



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA AGRESIVA, NEGATIVISTA Y DESAFIANTE EN NIÑOS

TESIS

PRESENTADA POR

CARLOS ALFREDO TORRES LIZARRAGA

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA INFANTIL

DIRECTORA DE TESIS

DRA. SALLY VANEGA ROMERO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

AGOSTO 2018

Agradecimientos

Agradezco a la Dra. Sally Vanega por haberme enseñado desde un inicio, que las cosas no iban a ser sencillas, pero que con trabajo y dedicación mis habilidades mejorarían y mis logros iban a convertirse en herramientas para seguir creciendo.

A mis profesores de vida, Ricardo García, Paulina Campos, Manuel Sosa y a la maestra Ana Cecilia que ha sido mi principal vínculo primario con esta carrera y la vida. Muchas gracias por todo su tiempo y paciencia a lo largo de tantos años, en los que ustedes no me han dejado el camino fácil, pero tampoco me han dejado rendirme ni mucho menos conformarme con lo alcanzado. Gracias a ustedes seguiré creciendo con humildad, compromiso y amor por mi trabajo.

A mis amigos y hermanos de vida, que a lo largo de tantos años en esta casa de estudios me han acompañado y demostrado que puedo trabajar sin estresarme, que puedo confiar en lo que se y que lo importante es hacer lo que te gusta con dedicación.

A los niños y sus invitados que conformaron mi equipo de trabajo durante toda la intervención, gracias por ser una gran fuente de inspiración y crecimiento profesional.

A todas las personas que de manera directa o indirecta me ayudaron en este proyecto, ya sea dibujando, elaborando o motivando para terminar cualquiera de las tareas que fueron necesarias para dejar lo mejor posible el documento.

Finalmente, agradezco a mis tres fuentes de inspiración para este trabajo, mi abuelita Mosita que me enseñó a entender con el corazón, a mi papá que moldeó mi carácter para afrontar los problemas de la mejor manera que se pueda, y mi familia que me ha acompañado y enseñado a ser paciente, aceptarme incondicionalmente y ser consciente de que mi única limitante está en mi mente.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.604564 durante el periodo agosto 2016 - julio 2018 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Tabla de contenidos

Resumen	9
Capítulo 1. Introducción	10
1.1. Planteamiento del problema y justificación	11
1.2. Marco teórico	14
1.2.1. Conceptualización de la agresividad	14
1.2.1.1. Factores que influyen en la agresividad	15
1.2.1.2. Agresividad infantil	17
1.2.1.3. Clasificación de la agresividad infantil	18
1.2.1.4. Evaluación y diagnóstico de la agresividad infantil	19
1.2.2. Conceptualización del Trastorno Negativista Desafiante (TND)	19
1.2.2.1. Etiología	20
1.2.2.2. Epidemiología	21
1.2.2.3. Curso y pronóstico	22
1.2.2.4. Evaluación y diagnóstico	22
1.2.2.5. Tratamiento	23
1.2.3. Desarrollo infantil	24
1.2.3.1. Etapas del desarrollo infantil	25
1.2.3.2. Etapas del desarrollo infantil y la agresividad	26
1.2.4. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	27
1.2.4.1. La TCC infantil	27
1.2.4.2. Técnicas de la TCC para el manejo de la agresividad	28
1.2.5. El papel de los padres dentro de la intervención	31

1.2.5.1. Estilos de crianza infantil	31
Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema	33
2.1. Descripción del escenario y participantes	33
2.2. Instrumentos utilizados	33
2.2.1. Análisis funcional de la conducta	33
2.2.2. Lista de cotejo basada en los criterios diagnósticos del TND	35
2.2.3. Inventario de prácticas de Crianza/Dimensiones: apoyo afecto o práctica responsiva y regulación del comportamiento (IPC)	37
2.3. Procedimiento	38
2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica	39
2.4.1. Evaluación individual	39
2.4.1.1. Sujeto No. 1: A	39
2.4.1.2. Sujeto No. 2: E	42
2.4.1.3. Sujeto No. 3: I	44
Capítulo 3. Programa de intervención	47
3.1. Introducción	47
3.2. Objetivos	48
3.2.1. Objetivo general	48
3.2.2. Objetivos específicos	48
3.2.3. Diseño de investigación	49
3.3. Programa de intervención	49
Capítulo 4. Resultados de la intervención	53
4.1. Evaluación individual	53

4.1.1. Sujeto No. 1: A	53
4.1.2. Sujeto No. 2: E	55
4.1.2. Sujeto No. 3: I	58
4.2. Evaluación grupal	61
Capítulo 5. Discusión y conclusiones	64
Referencias	72
Apéndice A. Formato entregado para el registro del análisis funcional de la conducta ...	77
Apéndice B. Lista de cotejo de los criterios diagnósticos para el TND	78
Apéndice C. Fragmento del Inventario de Prácticas de Crianza/Dimensiones: apoyo-afecto o práctica responsiva y regulación de comportamiento (versión para padres) de Aguirre (2010)	79
Apéndice D. Fragmento del cuento “Y ahora, ¿Qué rayones hice yo?	80
Apéndice E. Cartas descriptivas de las sesiones implementadas	85

Listado de tablas y figuras

Tabla 1. Ejemplo del registro para el análisis funcional de la conducta	34
Tabla 2. Lista de cotejo para los criterios diagnósticos del TND	36
Tabla 3. Primer análisis funcional de la conducta realizado por la madre de A	41
Figura 1. Puntuaciones previas a la intervención, del sujeto A en el IPC	41
Tabla 4. Primer análisis funcional de la conducta realizado por la madre de E	43
Figura 2. Puntuaciones previas a la intervención, del sujeto E en el IPC	44
Figura 3. Puntuaciones previas a la intervención, del sujeto I en el IPC	46
Tabla 5. Descripción de los puntos a trabajar en cada sesión	50
Tabla 6. Segundo análisis funcional de la conducta realizado por la madre de A	54
Figura 4. Puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el IPC del sujeto A	55
Tabla 7. Segundo análisis funcional de la conducta realizado por la madre de E	57
Figura 5. Puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el IPC del sujeto E	58
Tabla 8. Segundo análisis funcional de la conducta realizado por la madre de I	59
Figura 6. Puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el IPC del sujeto I	61
Figura 7. Comparación de puntajes obtenidos por las tres participantes en la aplicación previa del IPC	63
Figura 8. Comparación de puntajes obtenidos por las tres participantes en la aplicación posteriores del IPC	63

