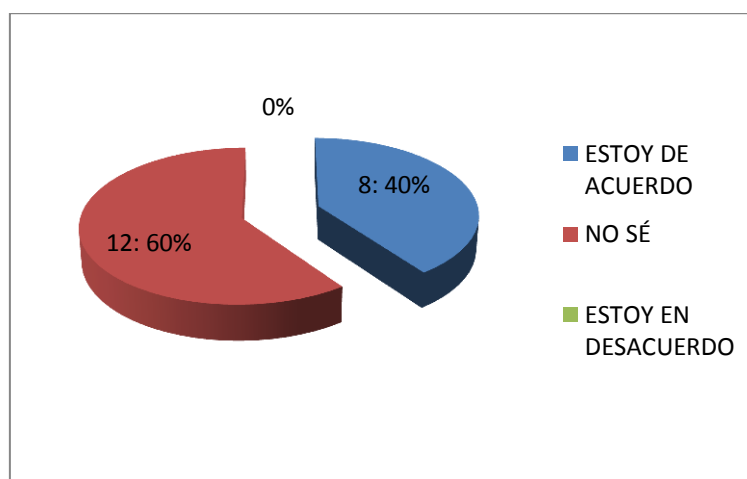
**Tabla 9: pregunta 1.Soy una persona con muchas cualidades (post)**

respuestas	pacientes	porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	8	40%
NO SÉ	12	60%
ESTOY EN DESACUERDO	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 9: Soy una persona con muchas cualidades (post)



**Interpretación:**

Según los resultados **posterior** a la aplicación de la escala de Autoestima de Lucy Reidl, en la pregunta N°1; *Soy una persona con muchas cualidades*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron No sé, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió Estoy de acuerdo y 0 correspondiente a Estoy en desacuerdo.

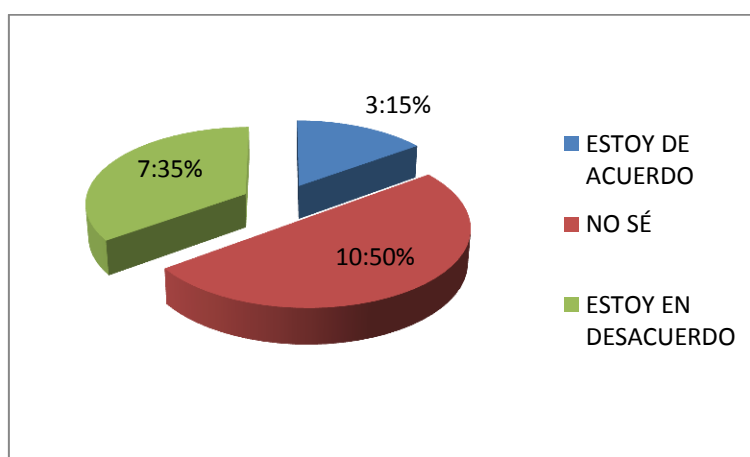
**Tabla 10: Pregunta 2. Por lo general si tengo algo que decir, lo digo (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	3	15%
NO SÉ	10	50%
ESTOY EN DESACUERDO	7	35%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 8: pregunta 2. Por lo general si tengo algo que decir, lo digo (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previade** la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°2; *Por lo general si tengo algo que decir, lo digo* 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron No sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió Estoy en Desacuerdo y 3 correspondiente al 15 % respondió Estoy de acuerdo.

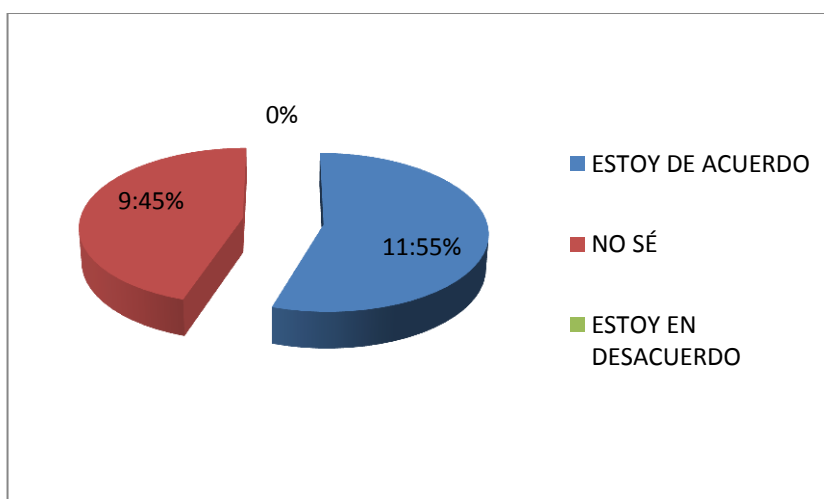
**Tabla 11: pregunta 2. Por lo general si tengo algo que decir, lo digo(post)**

respuestas	pacientes	porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	11	55%
NO SÉ	9	45%
ESTOY EN DESACUERDO	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 11: pregunta 2. Por lo general si tengo algo que decir, lo digo (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°2; 11 niños/as correspondiente al 55% respondieron Estoy de acuerdo , 9 niños/as correspondiente al 45% respondió No sé y o respondió Estoy en Desacuerdo.

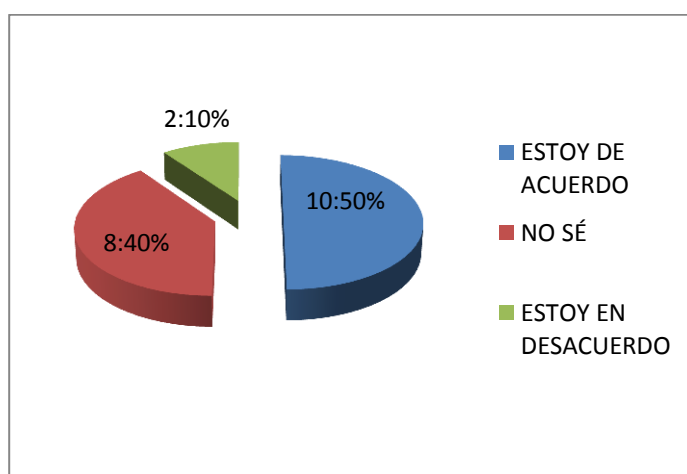
**Tabla 12: Pregunta 3. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo.(pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	10	50%
NO SÉ	8	40%
ESTOY EN DESACUERDO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 12: pregunta 3 Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo.(pre)



**Interpretación:**

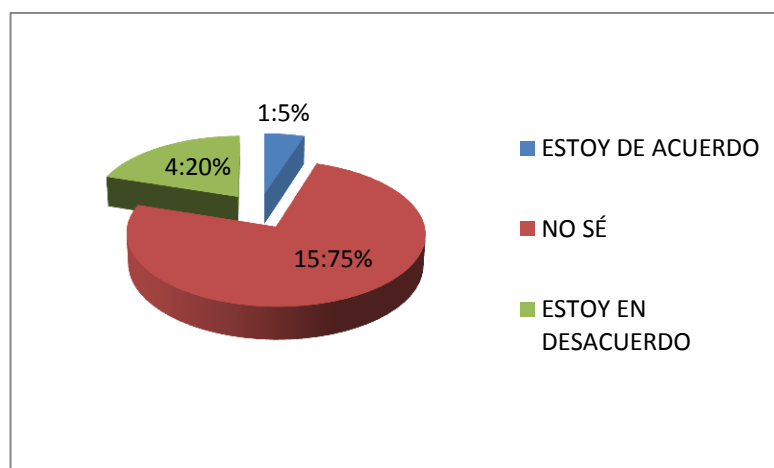
Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta 3; *Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo*, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron Estoy de acuerdo, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió No sé y 2 correspondiente al 10 % respondió Estoy desacuerdo.

**Tabla 13: Pregunta 3. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo.(post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	1	5%
NO SÉ	15	75%
ESTOY EN DESACUERDO	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl  
Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 13: Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo.(post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°2; *Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo*. 15 niños/as correspondiente al 75% respondieron No sé, 4 niños/as correspondiente al 20% respondió Estoy en Desacuerdo y 1 correspondiente al 5 % respondió Estoy de acuerdo.

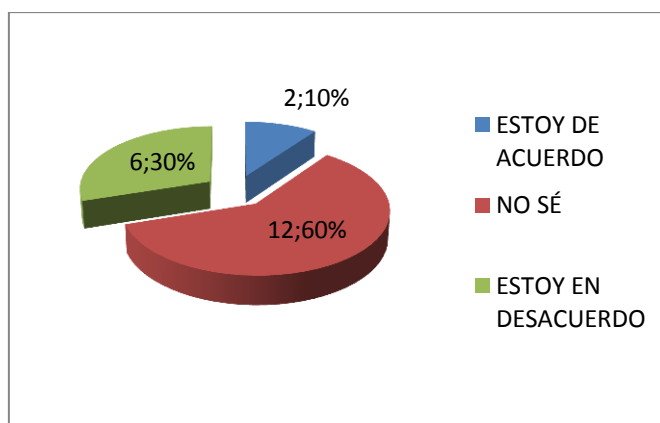
**Tabla 14: Pregunta 4. Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	2	10%
NO SÉ	12	60%
ESTOY EN DESACUERDO	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N° 14: pregunta4. Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°4; *Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron No sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy de acuerdo y 2 correspondiente al 10 % respondió Estoy desacuerdo.



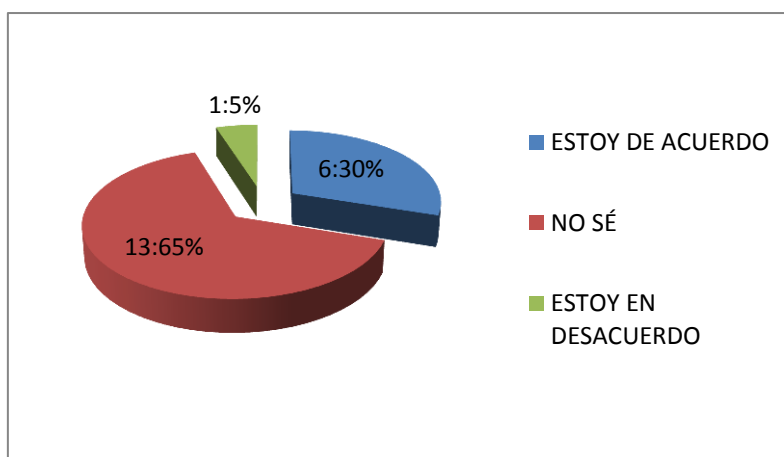
**Tabla 15: Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	6	30%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 15: pregunta 4. Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°4; *Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron No sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy de acuerdo y 1 niño/a correspondiente al 5 % respondió Estoy desacuerdo.

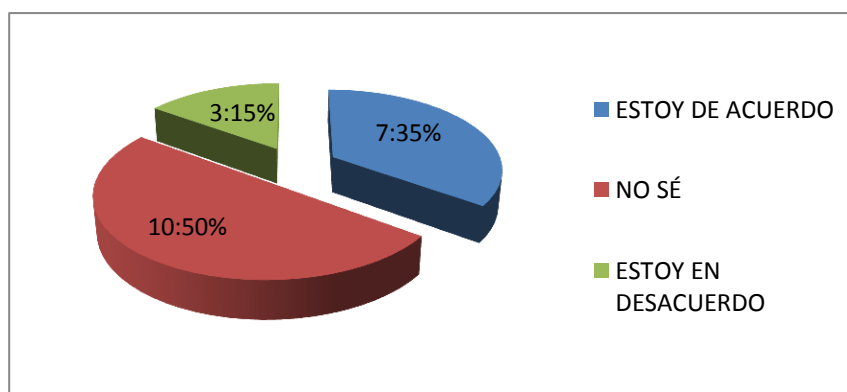
**Tabla 16: Pregunta 5. En realidad no me quiero a mi mismo/a (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	7	35%
NO SÉ	10	50%
ESTOY EN DESACUERDO	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 16: pregunta 5. En realidad no me quiero a mi mismo/a (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°5; *En realidad no me quiero a mi mismo/a*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron No sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy de acuerdo y 2 correspondiente al 10 % respondió Estoy desacuerdo.

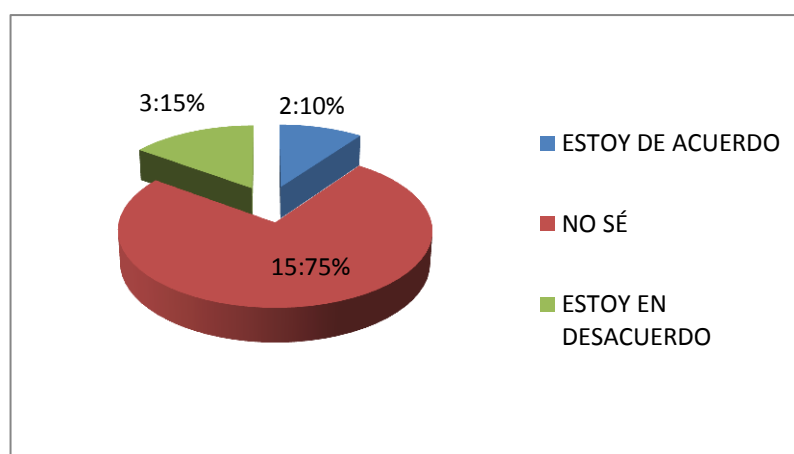
**Tabla 17: En realidad no me quiero a mi mismo/a (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	2	10%
NO SÉ	15	75%
ESTOY EN DESACUERDO	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 17: pregunta 5. En realidad no me quiero a mi mismo/a (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°5; *En realidad no me quiero a mi mismo/a*, 15 niños/as correspondiente al 75% respondieron No sé, 3 niños/as correspondiente al 15% respondió estoy en desacuerdo y 2 correspondiente al 10 % respondió Estoy de acuerdo.

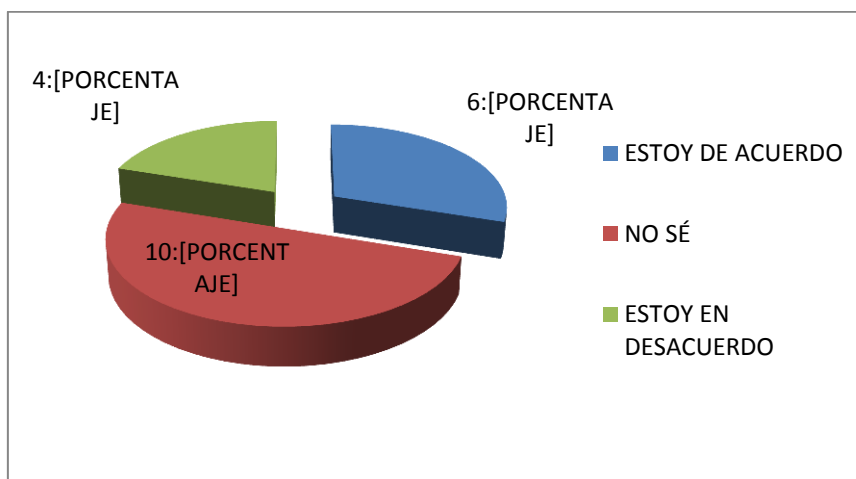
**Tabla 18: Pregunta 6. Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	6	30%
NO SÉ	10	50%
ESTOY EN DESACUERDO	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 18: pregunta6. Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°6; *Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho*, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron No sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy de acuerdo y 4 correspondiente al 20 % respondió Estoy en desacuerdo.

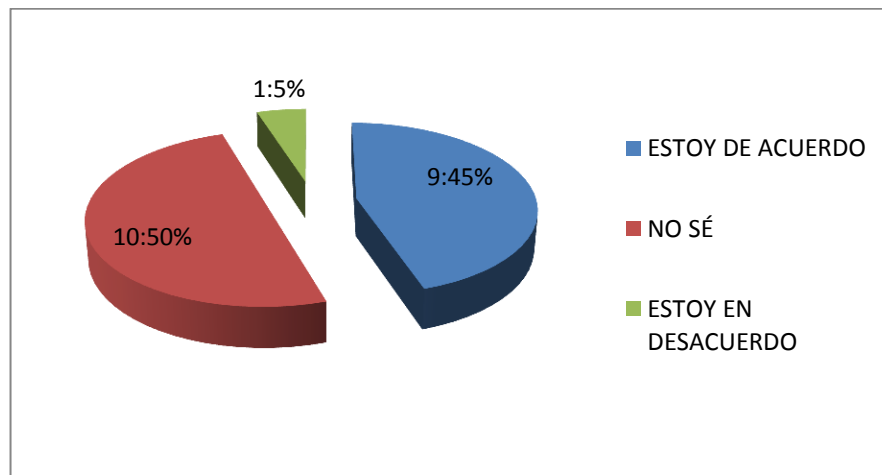
**Tabla 19: pregunta6.Creo que la gente tiene buena opinión de mí (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	9	45%
NO SÉ	10	50%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 19. Pregunta 6. Creo que la gente tiene buena opinión de mi (post)



**Interpretación:**

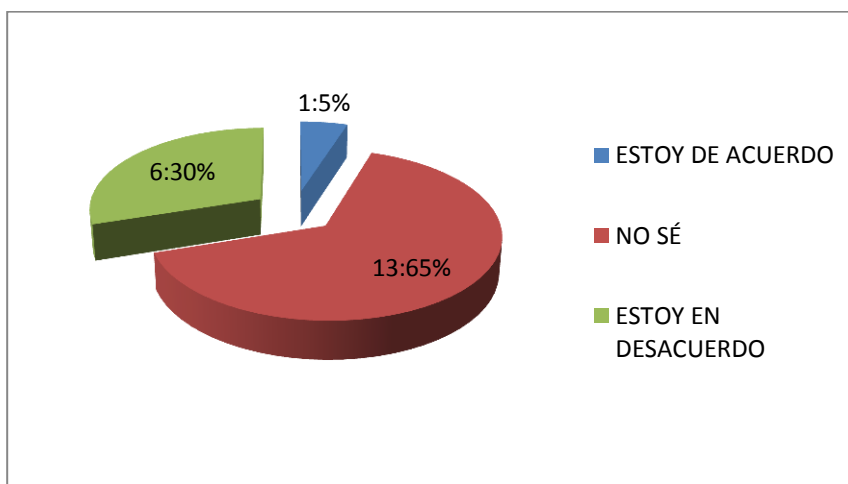
Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°6; *Creo que la gente tiene buena opinión de mi*, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron No sé, 9 niños/as correspondiente al 45% respondió estoy de acuerdo y 1 correspondiente al 5 % respondió Estoy en desacuerdo.

**Tabla 20: pregunta 7. Creo que la gente tiene buena opinión de mi (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	1	5%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl  
Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N° 20: pregunta 7. Creo que la gente tiene buena opinión de mi (pre)**



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°7; Creo que la gente tiene buena opinión de mi, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron No sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy en desacuerdo y 1 correspondiente al 5 % respondió Estoy de acuerdo.

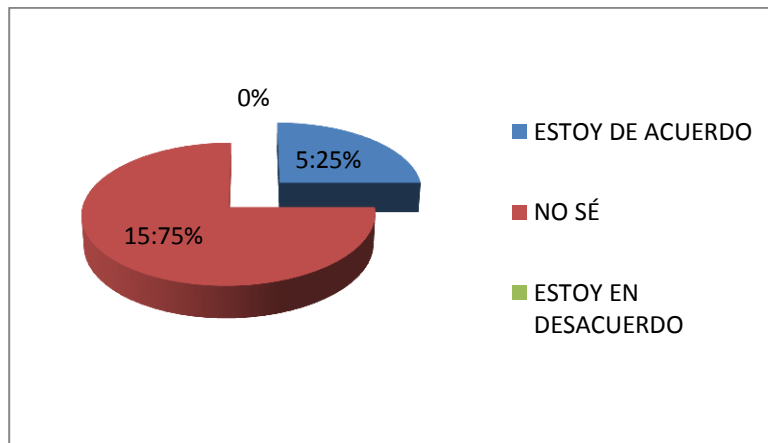
**Tabla 21: pregunta 7. Creo que la gente tiene buena opinión de mi (post)**

Respuestas	Frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	5	25%
NO SÉ	15	75%
ESTOY EN DESACUERDO	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N° 21: pregunta 8. Me siento orgulloso/a de lo que hago (post)**



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°8; Me siento orgulloso/a de lo que hago, 15 niños/as correspondiente al 75% respondieron No sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió estoy de acuerdo y 0 respondió Estoy de acuerdo.

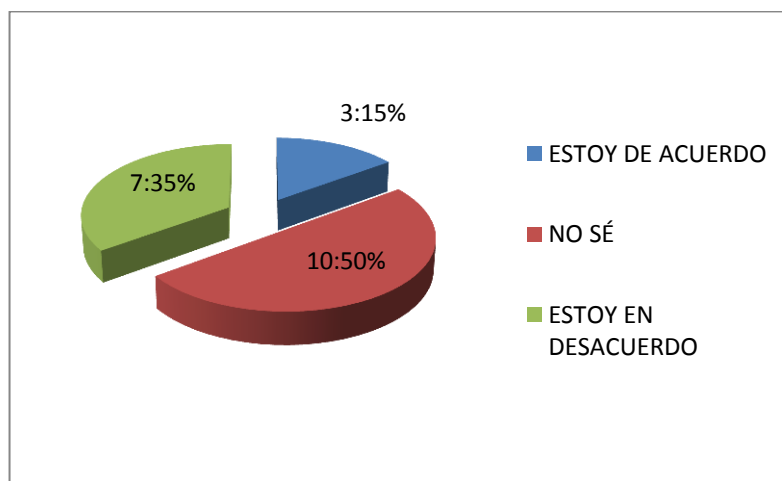
**Tabla 22: pregunta 8. Me siento orgulloso/a de lo que hago (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	3	15%
NO SÉ	10	50%
ESTOY EN DESACUERDO	7	35%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 22: pregunta N 8 Me siento orgulloso/a de lo que hago (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°8;Me siento orgulloso/a de lo que hago, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron No sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy en desacuerdo y 3 niños/as correspondiente al 15% respondió Estoy de acuerdo.



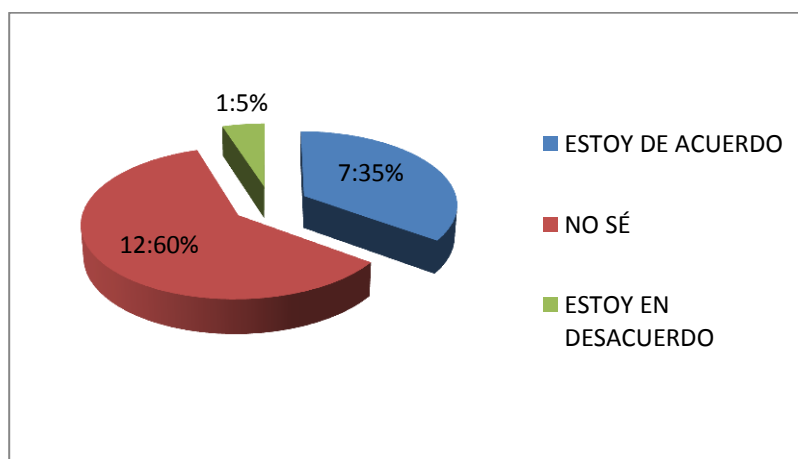
**Tabla 23: pregunta N 8. Me siento orgulloso/a de lo que hago (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	7	35%
NO SÉ	12	60%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N° 23: pregunta N 8. Me siento orgulloso/a de lo que hago (post)**



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°8; Me siento orgulloso/a de lo que hago, 12 niños/as correspondiente al 60%

respondieron No sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy de acuerdo y 1 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy de acuerdo.