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar y aplicar una propuesta de intervención cognitivo-conductual, que promueva el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante en niños de 6 y 7 años. El diseño de la intervención se realizó a partir de la revisión teórica de técnicas y herramientas que, dentro del enfoque cognitivo-conductual, han sido propuestas para el control de las conductas disruptivas en niños y niñas. En el presente estudio se midió la variable agresividad mediante el análisis funcional de la conducta con los familiares que participaron, la variable crianza practicada por los padres a través del Inventario de Prácticas de Crianza/Dimensiones: apoyo afecto o practica responsiva y regulación de comportamiento (versión para padres) de Aguirre (2010), y finalmente la variable comportamiento negativista desafiante mediante los criterios diagnósticos del TND incluidos en el DSM-V publicado por la American Psychiatric Association (APA) en el 2014. Los participantes fueron 3 niños, de entre 6 y 7 años, que presentaban conductas agresivas, negativistas y desafiantes; el muestreo se realizó de manera accidental, tomando en cuenta que el motivo de consulta tendría que mencionar problemas para el control de las conductas antes mencionadas, en el hogar y la escuela. Al finalizar la intervención, conformada por 17 sesiones, se observaron cambios en el comportamiento de los niños que fue registrado por los padres, cambios en las prácticas de crianza y un mayor control de las conductas agresiva, negativista y desafiante. En conclusión, la intervención resultó ser efectiva para facilitar a los padres estrategias dirigidas al manejo de la conducta.

Capítulo 1. Introducción

El tópico central de la siguiente propuesta de intervención es mejorar el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante en infantes de la Ciudad de Mérida, Yucatán. La relevancia de este tipo de conductas en niños de entre 6 y 12, se debe a que durante la segunda infancia los padres se preocupan con mayor frecuencia en el nivel y control de la agresividad de sus hijos (Train, 2003) y, por otra parte, este tipo de conductas involucran un repertorio de acciones que pueden llegar a ser violentas e incluso derivadas hacia un trastorno de la conducta en el futuro (Velázquez, Cabrera, Chainé, Caso-López & Torres, 2002); dado lo anterior, para el estudio y tratamiento de estas conductas se requiere de la participación tanto de profesionales e investigadores encargados de desarrollar nuevas estrategias para su manejo y control, como de los padres y figuras de autoridad que intervengan e implementen las medidas propuestas desde la investigación.

La metodología del presente trabajo fue mixta, realizada a través de una triangulación de la información obtenida por medio de un instrumento cuantitativo (Inventario de prácticas de crianza) y dos instrumentos cualitativos (Lista de cotejo sobre los síntomas del TND y el Análisis funcional de la conducta).

En el presente trabajo se describen los antecedentes, las definiciones conceptuales y algunas de las conclusiones de los estudios en los que se ha empleado el modelo cognitivo-conductual para el manejo de la conducta agresiva en niños con el TND; posteriormente se describe la metodología seleccionada para ejecutar la intervención y el análisis de los resultados; como continuación, se describen los elementos que formaron parte del proceso de intervención; y finalmente se exhiben los resultados, la discusión y la conclusión del estudio.

1.1. Planteamiento del problema y justificación

La infancia es la etapa más importante de la vida, en la cual se estructuran rasgos de personalidad determinantes para una vida futura (Sotelo, Castro & Muciño, 2014). Según datos censales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), en México hay 32.5 millones de infantes de entre 0 a 14 años, lo cual representa el 29% de la población total. Por otra parte, se ha demostrado que la existencia de influencias negativas en la niñez puede perjudicar el desarrollo armónico de los rasgos de personalidad en algunos niños o niñas; las consecuencias, ante dichas influencias, pueden hacerse evidentes mediante alteraciones sistematizadas y estables en la conducta que provoca la inadaptación del infante a su medio social (Segundo, Morales, Benítez & Sorroche, 2002).

Entre dichas alteraciones, originadas desde la infancia, se encuentra la agresividad y la violencia, las cuales son remarcadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como un gran problema social ya que se ha encontrado que entre el 55% y 62% de los niños y niñas en México han sufrido maltrato en algún momento de su vida, 7 de cada 10 jóvenes viven o han vivido agresiones dentro de su noviazgo, 10.1% de los estudiantes de educación secundaria han padecido algún tipo de agresión física en la escuela, 5.5% han sufrido agresiones de índole sexual y 16.6% han sido agredidos emocionalmente (Forbes, 2013).

Una de las justificaciones que se le ha dado al escenario anterior, ha sido el alto nivel de tolerancia con respecto a la agresión que se ejerce en contra de las niñas y niños en nuestro país, ya que, por ejemplo, la imposición de castigos físicos y el maltrato verbal, dentro del contexto familiar, continúan siendo prácticas que presentan altos niveles de aceptación. Por otra parte, en una encuesta realizada a 4 millones de niños y niñas de entre 6 y 17 años, el 28% de los encuestados enunciaron haber sido tratados agresivamente por algún familiar y el 32% dijo ser

agredido por algún compañero o compañeros de la escuela (Secretaría de Salud, 2006).

La agresividad infantil, es una conducta constantemente asociada a comportamientos antisociales a corto y mediano plazo, tales como criminalidad y la delincuencia (Kazdin & Buela-Casal, 1994; Widom, Schuck, & White, 2006 citados en Fajardo & Hernández, 2008), el abuso de sustancias (Spatz-Widom & Hiller-Sturmhofel, 2001 citados en Fajardo y Hernández, 2008), las relaciones sexuales tempranas (Caspi & Moffitt, 1995; Fergusson, Horwood & Ridder, 2005; Rhule, 2005 citados en Fajardo & Hernández, 2008), y la aparición de otros desenlaces como el fracaso escolar y el rechazo de los compañeros (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989 citados en Fajardo & Hernández, 2008).

Sumada a la conducta agresiva, en algunos casos cuando un niño o niña es diagnosticado con TND el pronóstico clínico señala una mayor tendencia a presentar un Trastorno de Conducta en la adolescencia u adultez (APA, 2014); por tanto, la probabilidad de que estos niños pasen de pelear con sus figuras de autoridad a cometer delitos, es significativamente mayor.

Por otra parte, se ha observado que al trabajar con niños que presentan este tipo de conductas, la familia y los maestros tienden a pasar por alto el temperamento problemático, la gran actividad motora, la intolerancia a la frustración y la falta de autocontrol emocional característicos del TND (APA, 2014), por lo cual la intervención no se realiza hasta que el niño o adolescente se ve involucrado en prácticas que transgreden las normas morales y/o atentan contra su integridad.

A pesar de lo anterior, se ha demostrado que el diagnóstico e intervención de los síntomas durante la infancia, disminuye la probabilidad de que las conductas aumenten su frecuencia, intensidad y gravedad durante la adolescencia (Vásquez, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).