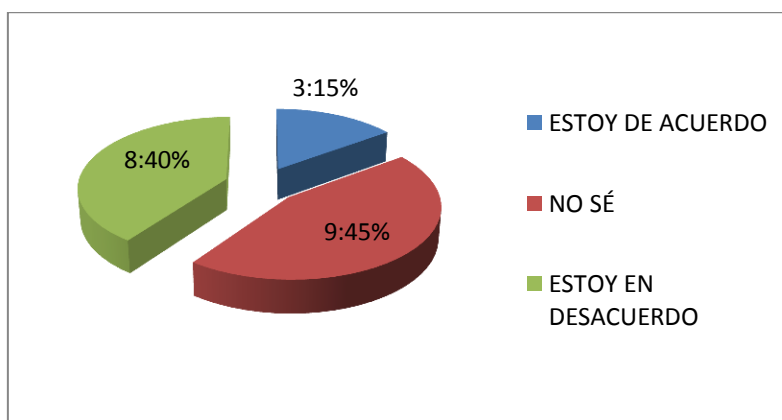
**Tabla 24: pregunta 9. Soy bastante feliz (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	3	15%
NO SÉ	9	45%
ESTOY EN DESACUERDO	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 24: pregunta N 9. Soy bastante feliz (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°9; *Soy bastante feliz*, 9 niños/as correspondiente al 45% respondieron No sé, 8 niños/as

correspondiente al 40% respondió estoy en desacuerdo y 3 niños/as correspondiente al 15% respondió Estoy de acuerdo

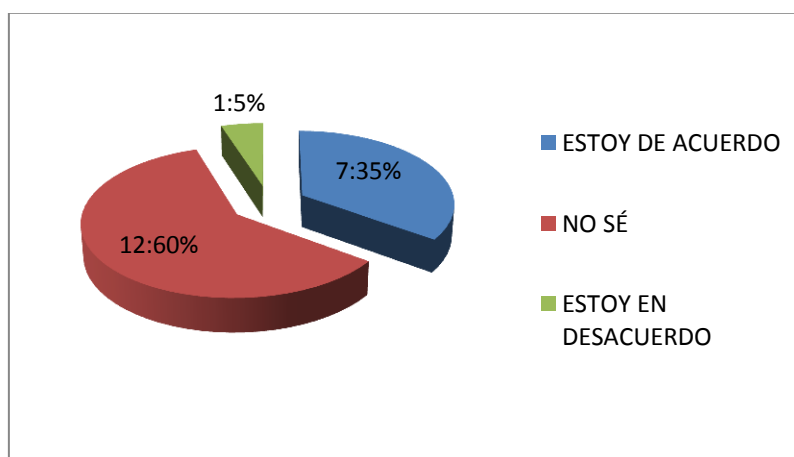
**Tabla 25: pregunta 9. Soy bastante feliz (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	7	35%
NO SÉ	12	60%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N°25: pregunta 9. Soy bastante feliz (post)**



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°9; *Soy bastante feliz*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron No sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy de acuerdo y 1 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy en desacuerdo

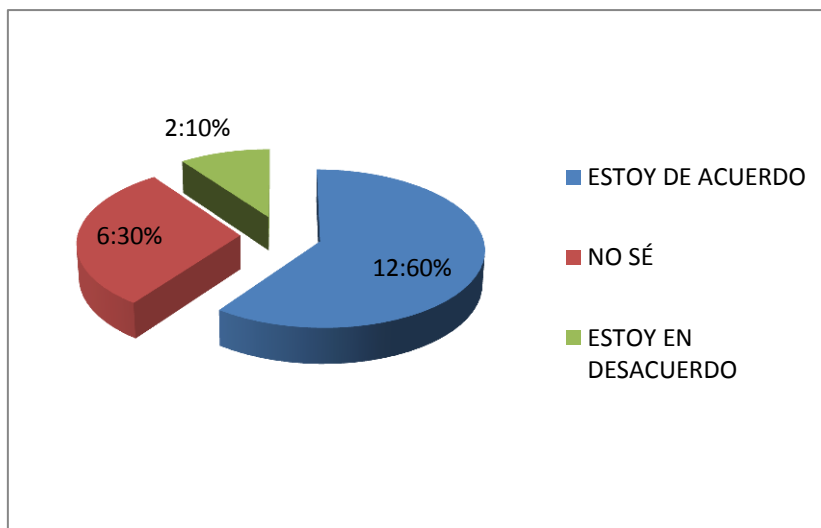
**Tabla 26: pregunta N 10. Poca gente me hace caso (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	12	60%
NO SÉ	6	30%
ESTOY EN DESACUERDO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Gráfico N°26: pregunta N 10. Poca gente me hace caso (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°10; *Poca gente me hace caso*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron estoy de acuerdo , 6 niños/as correspondiente al 30% respondió no sé y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy en desacuerdo

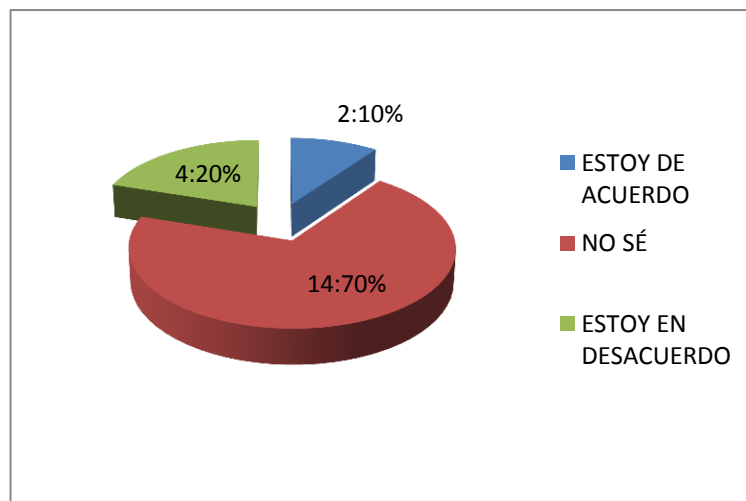
**Tabla 27: pregunta N 10. Poca gente me hace caso (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	2	10%
NO SÉ	14	70%
ESTOY EN DESACUERDO	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N°27: pregunta N 10. Poca gente me hace caso (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°10; *Poca gente me hace caso*, 14 niños/as correspondiente al 70% respondieron no sé, 4 niños/as correspondiente al 20% respondió estoy en desacuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy de acuerdo

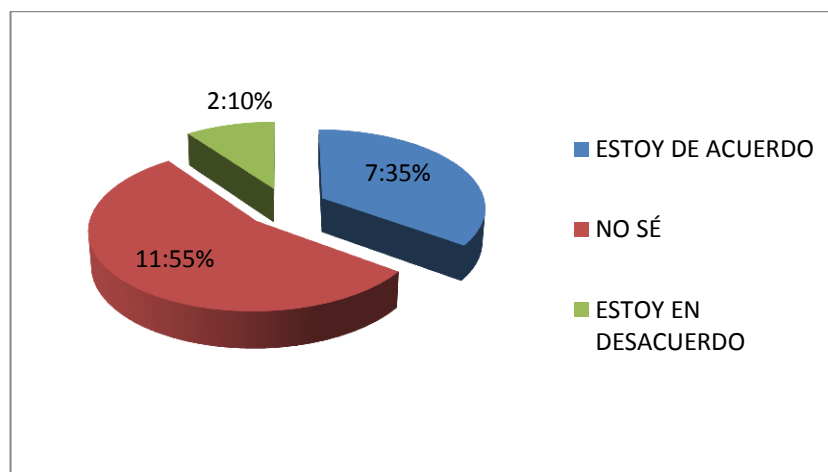
**Tabla 28: Pregunta 11.Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	7	35%
NO SÉ	11	55%
ESTOY EN DESACUERDO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 28: pregunta N 11. Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera (pre)



**Interpretación:**

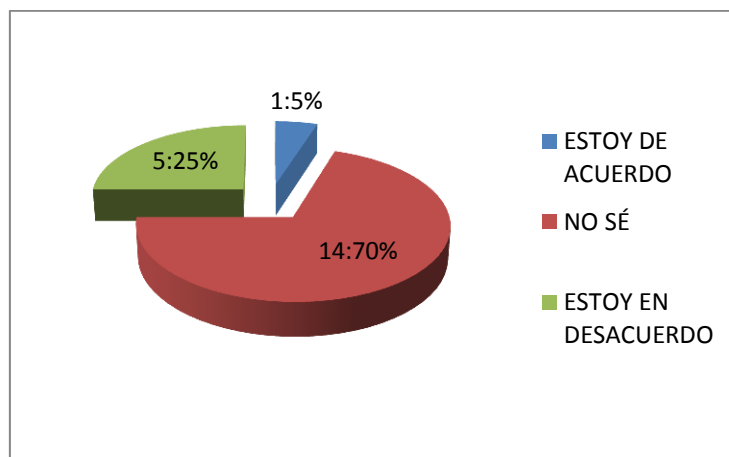
Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°11; *Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera*, 11 niños/as correspondiente al 55% respondieron no sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy de acuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy en desacuerdo

**Tabla 29: Pregunta 11. Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	1	5%
NO SÉ	14	70%
ESTOY EN DESACUERDO	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Grafico N° 29: Pregunta 11. Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°11; *Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera*, 11 niños/as correspondiente al 55% respondieron no sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy de acuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy en desacuerdo

**Tabla 30: pregunta N 12 Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	9	45%
NO SÉ	9	45%

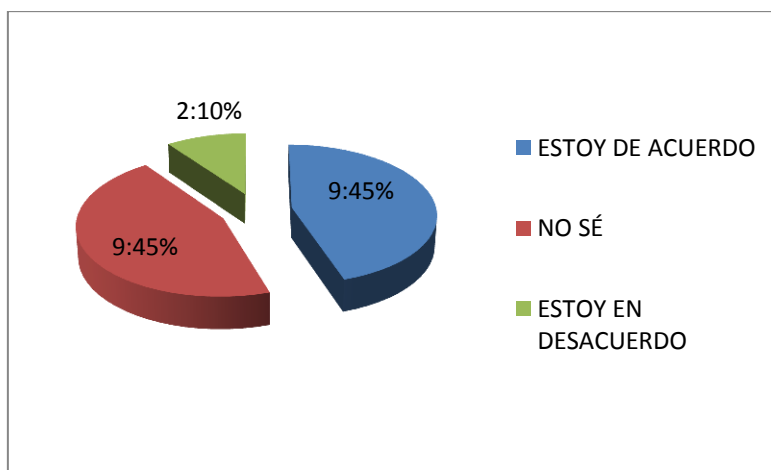


ESTOY EN DESACUERDO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 30: pregunta N 12 Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente (pre)



### Interpretación:

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°12; *Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente*, 9 niños/as correspondiente al 45% respondieron no sé, 9 niños/as correspondiente al 45% respondió estoy de acuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy en desacuerdo