En cuanto a las propuestas para el control de la conducta agresiva, se ha encontrado que las acciones realizadas por los niños que presentan conductas negativistas y desafiantes tienden a

invalidar la autoridad de los padres, y por tanto estos últimos no saben cómo responder ni contener las conductas; por este motivo, las estrategias y los recursos utilizados deberían ser diseñados sistemáticamente para atender las conductas disruptivas aprovechando los recursos disponibles en los padres, el niño o niña y su contexto (Jurado y Justiano, 2016). En respuesta a lo anterior, Schaefer, Ortiz, Becerril y Sánchez (2012), mencionan que varias de las propuestas de intervención, que han demostrado ser efectivas, se han enfocado en la enseñanza y práctica de técnicas conductuales, debido a que estas últimas ayudan a los niños y sus padres a trasladar el conocimiento y las habilidades adquiridas durante la intervención al ambiente natural, permitiendo así que el manejo de la conducta se concrete y los padres eviten utilizar medidas de crianza que resulten perjudiciales a largo plazo.

De igual manera, se ha comprobado que las familias comprometidas y guiadas durante el proceso de intervención han logrado que sus hijos demuestren un mayor grado de prosocialidad y un mejor rendimiento escolar al término del proceso y, paralelamente a la mejora, se ha observado una menor incidencia de las conductas agresivas y de conductas de riesgo en etapas posteriores del desarrollo (Gallego, 2011).

Dada la relevancia y necesidad que surge a partir del panorama presentado, la presente investigación tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica, basado en el enfoque cognitivo-conductual, para el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante en niños de entre los 6 y 12 años. A través de la revisión teórica del diagnóstico infantil y de los programas de intervención que se han implementado, se buscará comprender las características de los niños con conductas agresivas, negativistas y desafiantes, así como describir y comprobar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual dirigida a niños de 6 y 7 años.

1.2. Marco Teórico

1.2.1. Conceptualización de la agresividad.

Una mirada cuidadosa a la información sobre la agresión, revela no sólo una creciente preocupación por este tema, sino también una gran divergencia en los hechos o estados caracterizados como agresivos (Renfrew, 2006). Derivado de este interés por su entendimiento, se desprenden varias teorías biológicas, las socio-ambientales y psicológicas cuyo objetivo es definir la naturaleza de este comportamiento y comprender la justificación de su aparición y mantenimiento a lo largo del tiempo.

En el presente estudio se seleccionó una definición de agresión sin especificación teórica, la cual es descrita por Renfrew (2006) como:

Conducta dirigida a cualquier organismo o blanco, y que resulta en daño; de acuerdo con lo anterior, la conducta agresiva implica una intención o repetición de los actos agresivos después de un estímulo provocador, como por ejemplo el halago o la aprobación de la agresión por parte de los padres o compañeros, y de igual manera, involucra el efecto de dañar al blanco (padres, maestros, compañeros, etc.) que por lo general no son aceptados por el infante. (p.24)

La conducta agresiva, no necesariamente tiene que transgredir pautas de convivencia social, ya que la agresión existe y se clasifica dentro de las reacciones naturales que cumplen la función de protección en los seres vivos y la de acceso a recursos críticos que le permitan sobrevivir; Kernberg y Piatigorsky (2007), menciona que la aparición temprana de la ira, como un estado afectivo básico que se caracteriza por la activación de la agresión, se encuentra justificada por la necesidad que tienen los infantes de eliminar una fuente de dolor e irritación. Por lo cual, la conducta agresiva cumple con una serie de funciones psicológicas necesarias para

la sobrevivencia de las personas, entre las que se encuentran: afirmar la autonomía, eliminar un obstáculo o barrera a un grado deseado de satisfacción y eliminar o destruir una fuente de frustración.

Como parte de las especificaciones que conlleva el definir y tratar a la agresividad, la teoría propone que cuando la conducta agresiva llega a sustituir modos alternativos de respuesta, por un largo periodo de tiempo y ante situaciones que puedan causar dolor e irritación, el término a utilizar debe ser violencia (Renfrew, 2006); asimismo, al mantenimiento del sentimiento de la ira o enojo por un periodo de tiempo prolongado se le debe denominar odio (Kernberg & Piatigorsky, 2007).

Dadas la complejidad conceptual que conlleva el término de la agresividad, para el estudio y tratamiento de misma, se sugiere que la intervención sea complementada con la observación y registro tanto de la modalidad de la conducta que se esté ejecutando, como del motivo, contexto e influencias que estuvieron presentes durante su ejecución (Serrano, 2006).

1.2.1.1 Factores que influyen en la agresividad.

Son muchos los factores que se han estudiado para explicar el hecho de que una niña o un niño tengan cierto sentimiento de frustración que conlleve a dañar a otra persona; Renfrew (2006), ha descrito algunos de los factores pueden influir en el comportamiento agresivo infantil, dándole un encuadre dentro de tres áreas específicas: la biológica, la psicológica y la de interacción social; debido a la amplitud de los factores, a continuación se describen únicamente los elementos específicos que, de acuerdo con el mismo autor, componen cada uno de estos factores y un ejemplo dichos elementos:

I. Factores biológicos: la genética (por ejemplo tener un defecto en el procesamiento químico desde el nacimiento), las hormonas sexuales (es decir, la cantidad y el efecto que

tienen las hormonas en la mujer y el hombre), el sexo de la persona (en este caso, se ha comprobado que los hombres son más agresivos), las estructuras cerebrales (por ejemplo algún problema localizado en el neo córtex y que afecte la conexión y/o ejecución de las funciones ejecutivas), el efecto de los neurotransmisores en el organismo (por ejemplo la GABA o la adrenalina) y el efecto de las drogas (el uso de anfetaminas puede aumentar el número de neurotransmisores que favorecen la agresividad).

II. Factores psicológicos: el estrés ambiental (se refiere a la presencia de estímulos nocivos en el ambiente), las experiencias frustrantes (aquellas experiencias que eliminan un estímulo placentero o bloquean el acceso a cierta recompensa), el condicionamiento conductual (por ejemplo, asociar estímulos estresantes con otros estímulos que no lo son), las experiencias y sus consecuencias (tomando como ejemplo el aprendizaje por medio del reforzamiento positivo o negativo).

III. Factores de interacción social: la influencia del entorno (aquella que se da a través del modelado o aprendizaje imitativo de conductas disruptivas), los procesos cognitivos (entre los que se encuentran la autoeficacia y la atribución), el humor y la empatía característica, junto con el material sexual visto por una persona (estos elementos permiten contrarrestar las reacciones agresivas e incluso neutralizarlas), y finalmente la televisión y las películas (las cuales influyen mediante la desensibilización hacia los actos violentos).

Sin importar los factores que influyan en una persona, la agresividad siempre será provocada por algún sentimiento de frustración percibido, y su comportamiento será definido en función del cómo haya aprendido a reaccionar ante las situaciones conflictivas (Serrano, 2006).

Consecuente a lo anteriormente expuesto, se recomienda que al definir los factores que relacionados con la agresividad, se deberá tener en cuenta: a) el instinto innato de los seres

humanos de supervivencia, b) las recompensas y el tipo de atención que se le presta al momento de presentarse, c) el escenario (ambiente y estilo de vida) que como adultos se le proporciona a los niños, d) el nivel de expectativas que los padres tiene sobre sus hijos, e) el modo en que los padres han aprendido a defenderse en su vida, y finalmente f) reconocer que los niños vulnerables inciden más en este tipo de conductas que los niños regulares (Train, 2003).

1.2.1.2 Agresividad infantil.

La agresividad, como se ha definido anteriormente, es un comportamiento que busca dañar a otra persona para sobrevivir u acceder a un recurso vital, y cuyo proceso natural de regulación inicia desde los primeros años. Esta definición, aplica tanto para niños como para adultos, sin embargo, en el caso de los infantes se pudiera agregar que este acto “intencionado” sirve para expresar que algo grave está ocurriendo y, que debido a la falta de atención que se le presta a su problema, se evidencian este tipo de conductas (Amescua, 1996).

En cuanto al proceso natural, el nivel máximo de expresión de esta conducta se da aproximadamente a los dos años; a partir de entonces disminuye hasta alcanzar niveles más moderados en la edad escolar; hacia los cuatro años empiezan a disminuir sustancialmente la destructividad y los intentos de humillar a otros; hacia los cinco años la mayoría de los niños emplean menos el negativismo y las acciones físicas de rechazo; cuando se dice que un niño mayor a cinco años es agresivo se está diciendo que, entre otras cosas, tiene la misma frecuencia de conductas coercitivas que un niño de dos o tres años (Serrano, 2006).

Independientemente de la edad, al estudiar la conducta conflictiva infantil, se sugiere vincular el comportamiento con el proceso subjetivo de desarrollo, es decir, entender el motivo interno que lleve al niño a ser agresivo y mirar la dimensión externa de los conflictos, para definir las reacciones que son provocadas en situaciones de confrontación entre dos o más

personas (Albaladejo, 2011).

Aquellos niños y niñas, etiquetados con el concepto de “agresivo o agresiva”, pueden presentar una serie de conductas diferentes a las observadas comúnmente en infantes de su edad, como, por ejemplo, suelen ser poco colaborativos, impulsivos, ansiosos, con dificultades para socializar y con esquemas de pensamiento rígidos, tales como “Todos me quieren lastimar” (Andrade & Londoño, 2014).

1.2.1.3 Clasificación de la agresividad infantil.

La agresividad infantil suele presentarse con varios de los elementos antes mencionados, y las capacidades, habilidades y estrategias de afrontamiento del infante que le sean útiles en su medio (Serrano, 2006). Por tal motivo, la clasificación dependerá de la conceptualización y los aspectos en los que cada autor haya decidido enfatizar; entre las clasificaciones se encuentran:

I. Agresión física: toda aquella manifestación agresiva no accidental que se propicie a otra persona, y que además de ocasionarle daño físico, le puede generar algún tipo de enfermedad. Por ejemplo, golpes con la mano, quemaduras, raspaduras, heridas y fracturas (Suarez & Zapata, 2013).

II. Agresión psicológica: manifestación que tiene como finalidad el dañar la autoestima de las personas y limitar las relaciones con los otros. Por ejemplo, rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper (Suarez & Zapata, 2013).

Otros autores, partiendo del objetivo o finalidad de la acción, la han clasificado en:

I. Agresividad instrumental: aquella que engloba a todos los niños que utilizan la agresión para conseguir algo, como por ejemplo un objeto material. (Serrano, 2006).

II. Agresividad emocional: comprende aquellas acciones que pretenden dañar a alguien para reducir la estimulación aversiva que este le provoca (Serrano, 2006).

Y finalmente, Garaigordobil (2001), partiendo de la tendencia que tienen estos niños para responder a los demás, dividió este tipo de comportamiento en:

- I. Agresividad pasiva: tendencia a manifestar respuestas sumisas en las relaciones sociales.
- II. Agresividad activa: tendencia a expresarse de forma coercitiva en las relaciones con los demás.

1.2.1.4 Evaluación y diagnóstico de la agresividad infantil.

Antes de iniciar el proceso de tratamiento para la conducta agresiva, se sugiere realizar una evaluación con el objeto de puntualizar cuales son las características del infante con el que se trabajará, describir las conductas agresivas presentes y, definir una o varias estrategias de intervención apropiadas para el caso.

Para el estudio de la agresividad infantil, Serrano (2006), propone hacer uso de las siguientes herramientas: a) la entrevista y los cuestionarios para padres, niños y personas cercanas, b) la observación natural de la conducta, c) el registro de las situaciones detonadoras y las consecuencias de la conducta (ya sea para los padres o por medio de hojas de autorregistro en edades avanzadas).

Otra fuente de información, conlleva el uso de escalas de apreciación para conocer y registrar las pautas de conducta que resultan conflictivas para el niño, el contexto social en el que se detonan dichas acciones, e incluso el estilo de crianza practicado por los padres (Albaladejo, 2011); entre los instrumentos que aportan información al respecto, podemos encontrar las Escalas de Estrés Parental y los Inventarios de Prácticas de Crianza.

1.2.2 Conceptualización del Trastorno Negativista Desafiante (TND).

El niño es una personalidad cambiante, cuyas necesidades emocionales requieren del afecto, comprensión, seguridad, disciplina y aceptación social; por tal motivo, si el desarrollo

emocional infantil es llevado por los padres y figuras de autoridad dentro de un ambiente adecuado y cubriendo las necesidades antes mencionadas, el infante podrá desarrollar sentimientos como el amor, respeto hacia su individualidad, confianza en su propia fuerza y en su capacidad para hacer respetar sus derechos personales (Roche, 2004).

De acuerdo con Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010), el TND es conocido por presentarse en niños y adolescentes, cuyas conductas desafiantes y provocadoras en contra de la figura de autoridad, se encuentran enmarcadas en un ambiente que no satisface varias de las necesidades emocionales, como la seguridad y la autonomía del menor; por tal motivo, este trastorno no implica la violación de leyes ni de los derechos básicos (propios y de los demás), sino más bien, involucra y se genera a partir de los conflictos ocasionados en las relaciones interpersonales presentes en el contexto familiar, social y escolar del infante.

1.2.2.1 Etiología

De acuerdo con Morrison, Enríquez y Mendoza (2015), el TND se encuentra dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento disruptivo; se caracteriza por la persistencia de fuertes manifestaciones de comportamientos de tipo negativista por al menos seis meses; su principal diferencia con el trastorno de conducta es que las niñas y los niños con TND no violan los derechos básicos de otros o las reglas sociales apropiadas a su edad.