**Tabla 31: pregunta N 12 Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente (post)**

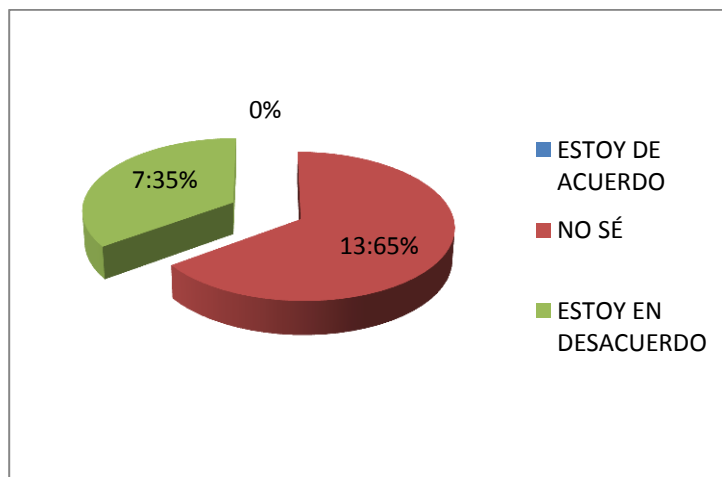
Respuestas	frecuencia	Porcentajes
------------	------------	-------------

ESTOY DE ACUERDO	0	0%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	7	35%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 31: pregunta N 12 Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente (post)



### Interpretación:

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N° 12; *Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron no sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy en desacuerdo y 0 niños/as respondió Estoy en desacuerdo

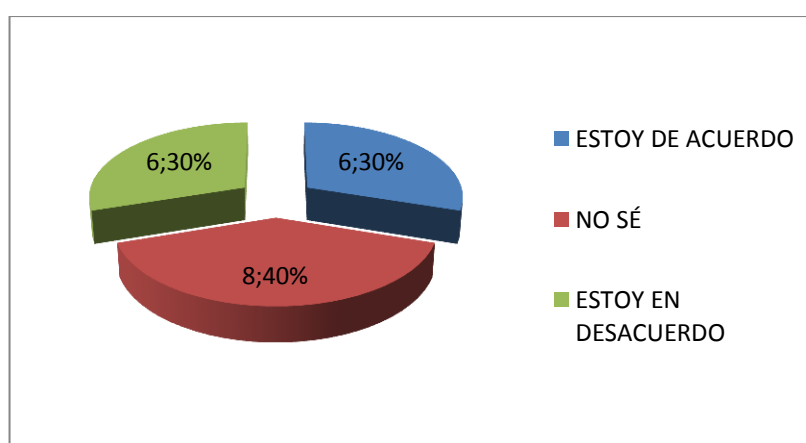
**Tabla 32: pregunta N 13 Casi nunca estoy triste (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	6	30%
NO SÉ	8	40%
ESTOY EN DESACUERDO	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 32: pregunta N 13 Casi nunca estoy triste (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°13; *Casi nunca estoy triste*, 8 niños/as correspondiente al 40% respondieron no sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy de acuerdo y 6 niños/as correspondiente al 30% respondió Estoy en desacuerdo

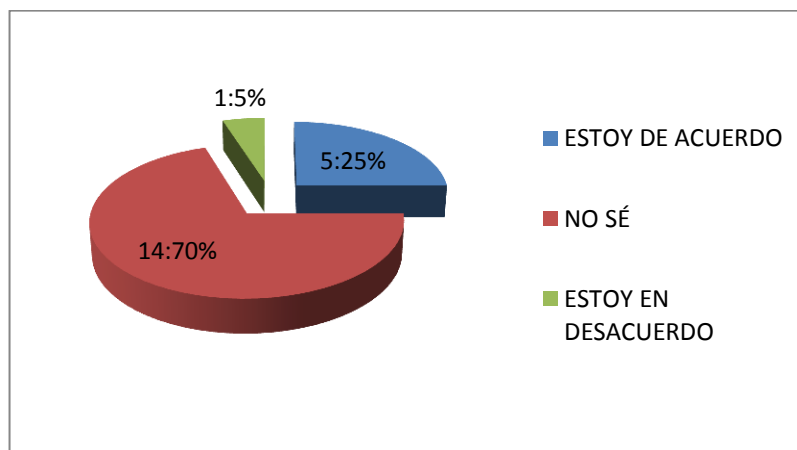
**Tabla 33: pregunta N 13 Casi nunca estoy triste (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	5	25%
NO SÉ	14	70%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N° 33: pregunta N 13 Casi nunca estoy triste (post)**



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°13; *Casi nunca estoy triste*, 14 niños/as correspondiente al 70% respondieron no sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió estoy de acuerdo y 1 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy en desacuerdo

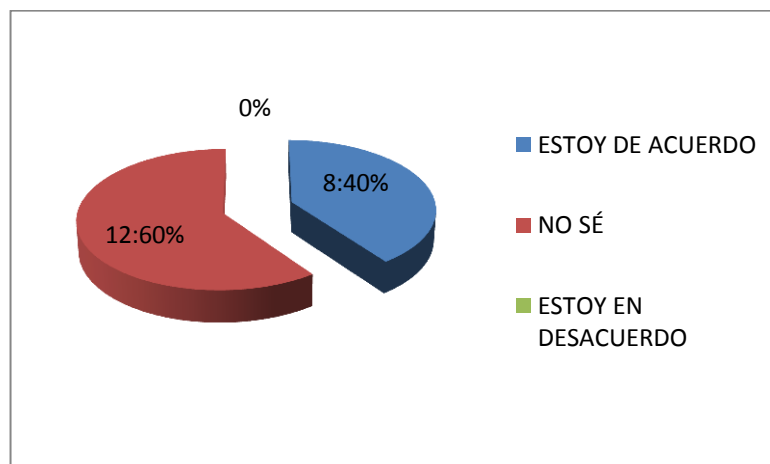
**Tabla 34: pregunta N 14 Es muy difícil actuar como yo quisiera (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	8	40%
NO SÉ	12	60%
ESTOY EN DESACUERDO	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Gráfico N° 34: pregunta N 14 Es muy difícil actuar como yo quisiera (pre)**



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°14; *Es muy difícil actuar como yo quisiera*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron no sé, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió estoy de acuerdo y 0 niños/as respondió Estoy en desacuerdo

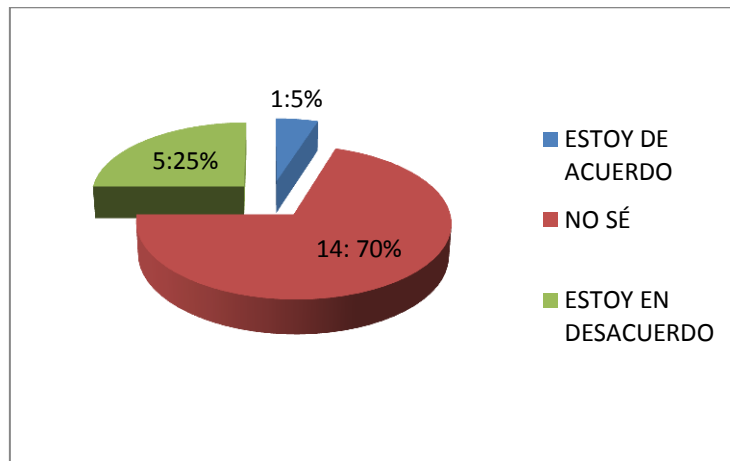
**Tabla 35: pregunta N 14 Es muy difícil actuar como yo quisiera (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	1	5%
NO SÉ	14	70%
ESTOY EN DESACUERDO	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 35: pregunta N 14 Es muy difícil actuar como yo quisiera (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°14; *Es muy difícil actuar como yo quisiera*, 14 niños/as correspondiente al 70% respondieron no sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió estoy desacuerdo y 1 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy de acuerdo

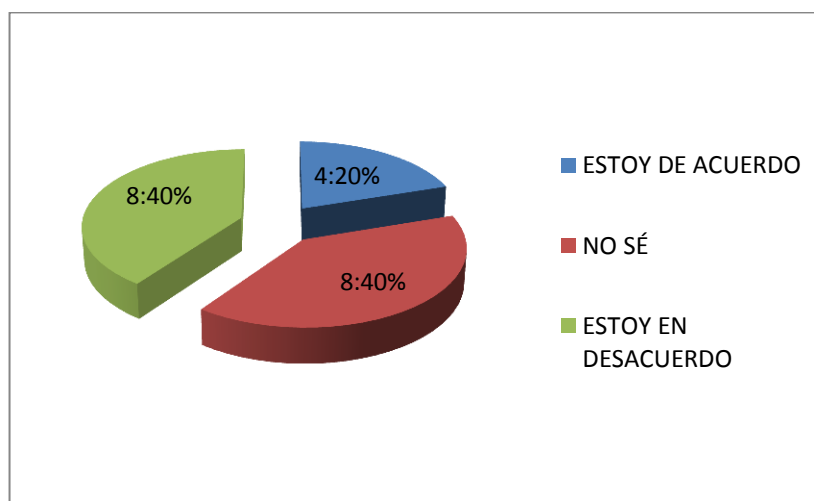
**Tabla 36: pregunta N 15 Es fácil que yo le caiga bien a la gente (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	4	20%
NO SÉ	8	40%
ESTOY EN DESACUERDO	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 36: pregunta N 15 Es fácil que yo le caiga bien a la gente (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previa** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°15; *Es fácil que yo le caiga bien a la gente*, 8 niños/as correspondiente al 40%

respondieron no sé, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió estoy desacuerdo y 4 niños/as correspondiente al 20% respondió Estoy de acuerdo

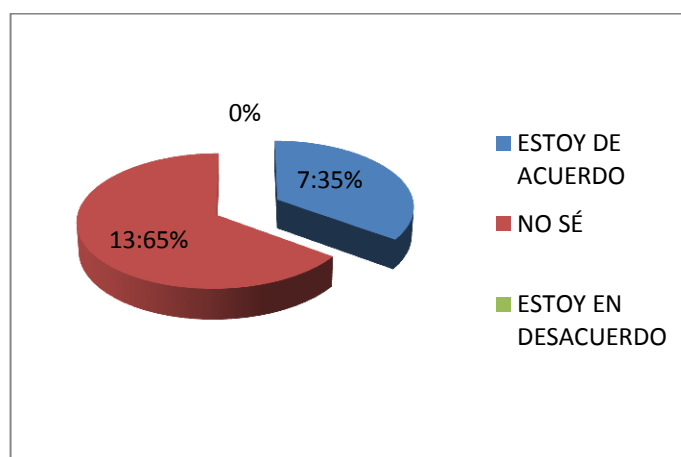
**Tabla 37: pregunta N 15 Es fácil que yo le caiga bien a la gente (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	7	35%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N° 37: pregunta N 15 Es fácil que yo le caiga bien a la gente (post)**



**Interpretación:**



Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°15; *Es fácil que yo le caiga bien a la gente*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron no sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió estoy de acuerdo y 0 niños/as respondió Estoy en desacuerdo

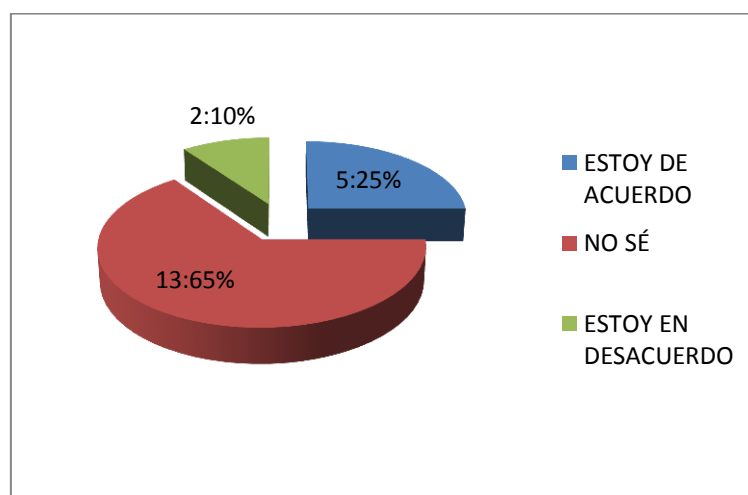
**Tabla 38: pregunta N 16 Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	5	25%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

**Grafico N° 38: pregunta N 16 Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a (pre)**



### Interpretación:

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°16; *Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron no sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió estoy de acuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy en desacuerdo

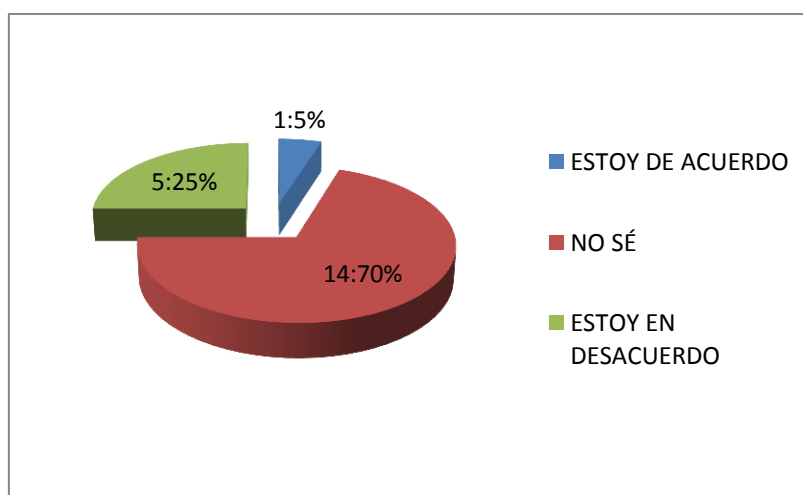
**Tabla 39: pregunta N 16 Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	1	5%
NO SÉ	14	70%
ESTOY EN DESACUERDO	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 39: pregunta N 16. Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a (post)



### Interpretación:

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°16; *Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a*, 14 niños/as correspondiente al 70% respondieron no sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió estoy en desacuerdo y 1 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy de acuerdo

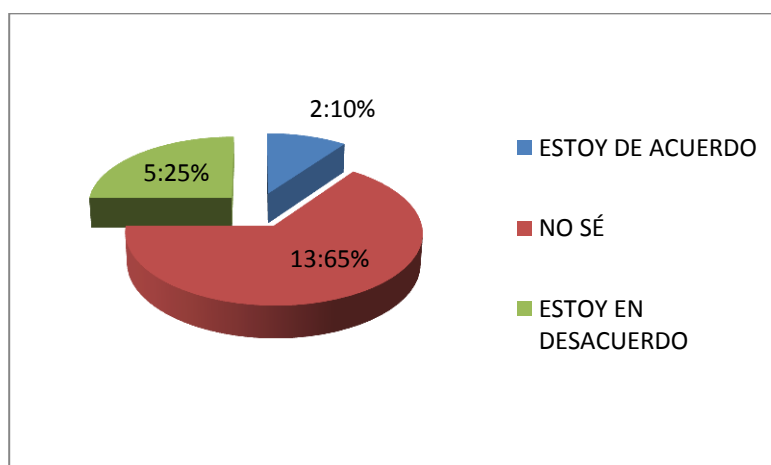
**Tabla 40: pregunta N 17. Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	2	10%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 40: pregunta N 17 Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo (pre)



### **Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°17; *Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron no sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió estoy en desacuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy de acuerdo

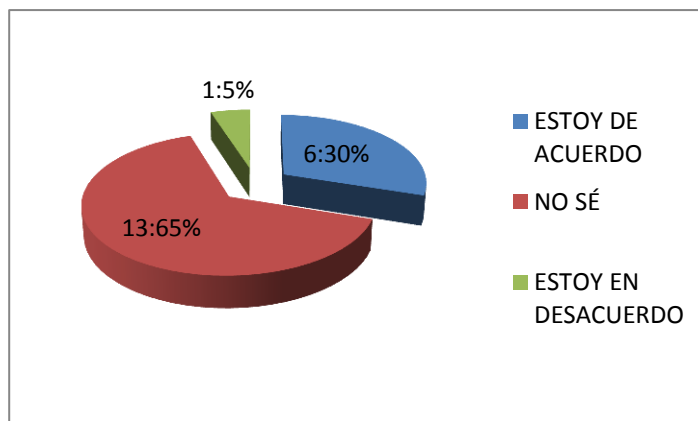
**Tabla 41: pregunta N 17. Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	6	30%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 41: Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°17; *Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron no sé, 6 niños/as correspondiente al 30% respondió estoy de acuerdo y 2 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy en desacuerdo

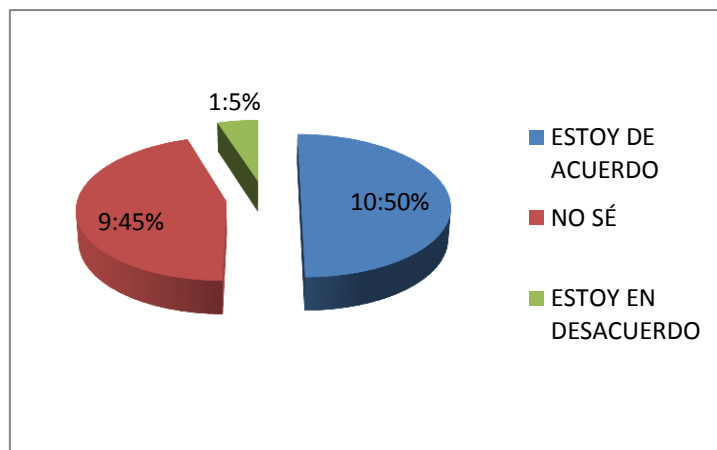
**Tabla 42: pregunta N 18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	10	50%
NO SÉ	9	45%
ESTOY EN DESACUERDO	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 42: pregunta N 18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°18; *Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer*, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron Estoy de acuerdo, 9 niños/as correspondiente al 45% respondió no sé y 1 niños/as correspondiente al 5% respondió Estoy en desacuerdo

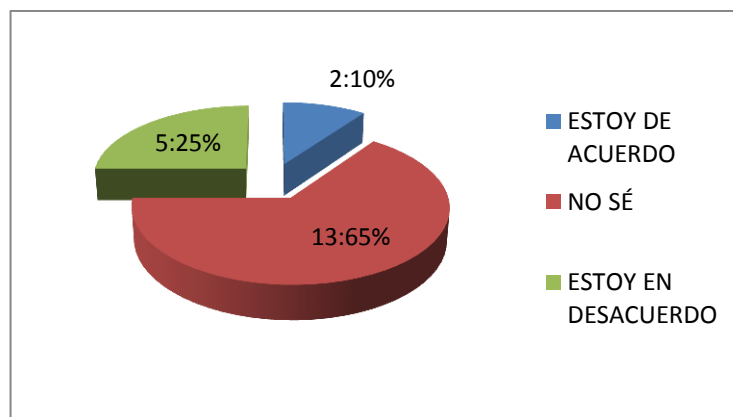
**Tabla 43: pregunta N 18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer (post)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	2	10%
NO SÉ	13	65%
ESTOY EN DESACUERDO	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 43: pregunta N 18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer  
(post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°18; *Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron no sé, 5 niños/as correspondiente al 25% respondió Estoy en desacuerdo y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy de acuerdo.

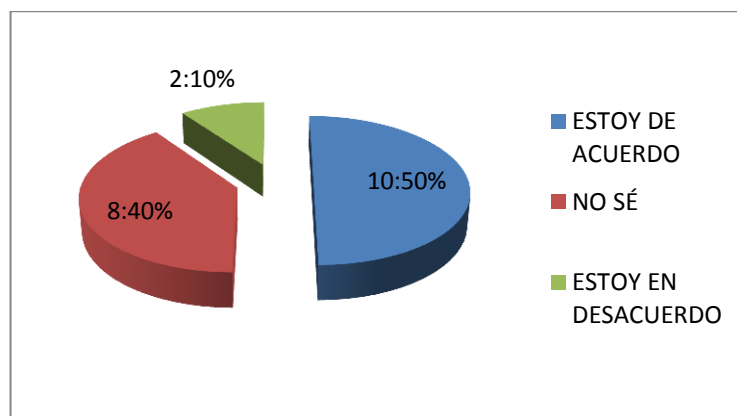
**Tabla 44: pregunta N 19. Muchas veces desearía ser otra persona (pre)**

Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	10	50%
NO SÉ	8	40%
ESTOY EN DESACUERDO	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 44: pregunta N 19. Muchas veces desearía ser otra persona (pre)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°19; *Muchas veces desearía ser otra persona*, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron Estoy de acuerdo, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió no sé y 2 niños/as correspondiente al 10% respondió Estoy en desacuerdo.

**Tabla 45: pregunta N 19. Muchas veces desearía ser otra persona (post)**

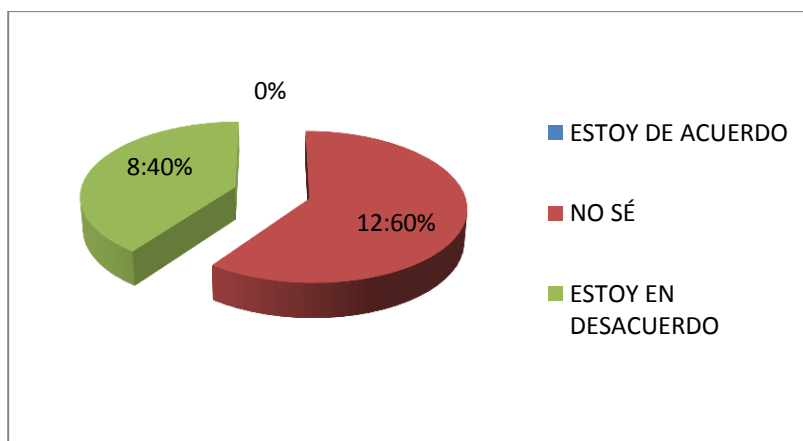
Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	0	0%
NO SÉ	12	60%
ESTOY EN DESACUERDO	8	40%
Total	20	100%



Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 45: pregunta N 19. Muchas veces desearía ser otra persona (post)



**Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°19; *Muchas veces desearía ser otra persona*, 12 niños/as correspondiente al 60% respondieron No sé, 8 niños/as correspondiente al 40% respondió Estoy en desacuerdo y 0 niños/as respondió Estoy de acuerdo.