Constantemente, estos niños tienen conflictos con sus padres, maestros y compañeros; asimismo, se ha encontrado que dicha problemática se encuentra asociada a prácticas de crianza incoherentes o negligentes, en las que se puede establecer un círculo vicioso de interacción padre-hijo en el que se destaquen las peores conductas de cada uno (Roche, 2004).

Morrison, Enríquez y Mendoza (2015), adjudican el origen del TND a una disciplina rigurosa e inconstante de los padres, a la imitación del comportamiento de progenitores, o

incluso el estado socioeconómico bajo debido al efecto de tensión que genera vivir dentro o cerca de un cinturón de pobreza.

En la actualidad, Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010), mencionan que existen dos teorías que buscan enmarcar las diversas causas del TND; estas teorías son:

I. Teoría biológica-fisiológica: relacionada con los factores hereditarios de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico que predispone a estos niños a manifestar conductas inmaduras y de baja tolerancia a la frustración.

II. Teoría del aprendizaje: plantea que las características negativas del trastorno son actitudes que los niños y jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad (castigos, gritos, golpes, etcétera).

Independientemente de la teoría que se tome como referencia, habrá que considerar que este tipo de conductas frecuentemente responderá a la presencia de un estímulo nocivo por el que el infante protestará y emitirá una respuesta de evitación, escape o contrapresión defensiva (Serrano, 2006). Por tal motivo, aunque las conductas propias del TND se inicien en un contexto familiar, no tardarán mucho en expresarse en otros contextos donde el infante tenga que enfrentarse a cualquier tipo de estímulo percibido como nocivo.

1.2.2.2 Epidemiología.

Las conductas del TND que se presenta en niños, comúnmente no son diagnosticadas debido a que la mayor parte es normativa, temporalmente reactiva, culturalmente aceptada y/o síntoma de alguna otra enfermedad (Kaplan & Sadock, 1993 citados en Roche, 2004).

Vásquez et. al. (2010), mencionan que se han hallado tasas de niños con TND situadas entre 2% y 16% de la población infantil; la edad mínima en que ha sido diagnosticada es a los 3 años, aunque suele iniciarse a los 8 años y, normalmente, no después de la adolescencia; de igual

manera, se ha observado que antes de la pubertad es más común en hombres que en mujeres, aunque la distribución por sexos puede llegar a igualarse durante la adolescencia.

En el presente estudio se utilizó la descripción de las conductas negativistas y desafiantes propuestas por Vásquez et. al. (2010), como un punto de referencia respecto a estas conductas y también como medio para aclarar la diferencia entre una conducta agresiva, negativa y desafiante a los padres. Dado lo anterior, durante el proceso se aclaró que las palabras negativista y desafiante sólo se usarían para etiquetar las conductas comúnmente observadas en los participantes.

1.2.2.3 Curso y pronóstico.

Los síntomas, aparecen por primera vez entre los tres y cuatro años de edad, pero su diagnóstico normalmente se establece pocos años después (Morrison, Enríquez & Mendoza, 2015). El diagnóstico normalmente se realiza cuando los niños son mayores debido a que el curso del TND es gradual y puede mantenerse encubierto (mediante conductas agresivas pasivas) por meses o incluso años (Palacio, 2014).

El pronóstico dependerá de la gravedad del trastorno, la estabilidad a largo tiempo, la presencia de otros trastornos como el Trastorno de Conducta (TC), y el grado de integración familiar; sin embargo, se ha demostrado que un 25% de las personas diagnosticadas durante su infancia con TND, han dejado de cumplir con los criterios del diagnóstico luego de unos años (Vásquez, Fera, Palacios & De la Peña, 2010)

1.2.2.4 Evaluación y diagnóstico.

Este tipo de conductas, pueden ser muy comunes en ciertas etapas como lo son la pubertad y adolescencia; sin embargo, se han establecido listas de criterios que permiten diferenciarlas de las conductas normativas e incluso comprobar su comorbilidad con otro tipo de

trastornos.

Entre los criterios diagnósticos del TND se encuentran que las conductas antes descritas se mantengan por seis o más meses, por lo menos una vez al día para niños menores de 5 años y una vez a la semana en niños mayores; debe haber cierto grado malestar en el paciente y las personas cercanas y, que dicho malestar a su vez genere disfunción laboral, educativa, social y/o personal. De igual manera, se debe realizar un diagnóstico diferencial que permita descartar la presencia del Trastorno de Desatención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Psicótico o del Estado de Ánimo y el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (Morrison, Enríquez & Mendoza, 2015).

Mención aparte merece el TDAH, ya que se estima que entre el 40% y 60% de los niños con este diagnóstico podrían presentar el TND; por tal motivo, ambos diagnósticos deben ser verificados y confirmados para asegurar la eficacia del tratamiento (Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés, 2006).

El diagnóstico tiene como base la evaluación clínica, la cual toma los criterios antes mencionados al que se sugiere agregar un sistema de multi-informantes, un examen directo con el menor, un informe del profesor o profesora de la escuela, una historia clínica, así como conocer cuándo interconsultar con un especialista (Vásquez et. al., 2010).

1.2.2.5 Tratamiento.

Entre los tratamientos habituales para trabajar las conductas agresivas se encuentran: la psicoterapia individual, familiar y/o grupal, y el uso de psicofármacos (Pedreira & Tomas, 2001).

En el caso de la psicoterapia, tanto individual como grupal, lo que se persigue es la reorganización adecuada de la personalidad y mejorar la adaptación emocional, que permita al infante o adolescente reconocer y esquematizar de manera más funcional sus actitudes

emocionales y los patrones de reacción que han gobernado el funcionamiento de su personalidad (Roche, 2004).

En el caso de los psicofármacos, lo que se busca es controlar los síntomas del trastorno que requieran de medidas más inmediatas que la terapia; por tal motivo, en Vásquez et. al. (2010) se menciona que la intervención psicofarmacológica debe ir acompañada de un proceso psicoterapéutico que trate el control de las conductas negativista y su comorbilidad a largo plazo.

1.2.3 Desarrollo infantil.

El desarrollo, forma parte de una acepción psicológica general, que se refiere a ciertos cambios que experimentan los seres humanos (o incluso los animales), desde la concepción hasta la muerte (Woolfolk, 2010); de dicho proceso, se derivan cuatro áreas:

- I. Desarrollo físico: conlleva a los cambios en la estructura y las funciones corporales que se presentan conforme el paso del tiempo (Woolfolk, 2010).
- II. Desarrollo personal: implica los cambios en la personalidad que suceden mientras el niño o niña crecen (Woolfolk, 2010).
- III. Desarrollo social: se refiere a los cambios que ocurren en la forma en que la que los niños se relacionan con otras (Woolfolk, 2010).
- IV. Desarrollo cognoscitivo: involucra los cambios programados de manera genética, relacionados con el paso natural de los años y la estimulación que recibe el niño o niña al paso de los años (Woolfolk, 2010).