**Tabla 46: pregunta N 20. Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a (pre)**

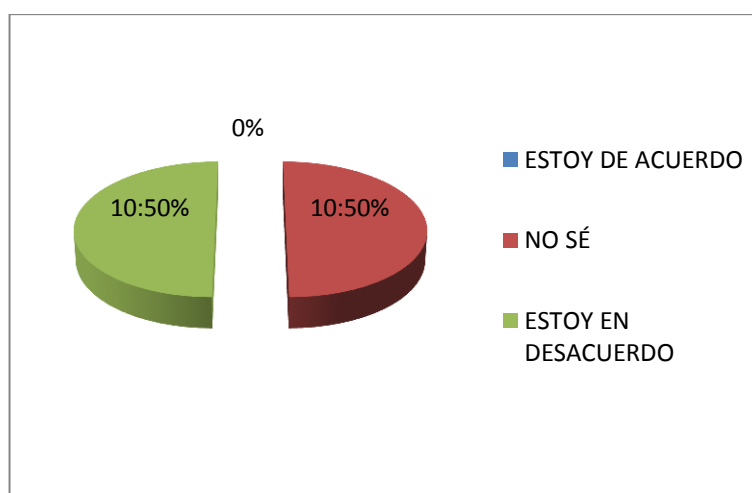
Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	0	0%
NO SÉ	10	50%
ESTOY EN	10	50%

DESACUERDO		
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 46: pregunta N 20. Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a (pre)



### Interpretación:

Según los resultados de la aplicación **previo** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°20; *Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a*, 10 niños/as correspondiente al 50% respondieron No sé, 10 niños/as correspondiente al 50% respondió Estoy en desacuerdo y 0 niños/as respondió Estoy de acuerdo.

Tabla 47: pregunta N 20. Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a (post)

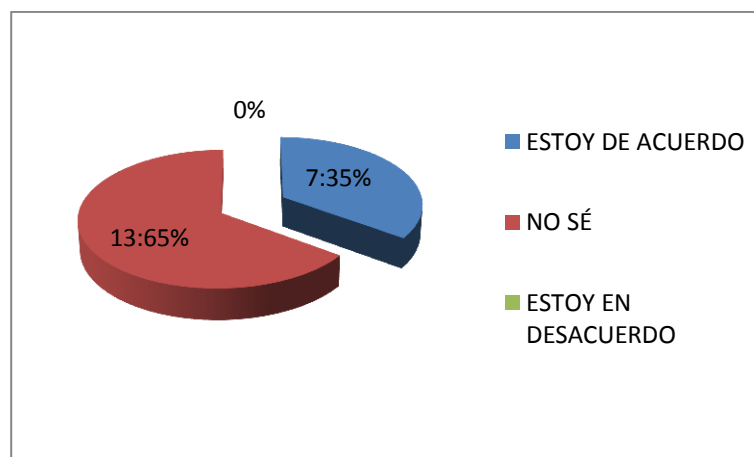
Respuestas	frecuencia	Porcentajes
ESTOY DE ACUERDO	7	35%
NO SÉ	13	65%

ESTOY EN DESACUERDO	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Lucy Reidl

Elaborado: Verónica Marisol Ruales Morán

Grafico N° 47: pregunta N 20. Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a (post)



### **Interpretación:**

Según los resultados de la aplicación **posterior** de la escala de Autoestima de Lucy Reidl; en la pregunta N°20; *Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a*, 13 niños/as correspondiente al 65% respondieron No sé, 7 niños/as correspondiente al 35% respondió Estoy de acuerdo y 0 niños/as respondió Estoy en desacuerdo.

### **Comprobación de la hipótesis**

### 1. Planteamiento de Hipótesis

Para analizar la hipótesis se tiene que plantear una hipótesis alternativa y otra nula.

**HIPÓTESIS ALTERNATIVA H1:** La terapia cognitiva conductual mejorará la autoestima en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

**HIPÓTESIS NULA Ho:** La terapia cognitiva conductual no mejorará la autoestima en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

### 2. Nivel de significación

Para mi investigación se trabajara con el 5% de error permitido en la investigación.

### 3. Criterio de aceptación o rechazo de la hipótesis de investigación

Rechace la Ho. Si  $Z_c < -1,96$  o  $Z_c > 1,96$

En donde el 1,96 es el valor teórico de Z en un ensayo a dos colas con un nivel de significación del 0,05

### 4. Cálculos

NIVEL DE AUTOESTIM A	FRECUENCI A (antes)	FRECUENCI A (después)	valor cualitativo	valor cuantitativo (antes)	valores cuantitativo (después)	(xi-x)2	(xi-x)2
MUY BUENO	0	0	5	0	0	4,55	19,36
BUENO	0	6	4	0	24	1,28	384,16
SUFICIENTE	6	14	3	18	42	0,02	1413,76
INSUFICIENTE	11	0	2	22	0	0,75	19,36
DEFICIENTE	3	0	1	3	0	3,48	19,36
TOTAL	20	20	15	43	66	10,09	1856,00

$$z_c = \frac{xa - xb}{\sqrt{\frac{\sigma_a^2}{n_a} + \frac{\sigma_b^2}{n_b}}} \quad z_c = \frac{4,4 - 2,866}{\sqrt{\frac{123,73}{15} + \frac{06725}{15}}} = \frac{1,53}{\sqrt{8,25 + 0,04}} = \frac{1,53}{\sqrt{8,29}} = \frac{1,53}{2,879} = 0,53$$

### 5. Decisión:

Como el valor de  $Z_c=0,53$  que se encuentra entre los valores de  $Z_t$  diríamos que se verifica y se comprueba la hipótesis de investigación “La terapia Cognitiva Conductual mejorará la autoestima en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.”

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

A continuación se realiza un análisis de los resultados obtenidos en la investigación, con el fin de corroborar la hipótesis planteada “*La terapia cognitiva conductual mejorará la autoestima en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*”, y su comprobación mediante el método estadístico.

En dichos resultados nos indica que los pacientes investigados presentan una autoestima menor a la que se encuentra bajo los parámetros normales. Reaccionando como positiva la Terapia Cognitivo Conductual, en su respectiva mejora

Estos resultados corroboran en la práctica, mediante la aplicación de las técnicas operantes basadas en la teoría de Skinner, reafirman la modificación en conducta de los pacientes y así con mayor seguridad y control de sus impulsos los niños ahora se encuentran preparados para poder encajar en su círculo social y por ende reafirmar una suficiente seguridad personal.

Los pacientes que formaron parte de la investigación, en lo referente al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentaron una autoestima deficiente debido a que los niños no encajan socialmente con su grupo de edad correspondiente debido a que son niños con problemas conductuales, esto repercute directamente a su autoestima y se transforman en niños aislados, inseguros y depresivos.

Como punto final la investigación me permitió evidenciar que la autoestima en niños además de ser parte de su crecimiento personal ayuda a formar un equilibrio entre las emociones de los niños que tienen este tipo de trastornos conductuales.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

- En base a los resultados obtenidos se puede evidenciar que la autoestima en niños con trastorno por déficit de atención se encuentra deficiente y con la aplicación de la terapia cognitivo conductual (condicionamiento operante), ésta mejora, ayudando a un buen ajuste en el entorno social del niño.
- La autoestima en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encuentra deficiente debido a que el trastorno en sí es un problema de base conductual por lo que los niños no pueden encajar con los niños de su misma edad debido a que no pueden controlar sus impulsos y son conocidos como los “ niños problema “
- Al aplicar las técnicas de modificación de conducta en niños con TDAH también se trabaja control de impulsos, mejora su atención, concentración y este punto básicamente es el que aporta a la seguridad del niño ayudando a mejorar su autoestima.
- Al detectar una autoestima desajustada en niños con TDAH la aplicación de la terapia cognitivo conductual actúa de manera eficaz en cuanto a la mejora en seguridad, confianza y autoimagen en niños con éste déficit.
- La autoestima pre aplicación de la terapia cognitivo conductual demostró que se encuentra en promedio bajo y post aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual los niveles mejoran positivamente.
- La mayoría de niños que fueron atendidos presentaron trastornos asociados a TDAH, gracias a la aplicación de la terapia también se superó una parte de estos trastornos.
- La mayoría de casos que fueron atendidos provienen de hogares disfuncionales lo que no es favorable para un desarrollo propicio en niños con TDAH.
- La mayoría de los padres de niños con TDAH no tienen un estilo autoritario en cuanto a reglas y control por lo que interfiere en la comunicación entre padres e hijos y desborda este trastorno.

### **Recomendaciones**

- Se recomienda aplicar técnicas de manejo en el hogar en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es importante manejar este trastorno desde el hogar.
- Se recomienda que las personas que trabajan junto a niños con TDAH sean personas capacitadas para que puedan aportar positivamente en el control y mejora de este trastorno.
- Se recomienda colaborar en la aplicación de la terapia cognitivo conductual por parte de los padres, para encontrar una mejora más pronta en los niños con este trastorno.
- Se recomienda trabajar con técnicas de modificación de conducta con niños que presenten TDAH asociado con otro tipo de trastorno especialmente con trastornos del aprendizaje.

- Se recomienda trabajar con técnicas de modificación de conducta, especialmente economía de fichas en aulas de clases para control en niños con TDAH.
- Se recomienda realizar talleres con padres de niños con TDAH, por parte de las maestras para elaborar estrategias de control y manejo en niños con TDAH.

### **C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**



## Tangibles

- **Burbano, G. y Bustamante, M.** (1978). *“Técnicas de Exploración de la Personalidad”* Editorial: Quito-Ecuador. págs. 84-86.
- **Thomas, H** (1986) *“Psicopatología Infantil”*, Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A. págs. (213-279) ( 580-625)
- O.M.S.: **CIE-10**. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, editor, Madrid, 1992 (págs.:321-325)
- **DSMIV** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta versión revisada de la Asociación Americana de Psiquiatría (págs.: 97-107)

## Virtuales

- **Hernández Lira, Nicolás Alejandro y Sánchez Sánchez, Juan de la Cruz.** (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Editorial: libros en red. págs.

Disponible en: [http://www.cetecic.com/file.php/1/CETECIC\\_Inicial\\_Programa.pdf](http://www.cetecic.com/file.php/1/CETECIC_Inicial_Programa.pdf)  
Recuperado: 14/03/2012

- **Dahad, José., Rivadeneira, Carmen y Minici, Ariel.** (s. f). Teoría y Técnica de la Terapia Cognitivo Conductual. Curso de formación a distancia.

Disponible en: [http://books.google.com.ec/books?id=EzlwZg\\_aH6AC&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitivo+conductual&hl=es&sa=X&ei=OIJDUCjbCOjA4APApIGADw&sqi=2&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitivo+conductual&hl=es&sa=X&ei=OIJDUCjbCOjA4APApIGADw&sqi=2&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual&f=false)  
Recuperado: 9/02/2013

- **González Acosta, Edder** (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clase*. Tesis presentada para la obtención del grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid programa de doctorado en filosofía, ciencias de la conducta y sociedad. Pag. (17-43)

Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/52669764/tesis-deficid-de-atencion>  
Recuperado: 21/12/2012

- **Pinto Cano**, Beatriz, (2011) “*elaboración de un cuestionario para detectar el grado de conocimiento de familias y docentes respecto al TDAH*” Trabajo fin de máster pre-proyecto de tesis doctoral. Universidad de Almería. Pags. (6-26)

Disponible

en:

[http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/1158/1/Pintor\\_%20Cano\\_Beatriz.pdf](http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/1158/1/Pintor_%20Cano_Beatriz.pdf)

Recuperado 29/01/2013

- **Zuluaga Juan**, (2007) “ *Evolución en la atención, los estilos Cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad ( TDAH), a través de una intervención sobre la atención*” Doctorado en ciencias sociales Niñez y juventud .Universidad de Manizales – cinde. Págs. (16-35)

Disponible:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Colombia/alianza-cinde-umz/20091118031108/TESIS%20JUAN%20BERNARDO%20ZULUAGA.pdf>

Recuperado: 3/03/2013

- **Korzeniowsk**, Celina y **Ison**, Mirta Susana. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. Artículo EN: Revista Argentina de Clínica Psicológica, Volumen XVII. pág.( 65-70)

Disponible en:

<http://epsicologia.org/recursos/Revista%20Argentina%20de%20Clinica%20Psicologica.pdf#page=65>