Papalia, Olds, Duskin, Olivares y Padilla (2009), menciona que todas las áreas del desarrollo infantil (el cual abarca desde la concepción hasta la adolescencia) se verán influencias por la herencia, el ambiente, el grado de maduración, el nivel socio-económico, la estructura familiar, la cultura, los factores de riesgo e incluso el grupo étnico en el que se encuentre.

1.2.3.1 Etapas del desarrollo infantil.

Papalia et al. (2009), resume los principales desarrollos típicos del niño y adolescente en cinco periodos, conformados en tres rubros conocidos como desarrollo físico, el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicosocial. Los cinco periodos mencionados por la autora son: a) periodo prenatal (concepción al nacimiento), b) lactancia y primera infancia (nacimiento a 3 años), c) segunda infancia (3 a 6 años), d) tercera infancia (6 a 11 años) y finalmente la adolescencia (de los 11 a los 20 años aproximadamente).

Para efectos del presente estudio y sus objetivos, sólo se describirá el periodo conocido como “Tercera Infancia”, el cual comprende de los seis a los doce años y, se caracteriza por los siguientes criterios:

- I. Desarrollo físico: el crecimiento se vuelve más lento y mejoran las fortalezas y habilidades atléticas; las enfermedades respiratorias son comunes, pero la salud es por lo general mejor que en otro momento del ciclo de vida (Papalia et al., 2009).
- II. Desarrollo cognitivo: se observa una disminución del egocentrismo; algunos niños comienzan a pensar de manera lógica, pero concreta; aumentan las habilidades de memoria y lenguaje; las ganancias cognitivas permiten al niño o niña mejorar su rendimiento escolar, y algunos pueden mostrar necesidades y fortalezas educativas especiales (Papalia et al., 2009).
- III. Desarrollo psicosocial: en este rubro se ven cambios en la correulación gradual de la conducta por los padres y por el mismo infante; el autoconcepto se vuelve más complejo y afecta la autoestima; los compañeros o amigos asumen importancia central (Papalia et al., 2009).

1.2.3.2 Etapas del desarrollo infantil y la agresividad.

El desarrollo infantil saludable contempla la aparición y el control progresivo de las conductas agresivas desde los primeros años de vida; por tal motivo, resulta primordial el reconocimiento del momento y el contexto en el que está la niña o niño expresan ciertas conductas agresivas que aparecen, y se convierten en reacciones o respuestas únicas ante los estímulos aversivos del ambiente.

Train (2003), describe dos etapas que forman parte del desarrollo infantil, las cuales se pueden relacionar con las metas de las conductas agresivas:

I. Primera infancia: cuando nace, el niño o niña sólo están preocupados por sus propias necesidades corporales, sensaciones físicas y pensamientos; no se relacionan con las personas de modo afectivo, sino que las ve de modo intelectual como parte del sistema que necesita para sobrevivir; es con base del amor que existe entre el progenitor y el bebé, y aunque la intensidad de la relación única sea breve, que se formará la base del salto del niño hacia la madurez y la edad adulta que implique un mayor autocontrol de las conductas agresivas (Train, 2003).

II. Segunda infancia: En esta etapa, los padres pueden comenzar a preguntarse si su hijo o hija son lo suficientemente agresivos como para defenderse cuando vayan a la escuela, o cuando alguien los agrede; debido a la ansiedad producida por este tipo de expectativas, se puede generar en el infante una intensa sensación de rechazo. De igual manera, se espera observar que el infante vaya alcanzando los hitos del desarrollo básicos para controlar sus conductas agresivas; un ejemplo de hito del desarrollo para el control de la conducta agresiva se sitúa entre los 11 u 12 años, cuando el infante utiliza menos la agresividad física para lograr sus objetivos, y reaccionará con ira sólo si piensa que está siendo atacado de modo intencionado (Train, 2003).

1.2.4. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

La terapia cognitiva-conductual, desarrollada por teóricos con entrenamiento conductual, conceptualiza el pensamiento de forma más concreta, ya que se focalizan en aquellos conjuntos de auto enunciados encubiertos que pueden verse influidos por las mismas leyes del condicionamiento y que provocan conductas determinadas en las personas (Caro, 2007).

El tratamiento cognitivo-conductual se centran en modificar la propia conducta a partir de cambios cognitivos en el análisis y resolución de problemas, el uso de estrategias de afrontamiento funcionales, el autocontrol y, la comparación de respuestas alternativas con sus consecuencias (Pedreira & Tomas, 2001).

En resumen, el terapeuta cognitivo-conductual requiere tener la capacidad de identificar, cuestionar y generar sistemáticamente formas alternativas de pensar y actuar; mientras que, del paciente, se espera cierta capacidad cognitiva para poder realizar tareas abstractas tales como contemplar los hechos desde diferentes perspectivas (Stallard, 2010).

1.2.4.1 La TCC infantil.

Friedberg y McClure (2013), señalan que la TCC con niños, conserva el empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado, comúnmente observado en la terapia de adultos; sin embargo, debido a que pocos niños podrían alcanzar el mismo grado de abstracción que el de un adulto, estas dos tareas tienen que ser adaptadas durante las sesiones de manera lúdica e interactiva.

Stallard (2010), señala puntualmente que la TCC tiene que ser atractiva para el infante, es decir, que a través de juegos y actividades se debe lograr que este describa y comprenda sus pensamientos y las reacciones que de ellos se derivan. Por ejemplo, si el caso fuera trabajar con un niño agresivo, se le puede orientar a pensar en su agresividad como si fuera un volcán, el cual

se va llenando de lava, cada vez que se molesta, llegando incluso a la erupción.

En síntesis, el elemento cognitivo de la TCC ayuda a los niños a comprender y tener un mayor control sobre sus pensamientos; mientras que a través de la parte conductual, se les enseña un conjunto de habilidades constructivas que le permitan realizar ensayos y acciones diferentes; uniendo ambos elementos a través de técnicas lúdicas, es que se pueden integrar tanto los conocimientos, como los puntos fuertes y la motivación que el niño ya tiene, ayudando a que se sienta autoeficiente para dominar sus pensamientos, sentimientos y conductas (Huebner & Mathews, 2011).

1.2.4.2 Técnicas de la TCC para el manejo de la agresividad.

Al momento de trabajar con niños agresivos, dentro de la TCC, se deberá tomar en cuenta que entre las características de estos niños se podría encontrar el distraerse con facilidad, perder rápidamente su concentración y, un alto grado de ansiedad ante las tareas que le demanden retener información (Train, 2003).