Recuperado: 4/11/2012

- **López**, Gilberto (2009). “Relación entre los hábitos de estudio, la autoestima y el rendimiento académico de los estudiantes de la escuela profesional de medicina veterinaria de la universidad a las peruanas” Para optar el grado de magíster en ciencias de la educación con mención en docencia universitaria. Universidad Nacional de Educación. Enrique Guzmán y Valle “Alma Mater del Magister Nacional” Págs.: (33-35)

Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/91907725/Tesis-Maestria-Habitos-de-Estudio-Autoestima-y-Rendimiento-Academico-Jose-Gilberto-Lopez-Vega>

Recuperado: 14/02/2013

- **Garzo**, Yadira,(2005). “*Importancia del fortalecimiento de la autoestima en niños con discapacidad de área urbana*” Informe final de investigación (tesis) Licenciatura en Psicología. Universidad De San Carlos de Guatemala Escuela de Ciencias Psicológicas. Págs.: (8-9)

Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2180.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2180.pdf)

Recuperado: 16/12/2012

- **Bermeo** Gloria, (2012).” *La baja autoestima y su influencia en el rendimiento académico de los niños del sexto y séptimo año de la escuela Teófilo Manuel Torres del Caserío Piruncay Cantón Sigsig, Provincia del Azuay*”. Informe final del trabajo de Graduación o Titulación previo a la obtención del Título de Licenciado(a) en Ciencias de la Educación, Mención Educación Básica. Universidad Técnica de Ambato. Págs.: (21)

Disponible:

[http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/2912/tebs\\_2012\\_431.pdf?sequence=1](http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/2912/tebs_2012_431.pdf?sequence=1)

Recuperado: 23/01/2012

- **Tomillo** Rosa (2012). “*Dificultades Educativas en alumnos con TDAH*”. Trabajo de Fin de Máster. Universidad Internacional de La Rioja. Págs. (13-14)

Disponible

en:

[http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1277/2012\\_12\\_12\\_TFM\\_ESTUDIO\\_DE  
L\\_TRABAJO.pdf?sequence=1](http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1277/2012_12_12_TFM_ESTUDIO_DE_L_TRABAJO.pdf?sequence=1)

Recuperado: 19/1/2013

## **ANEXOS**

### **Proyecto Aprobado**

#### **1.- TITULO:**

Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH.

#### **2.- JUSTIFICACION:**

La finalidad de la intervención con la terapia cognitivo conductual con el niño/a con TDAH es conseguir que alcance su autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas), una autonomía física (en las actividades de la vida diaria, en la organización y en la ordenación de sus actividades y materiales), una autonomía cognitiva (ser capaz de seleccionar la información relevante de la irrelevante, de autoevaluarse, de autocorregirse, de seleccionar estrategias adecuadas a cada situación); y autonomía emocional (conseguir ser independiente de los adultos, con una autoestima ajustada y realista, con relaciones afectivas y sociales satisfactoria).

Para conseguir estos ambiciosos objetivos el programa de intervención debe partir de una fase de dependencia del adulto hasta llegar a una progresiva mayor autonomía. Dentro de este programa de intervención se sitúan las técnicas cognitivo-conductuales, combinando técnicas puramente conductistas con técnicas de reestructuración cognitiva, que requieren un cierto nivel de desarrollo y madurez intelectual.

La investigación es viable puesto que el Centro de Protección de Derechos Norte MIES INFA cuenta con una población de 20 niño/as con TDAH, la interacción entre el equipo multidisciplinario y los padres habilita a tomar toda la información necesaria para el estudio; a su vez dispone de los recursos tecnológicos, económico, materiales bibliográficos y hemerográficos que el caso amerita, por lo que es posible realizarse en los tiempos que se plantean y con los objetivos previamente planificados.

#### **3.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

La autoestima en niños con TDAH observamos claramente es baja debido a que los niños muestran un desarrollo socio emocional más inmaduro en comparación con los niños de su edad.

La terapia Cognitivo Conductual está diseñada para ayudar al paciente a identificar sus ideas distorsionadas con la realidad y poder modificarlas.

La finalidad es que adquieran conciencia de su falta de atención de su conducta hiperactiva y de las dificultades para conocer o diferenciar sus emociones.

A partir de aquí, ayudarle a desarrollar estrategias que le permita enfrentarse con éxito a las demandas cotidianas.

### **3.1 Formulación del problema.**

¿Es efectiva la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH?

### **3.2 Preguntas**

¿La autoestima en niños con TDAH se encuentra deficiente como consecuencia del trastorno?

¿La terapia cognitivo conductual actúa de una manera eficaz para mejorar la autoestima en niños con TDAH?

### **3.3 Objetivos:**

#### **3.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la autoestima en niños con TDAH aplicando la terapia cognitivo conductual

#### **3.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Investigar por qué la autoestima en niños con TDAH es deficiente
- Comprobar que la técnica cognitivo conductual es eficaz en niños con TDAH y mejora su autoestima.

#### **3.4 Delimitar el espacio temporal:**

Se propone realizar en el Centro de Protección de Derechos Norte MIES INFA desde el mes de Octubre 2011 hasta Octubre 2012.

## **4.- FUNDAMENTACION TEORICA (MARCO TEORICO).**

### **4.1 Posicionamiento teórico**

Enfoque cognitivo conductual

Fundamento la presente investigación en los aportes realizados por distintas teorías, tal como la de Cognitivo de Ellis y Beck. De la misma forma por el enfoque conductista, sobre todo aquellos elementos referentes al aprendizaje por condicionamiento (operacional) de Skinner.

#### **4.2 Plan Analítico:**

##### **CAPITULO 1: Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad**

- Definición, características
- Causas
- Epidemiología
- Subtipos
- Diagnóstico evaluación de TDAH
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento Conductual

##### **CAPITULO 2 Terapia Cognitivo Conductual**

- Terapia Cognitivo Conductual
- Técnicas de Modificación de Conducta
- Fundamentos del condicionamiento clásico
- Fundamentos del condicionamiento operante

##### **CAPITULO 3**

- Autoestima
- Fundamentos de la Autoestima
- Autoestima en TDAH

#### **4.3 Referencias Bibliográficas del Marco Teórico**

- Clasificador Internacional de Enfermedades, décima edición CIE-10
- DSMIV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- Thomas, H. (1986) Psicopatología Infantil. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A. págs. (213-279) (531-707)
- <http://coneducacion.wordpress.com/contenidos/discapacidad/hiperactividad-tdah/>
- [http://www.cetecic.com/file.php/1/CETECIC\\_Inicial\\_Programa.pdf](http://www.cetecic.com/file.php/1/CETECIC_Inicial_Programa.pdf)

#### **5.-ENFOQUE DE LA INVESTIGACION:**

Cuantitativo

#### **6.-TIPO DE INVESTIGACION:**

Diferencial

## 7.- FORMULACION DE LA HIPOTESIS:

### 7.1 planteamiento de la hipótesis

La terapia cognitiva conductual mejorará la autoestima en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

### 7.2 Identificación de las variables.

#### Variable independiente:

Terapia cognitivo conductual

#### Variable dependiente:

Autoestima deficiente

### 7.3 CONSTRUCCION DE INDICADORES Y MEDIDAS

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
Terapia Cognitivo Conductual	* Historia Psicológica Infantil  * Observación	*Técnicas basadas en el condicionamiento operante. *Técnicas de modificación de conducta.	* Historia Psicológica Infantil *Test Proyectivos (HTP-Familia) *Test de Conners (pre-post) *Actividades de memoria-atención y concentración
Autoestima	* Evaluación	* Muy bueno * Bueno * Suficiente * Insuficiente * Deficiente	* Escala de Autoestima de Lucy Reidl (pre-post)

## 8.- DISEÑO DE INVESTIGACION

No experimental (cuantitativo)

## **9.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO METODOLOGICO**

El tipo de investigación es Diferencial, su diferencia es entre resultados pre y post del resultado de la aplicación de la Escala de Autoestima de Lucy Reidl con 20 niños y niñas comprendidos desde 6 a 9 años que asisten al Centro de Protección de Derechos Norte MIES “INFA”

### **9.1 Población Muestra**

#### **9.1.1 características de la población o muestra**

En el Centro de Protección de Derechos Norte MIES INFA existen 20 pacientes para realizar la investigación por este motivo se trabajará con toda la población.

## **10.- METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOSA UTILIZAR**

### **METODOS:**

- Método Científico (Se aplicara en todas las fases)
- Científico Clínico (Se aplicara al realizar los diagnósticos y el análisis de la población)
- Método Inductivo y Deductivo (Se aplicara en la etapa de procesamiento de la información)
- Método Estadístico (Se aplicara en la etapa de análisis de datos).

### **TECNICAS:**

- Observación Clínica.
- Entrevista Clínica.
- Técnica psicométrica.
- Historia Clínica.

### **INSTRUMENTOS:**

- Historia Psicológica Infantil
- Escala de Autoestima de Lucy Reidl (pre- post)
- Entrevista
- Test de Connors para padres y maestros
- Test proyectivos HTP y de la FAMILIA

## **11.- FASES DE LA INVESTIGACION:**

FASE1 Diagnóstico por medio de entrevistas, observación

FASE2 Elaboración del Plan Psicológico

FASE3 aplicación de Métodos



## 12.- PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizara con el apoyo de un programa estadístico, avanzado y especializado.

Comprobación de Hipótesis

Conclusiones

Recomendaciones

## 13.- RESPONSABLES

Alumno: Verónica Marisol Ruales Moran

Asesor de Investigación: Dr. César Cepeda

Instituto de investigación y Postgrado

## 14.- RECURSOS

### 14.1 Recursos Materiales

- Reactivos Psicológicos
- Manuales
- Internet
- Enciclopedias
- Insumo para actividades
- Oficina adecuada

### 14.2 Recursos Económicos

Autofinanciamiento

Transporte	180
Alimentación	250
Copias	80
Material de trabajo	120
Manuales	150
Otros	200
	-----
	980 \$

### 14.3 Recurso Tecnológicos

- Computadora
- Memory flash
- Internet
- Videos

### 15.-CRONOGRAMA DE PROCESO DE INVESTIGACION

PASOS	OCT.	NO.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SEP.	OCT
Plan de Investigación	█												
Marco Teórico	█												
Entrevista				█									
Aplicación de cuestionarios				█									
Recolección de Información							█						
Análisis de resultados										█			
Entrega del Informe final													█

### 16.- BIBLIOGRAFIA

- Clasificador Internacional de Enfermedades, décima edición CIE-10
- DSMIV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- Thomas, H. ( 1986) Psicopatología Infantil. Barcelona: Ediciones Martinez Roca S.A. pags (213-279) (531-707)
- <http://coneducacion.wordpress.com/contenidos/discapacidad/hiperactividad-tdah/>
- [http://www.cetecic.com/file.php/1/CETECIC\\_Inicial\\_Programa.pdf](http://www.cetecic.com/file.php/1/CETECIC_Inicial_Programa.pdf)