Por tal motivo, las técnicas cognitivas-conductuales que buscan tratar la conducta agresiva deberán considerar la reducción o eliminación de los pensamientos y el fortalecimiento de los comportamientos alternativos a la agresión y las emociones que la respaldan; como propuesta a lo anterior, Serrano (2006), sugiere una serie de elementos a considerar durante la intervención en el manejo de la agresividad infantil:

I. El control de antecedentes: los antecedentes se pueden controlar describiendo y manipulando los estímulos ambientales que licitan la conducta agresiva, así como aquéllos que licitan conductas alternativas. Algunas de las opciones para dicho control son: definir y controlar los estímulos discriminativos de la conducta agresiva, exponer al niño a modelos que manifiesten comportamientos alternativos y, reducir la presencia de los instigadores aversivos

en el contexto del niño.

II. El análisis y control de las consecuencias: en lo que respecta a las consecuencias, los procedimientos a utilizar pueden ser de tres tipos, los de extinción (buscan reducir el comportamiento), los de castigo positivos o negativos (buscan reducir el comportamiento), y los de tipo reforzamiento de conductas alternativas (buscan incrementar comportamientos alternativos).

III. El entrenamiento en habilidades sociales: la estrategia adecuada consiste en ayudar al infante a superar este déficit entrenándole en aquellas habilidades que él o ella carezcan; dependiendo del tipo de habilidad que se considere que él o ella deba adquirir, se entrena una serie de conductas, entre las cuales se destacan las de iniciación social, jugar o participar en la tarea, cooperar/compartir, responsabilidad afectiva, oposición asertiva, expresión de comprensión y expresión del problema y petición de un cambio o propuesta de solución.

IV. La resolución de problemas: el entrenamiento en resolución de problemas, se emplea para ayudar al niño a superar su déficit en habilidades para solucionar problemas interpersonales; específicamente, este punto se logra mediante la identificación de su conducta agresiva y las condiciones que la provocan, con el fin último de diseñar una o varias estrategias de solución alternativa a los problemas que se le presentan.

V. Procedimientos de autorregulación: debido a que la conducta agresiva presenta una emoción determinada que induce al niño a responder agresivamente, se han ideado técnicas útiles para controlar este tipo de emoción negativa; por ejemplo, el entrenamiento en relajación es una técnica que ha demostrado ser útil para controlar el estado afectivo del niño ante situaciones conflictivas.

Otro de los medios sugeridos para usar durante la intervención es el uso de cuentos;

según Ortner (2007), los cuentos son el instrumento más apropiado para superar la barrera lingüística y mental entre los infantes y adultos, debido a que en ellos los infantes se pueden identificar con los héroes de las narraciones e incluso pueden llegar a apropiarse de las ideas y soluciones propuestas para la superación de sus problemas, de tal modo que la solución puede llegar a convertirse en la búsqueda de:

Fórmulas mágicas, sorpresas debajo de la almohada o señales secretas que les permiten identificarse con su problema, y tomar parte activa del desarrollo de su persona y su comportamiento (p.6).

Por tal motivo, se sugiere dar uso a los cuentos como “Que puedo hacer cuando ESTALLO por cualquier cosa” y la “Guía de domador de dragones”, para establecer un buen canal de comunicación entre el terapeuta y las ideas de los infantes, así como un espacio para la creación de soluciones efectivas contra el problema.

Otra de las necesidades que se requieren cubrir durante la intervención, es la necesidad de apoyo o asistencia de otras personas; Train (2003), describe que entren las personas a considerar como fuentes de apoyo se encuentran los colegas del área infantil (como maestros, psicólogos, etc.), los padres de familia, los familiares cercanos al infante y los amigos del mismo fuera del colegio.

Para trabajar y tener resultados efectivos durante las sesiones se recomienda involucrar al menos a los padres, ya que como señalan Friedberg y McClure (2013), los problemas de los infantes son más frecuentes fuera de la sala de terapia, por lo que, para poder ejercer un impacto relevante, los terapeutas deben codirigir el proceso de intervención junto con los padres, que son los responsables durante el proceso.

1.2.5. El papel de los padres dentro de la intervención.

Frecuentemente, cuando un niño o niña expresa conductas agresivas, negativistas o desafiantes de modo persistente, quienes más paciencia y herramientas necesitan son los padres (Train, 2003). Por tal motivo, al trabajar en el área infantil se puede considerar que los niños pueden aprender a comportarse y responder funcionalmente mediante el modelamiento que los mismos padres les ofrecen, ya que, por ejemplo, cuando son los padres son quienes refuerzan positivamente conductas funcionales a los niños mediante el andamiaje y reforzamiento social, se convierten en modelos de las respuestas alternativas.

Debido a lo anterior, habrá que dejar en claro que el papel del terapeuta implica apoyar a los padres para que estos últimos utilicen todo su potencial y se comprometan en la búsqueda y reforzamiento del cambio conductual en sus hijos (Train, 2003).

1.2.5.1 Estilos de crianza infantil.

Uno de los principales elementos que definen la manera en que los padres y/o figuras de autoridad participan dentro del proceso terapéutico infantil son las prácticas de crianza, las cuales son definidas por Ramírez (2005), como las prácticas educativas utilizadas con la finalidad de influir, educar y orientar a los niños en su integración social.

Dentro de dichas prácticas, podemos encontrar estilos de crianza específicos que, de acuerdo con Papalia et al. (2009), están enmarcados por cierto tipo de acciones, reprimendas y guía que los padres dan a sus hijos. Dichos estilos se describen a continuación:

- I. Estilo autoritario: caracterizados por hacer que sus hijos se conformen, de manera rígida, a un conjunto de normas de conducta y los castigan por violarlas a menudo utilizando técnicas de afirmación del poder; son padres con tendencias hacia el desapego y menor calidez que otros padres; los hijos, consecuente con este tipo de trato, tienden a ser más infelices, retraídos y

desconfiados (Papalia et al., 2009).

II. Estilo permisivo: son aquellos que valoran la autoexpresión y autorregulación; tienden a realizar pocas demandas y permiten que los niños controlen sus propias actividades tanto como sea posible; frecuentemente, consultan con sus hijos acerca de las decisiones de política y rara vez los castigan; asimismo, tienden a ser cálidos y no controladores, llegando incluso a ser indulgentes; todo lo anterior, puede conllevar a tener hijos inmaduros, menos autocontrolados y exploratorios en menor medida (Papalia et al., 2009).

III. Estilo autoritativo: se distinguen por ser aquellos que valoran la individualidad de sus hijos, pero también destacan las restricciones sociales; presentan un buen nivel de autoconfianza para manejar y guiar a sus hijos, aunque también respetan las decisiones, intereses, opiniones y personalidades independientes de éstos; tienden a ser amorosos, aceptantes, y al mismo tiempo demandantes de un buen comportamiento e incluso se pueden mostrar estrictos al momento de marcar o recordar alguna norma; aparentemente, sus hijos se muestran seguros de saber tanto que se les ama como lo que se espera de ellos (Papalia et al., 2009).