### 17.- ANEXOS

---

Estudiante

---

Supervisor/ra

## Glosario técnico

1. **Autoestima:** Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia nosotros mismos , hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter . Es decir la percepción evaluativa de nosotros mismos.
2. **Atención:**Es la capacidad para entender las cosas o un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración. Desde el punto de vista de la psicología, la atención no es un concepto único, sino el nombre atribuido a una variedad de fenómenos.
3. **Comportamiento:** Es una manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten.
4. **Condicionamiento clásico:**También llamado pavloviano, condicionamiento respondiente, o modelo estímulo-respuesta ( E-R), es un tipo de aprendizaje asociativo que fue demostrado por primera vez por Ivan Pavlov. La forma más simple de condicionamiento clásico recuerda lo que Aristóteles llamaría la ley de contigüidad.
5. **Condicionamiento operante:**Es una forma de aprendizaje mediante el que un sujeto tiene más probabilidades de repetir las formas de conductas que conllevan consecuencias positivas y, por el contrario, menos probabilidades de repetir las que conllevan consecuencias negativas. El condicionamiento operante es un tipo de aprendizaje asociativo que tiene que ver con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias, y no con la asociación entre estímulos y conductas como ocurre en el condicionamiento clásico.
6. **Hiperactividad:** Es un trastorno muy prevalente que, según estimaciones, afecta a entre un 5% y un 10% de la población infanto-juvenil, siendo unas 3 veces más frecuente en varones. Se han demostrado diferencias entre diversas áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos, cosa que no ocurriría si realmente fuese una enfermedad somática. Representa entre el 20% y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil.
7. **Impulsividad:** Es un estilo cognitivo, término usado en psicología. Los impulsivos muestran menos ansiedad por cometer errores y orientación además se hace un lugar hacia el éxito rápido, más que a evitar el fracaso, tiene bajos estándares de rendimiento y menor motivación por tareas que implican aprender.
8. **Modificación de conducta:**Según Martin y Pear (2007,p 7) “La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable”

9. **Terapia cognitivo conductual:** Según el nivel de inferencia y enfoque teórico de partida, ya sea de la conducta o la cognición. El enfoque cognitivo clásico considera que dentro del proceso de pensamiento se pueden localizar explicaciones sobre la conducta. Desde el enfoque conductual la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos (dentro de la mente). Se mantienen por tantos distintos axiomas de partida. Sin embargo la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica una estrecha relación entre comportamiento y cognición (por lo que importa técnicas conductuales para modificar patrones emocionales y de pensamiento). Pretende así, superar la visión asociacionista del estímulo-respuesta, por un proceso mental de significación y creación de reglas. Parte del supuesto que tanto los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes.
  
10. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:** Se trata de un trastorno del comportamiento caracterizado por distracción moderada a grave, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. Tiene una respuesta muy alta al tratamiento, aunque se acompaña de altas tasas de comorbilidad psiquiátrica. Según el manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSMIV). «Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos Este «trastorno» se identificó primero en la edad infantil. Sin embargo, a medida que mejor se comprendía, se fue reconociendo su carácter crónico, ya que persiste y se manifiesta hasta después de la adolescencia (es difícil modificar comportamientos que ya están tan arraigados si antes no ha habido pautas correctoras de crianza)

**Reactivos aplicados:**

**CUESTIONARIO DE CONNERS**

**(PROFESORES)**

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD				
Responda con una cruz valorando en qué grado el alumno/a presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda. <input type="checkbox"/>	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				

7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL				

**INTERPRETACIÓN del TEST : Los síntomas que han persistido 6 o más meses nos da a conocer que el alumno sufre padece este tipo de trastorno de acuerdo al tipo de conducta más marcada.**

**LA PUNTUACIÓN:**

El puntaje máximo del Test de Conners es de 30 puntos de 0 a 3 puntos por preguntas.

De 0 a 10 puntos	- El niño no presenta dificultades en la sala de clase - El niño es Normoactivo - El niño es Hipoactivo
De 10 a 20 puntos	- El niño es Hiperactivo situacional - El niño es Normoactivo pero inmaduro de temperamento
De 20 a 30 puntos:	- El niño es muy Hiperactivo - El niño es Disruptivo

## CUESTIONARIO DE CONNERS

(PADRES)

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD				
Responda con una cruz valorando en qué grado su hijo/a presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda. <input type="checkbox"/>	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón.				
3. Se mueve más de lo normal.				
4. No puede estarse quieto.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza.				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				

8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL				

**INTERPRETACIÓN del TEST : Los síntomas que han persistido 6 o más meses nos da a conocer que el alumno sufre padece este tipo de trastorno de acuerdo al tipo de conducta más marcada.**

**LA PUNTUACIÓN:**

El puntaje máximo del Test de Conners es de 30 puntos de 0 a 3 puntos por preguntas.

De 0 a 10 puntos	- El niño no presenta dificultades en la sala de clase - El niño es Normoactivo - El niño es Hipoactivo
De 10 a 20 puntos	- El niño es Hiperactivo situacional - El niño es Normoactivo pero inmaduro de temperamento
De 20 a 30 puntos:	- El niño es muy Hiperactivo - El niño es Disruptivo



**ESCALA DE AUTOESTIMACIÓN – LUCY REIDL – ADAPTACIÓN DE J. MAZZEI M.**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ años.

Instrucciones: Lea atentamente las 20 afirmaciones que se presentan y marque una X bajo la columna que identifica su respuesta, considerando las siguientes alternativas:

**A > Estoy de acuerdo      N > No sé      D > Estoy en desacuerdo.**

Por ejemplo: Si estás **de acuerdo** con lo señalado en la séptima afirmación, tu respuesta se indicará marcando una X bajo la columna A.

	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
7. <i>Creo que la gente tiene buena opinión de mi</i>	<b>X</b>		

	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
1. Soy una persona con muchas cualidades			
2. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo			
3. Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo/a			
4. Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso			
5. En realidad no me quiero a mi mismo/a			
6. Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho			
7. Creo que la gente tiene buena opinión de mi			
8. Me siento orgulloso/a de lo que hago			
9. Soy bastante feliz			
10. Poca gente me hace caso			
11. Hay muchas cosas que cambiaría de mi, si pudiera			
12. Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente			
13. Casi nunca estoy triste			
14. Es muy difícil actuar como yo quisiera			
15. Es fácil que yo le caiga bien a la gente			
16. Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a			
17. Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo			
18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer			
19. Muchas veces desearía ser otra persona			
20. Me siento bastante seguro/a de mi mismo/a			

Interpretación: (Eduardo Segovia).

MUY BUENO 55 – 60 PUNTOS	Alto concepto de si mismo. Congruencia importante entre ser, el sentir y el hacer. Excelente proyección del yo personal – moral – social. Libertad amplia en la toma de decisiones. Confianza y optimismo.
BUENO 46 – 54 PUNTOS	Concepción realista del yo, aceptando su personalidad tal cual es. Buen dominio emocional. Correcta conjugación de valores: apoyo y conformidad, independencia, reconocimiento otorgantes de una buena imagen ante los demás.
SUFICIENTE 37 – 45 PUNTOS	Conceptualización de un yo o imagen de si convencionalmente y socialmente aceptable. Moderado control de impulsos, actitudes y rasgos partícipes en la evaluación de la autoestima.
INSUFICIENTE 28 – 36 PUNTOS	Débil proyección de la auto imagen. Frenos importantes en la irradiación de un yo personal – social –moral maduro. Indecisiones, dependencias, desconfianzas, inseguridad básica. Incongruencia entre el yo real y el yo ideal.
DEFICIENTE 20 – 27 PUNTOS	Pérdida notoria o muy baja estima. Contraposición entre el ideal de si mismo y el percibido. Vida desmotivada y/o afectividad pobre, inseguridad, ansiedad, angustia, dependencia, tristeza, debilidad de relaciones, sentimientos de inferioridad.

#### PUNTAJES

Las alternativas A, N, y D equivalen a 3, 2, y 1 punto respectivamente, en los ítems siguientes:  20	1 – 2 – 4 – 6 – 7 – 8 – 9 – 13 – 15 – 17 -
Las alternativas A, N, y D equivalen a 1,2 y 3 puntos respectivamente, en los ítems siguientes:	3 – 5 – 10 – 11 – 12 – 14 – 16 – 18 – 19

## TABLA DE CUADROS

Tabla 1: Género.....	31
Tabla 2: Edad .....	32
Tabla 3: Estado civil de los padres .....	33
Tabla 4: Subtipo de TDAH (predominio).....	34
Tabla 5: evaluación previa aplicación de la terapia Cognitivo Conductual .....	35
Tabla 6: evaluación previa aplicación de la terapia Cognitivo Conductual .....	35
Tabla 7: Evaluación posterior a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual.....	36
Tabla 8: Pregunta 1.Soy una persona con muchas cualidades (pre).....	38
Tabla 9: pregunta 1 Soy una persona con muchas cualidades (post).....	39
Tabla 10: Pregunta 2.Por lo general si tengo algo que decir, lo digo (pre).....	40
Tabla 11: pregunta 2. Por lo general si tengo algo que decir, lo digo(post) .....	41
Tabla 12: Pregunta 3. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo.(pre).....	42
Tabla 13: Pregunta 3. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo.(post) .....	43
Tabla 14: Pregunta 4.Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso (pre).....	44
Tabla 15: Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso (post) .....	45
Tabla 16: Pregunta 5.En realidad no me quiero a mi mismo/a (pre) .....	46
Tabla 17: En realidad no me quiero a mi mismo/a (post) .....	47
Tabla 18: Pregunta 6. Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho (pre).....	48
Tabla 19: pregunta 6 . Creo que la gente tiene buena opinión de mí (post) .....	49
Tabla 20: pregunta 7. Creo que la gente tiene buena opinión de mi (pre).....	50
Tabla 21: pregunta 7. Creo que la gente tiene buena opinión de mi (post) .....	51
Tabla 22: pregunta 8. Me siento orgulloso/a de lo que hago (pre) .....	52
Tabla 23: pregunta N 8. Me siento orgulloso/a de lo que hago (post).....	53
Tabla 24: pregunta 9. Soy bastante feliz (pre) .....	54
Tabla 25: pregunta 9. Soy bastante feliz (post).....	55
Tabla 26: pregunta N 10. Poca gente me hace caso (pre).....	56
Tabla 27: pregunta N 10. Poca gente me hace caso (post) .....	57
Tabla 28: Pregunta 11. Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera (pre).....	58
Tabla 29: Pregunta 11. Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera (post) .....	59
Tabla 30: pregunta N 12 Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente (pre).....	60
Tabla 31: pregunta N 12 Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente (post) .....	61
Tabla 32: pregunta N 13 Casi nunca estoy triste (pre) .....	63
Tabla 33: pregunta N 13 Casi nunca estoy triste (post).....	64
Tabla 34: pregunta N 14 Es muy difícil actuar como yo quisiera (pre).....	65
Tabla 35: pregunta N 14 Es muy difícil actuar como yo quisiera (post) .....	66
Tabla 36: pregunta N 15 Es fácil que yo le caiga bien a la gente (pre) .....	67
Tabla 37: pregunta N 15 Es fácil que yo le caiga bien a la gente (post).....	68
Tabla 38: pregunta N 16 Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a (pre) .....	69
Tabla 39: pregunta N 16 Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto/a (post) .....	70

Tabla 40: pregunta N 17. Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo (pre) .....	71
Tabla 41: pregunta N 17. Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo (post) .....	72
Tabla 42: pregunta N 18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer (pre) ....	73
Tabla 43: pregunta N 18. Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer (post) ..	74
Tabla 44: pregunta N 19. Muchas veces desearía ser otra persona (pre) .....	75
Tabla 45: pregunta N 19. Muchas veces desearía ser otra persona (post) .....	76
Tabla 46: pregunta N 20. Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a (pre) .....	77
Tabla 47: pregunta N 20. Me siento bastante seguro/a de mí mismo/a (post) .....	78

## **TABLA DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1: B. F. Skinner (1904-1990).....	13
Ilustración 2: Caja de Skinner desarrollada a partir de las "cajas-problema" de Thorndike.....	14
Ilustración 3: Perro Pavloviano .....	20