Debido a la correlación que se guarda entre las prácticas de crianza y el comportamiento agresivo infantil (Morales & Vázquez, 2011), en la presente propuesta de intervención se considerará dar seguimiento a las prácticas antes y después de la intervención, así como dar ejemplos que permitan a los padres definir las prácticas que abonen al control de la agresividad.

Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema

2.1. Descripción del escenario y participantes

El Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP) de la Facultad de Psicología, fue el escenario de intervención en el que se aplicó el diagnóstico y programa de intervención.

Participaron tres varones de entre seis y siete años cuyos padres habían acudido al SEAP para solicitar el servicio psicológico para sus hijos. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, ya que los tres participantes fueron referidos por el SEAP a partir de los datos de inclusión que el terapeuta había dado a los responsables de la asignación de casos.

Los criterios de inclusión fueron: incidencia de conductas agresivas, negativistas y desafiantes en la casa y en el hogar y, que los padres confirmen a través del motivo de consulta y la lista de cotejo con la descripción de la frecuencia que tenían las conductas agresivas, negativistas y desafiantes.

2.2. Instrumentos utilizados

2.2.1. Análisis funcional de la conducta.

Para el registro y medición de la variable agresividad se llevó a cabo un análisis funcional de la conducta, cuyo objetivo fue identificar las situaciones del contexto, que establecen la oportunidad de que la conducta agresiva de los niños y niñas ocurriera, a través de la descripción precisa del comportamiento y en la identificación de las consecuencias que permitieran que dichas conductas se repitan o no en un futuro cercano (Secretaría de Salud, 2013). Para la aplicación de dicho registro se tomó en cuenta la instrucción propuesta por la Secretaría de Salud (2013), la cual se describe a continuación:

En el formato del análisis funcional de la conducta, encontrará cinco columnas: una para la fecha y hora en que ocurren los problemas de conducta; otra se llama contexto, donde usted deberá anotar qué es lo que ocurrió antes de la conducta que desea comprender; la siguiente columna se llama conducta, donde anotará aquellas cosas que su hijo hizo y dijo al momento de la conducta que a usted no agrada; la siguiente columna se llama consecuencias, donde usted anotará todo aquello que ha ocurrido después de la conducta del niño; finalmente, encontrará una columna denominada personas presentes, donde anotará quiénes se encontraban presentes al momento del problema de conducta que desea cambiar (p.43).

A continuación, se presenta un ejemplo de cómo los padres registraron un acontecimiento ficticio y sus características en el formato entregado.

Tabla 1.

Ejemplo de un análisis funcional de la conducta registrado por los padres.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencias	Personas presentes
Martes 12:00 p.m.	Existe una bolsa de pan dulce en el comedor. Mamá está platicando con la vecina.	La niña se acerca a mamá y le dice: “mamá puedo agarrar un tutti de la bolsa”.	Mamá no voltea ni responde verbalmente a la niña.	Mamá, niña y vecina.
Martes 12:10 p.m.	Mamá no voltea ni responde verbalmente a la niña.	La niña toma la falta de la mamá y dice: “mamá voy agarrar un tutti de la bolsa”, mientras alza la voz y frunce el ceño.	Mamá no responde y continúa platicando con la vecina.	Mamá, niña y vecina.
Martes 12:30 p.m.	Mamá no responde y continúa platicando con la vecina.	La niña le comienza a jalar la falda de mamá, comienza a gritar y decir que quiere el pan que está en la bolsa que señala con su dedo.	Mamá voltea a ver a la niña y le dice: “que te pasa, que va a pensar la vecina, agarra lo que quieras y te me sientas en la terraza a comerlo”	Mamá, niña y vecina.

Durante el diagnóstico, la tabla no se analizó más que por el investigador, debido a que se tomó en cuenta la manera en que el padre o figura de autoridad controlaba la conducta del

menor, y la manera en que el niño respondía a dicho control. El formato de la tabla antes mencionada se encuentra en el apéndice A.

Durante la etapa de intervención, se leyó cada elemento anotado en el registro inicial junto con los padres, o en su caso, con la/las figuras de autoridad invitadas por los niños participantes. Para concluir con el uso de este instrumento, se procedió a explicar y ejemplificar con los padres señalando lo siguiente:

“Observe como, para cada una de las cosas que el niño hizo y dijo, la consecuencia se convirtió en el contexto de la siguiente conducta del niño. Es decir, una vez que el niño o niña piden algo y el padre de familia no responde, ello promueve la oportunidad de que el niño vuelva a pedirlo. Cuando el padre o figura de autoridad, por segunda ocasión siguen ignorando al niño, generan la oportunidad para que el infante pruebe otra forma de obtener tanto la atención como el objeto que desea”.

La finalidad de este análisis durante la intervención, fue que las figuras de autoridad participantes reflexionaran sobre el manejo que tenían de la conducta disruptiva, retroalimentando positivamente las respuestas que se controlaron adecuadamente y proponiendo opciones que pudieran ser más efectivas en el contexto que se presentaban.

2.2.2. Lista de cotejo basada en los criterios diagnósticos del TND.

La variable “comportamiento negativista desafiante” fue registrada por medio de una lista de cotejo basada en los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2014); dicha lista fue estructurada y dada a los padres como a continuación se presenta:

Tabla 2.

Lista de cotejo para los criterios diagnósticos del TND.

Criterio diagnóstico	Presente	No Presente
1. El niño o niña a menudo se encoleriza e incurre en pataletas.		
2. El niño o niña a menudo discute con los adultos.		
3. El niño o niña a menudo desafía activamente a los adultos o se rehúsa a cumplir con sus demandas.		
4. El niño o niña a menudo molesta deliberadamente a otras personas.		
5. El niño o niña a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.		
6. El niño o niña a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.		
7. El niño o niña a menudo es colérico y resentido.		
8. El niño o niña a menudo es rencoroso o vengativo.		

En la instrucción previa al registro de la lista, se mencionó que para considerar a una conducta como presente, se debía considerar a la frecuencia y gravedad de la misma como más alta de la normal durante los últimos meses.

Finalmente, se integraron a la lista ocho puntos adicionales a los antes mencionados con el objetivo de confirmar si los elementos de contexto y temporalidad, contemplados por Vázquez, Feria, Palacios y de la Peña (2010) dentro del diagnóstico del TND se cumplían y descartaban otros elementos (como el consumo de algún tipo de sustancia) que pueda incidir en la aparición de las conductas. Aunque dichos elementos son útiles para establecer el diagnóstico, en el presente estudio estos criterios sólo fueron utilizados para describir las características de las conductas antes mencionadas. El formato final puede ser revisado en el apéndice B.

2.2.3. Inventario de prácticas de Crianza/Dimensiones: apoyo afecto o práctica responsiva y regulación de comportamiento (IPC).

Para medir la variable estilo de crianza, se aplicó el IPC (versión para padres) de Aguirre (2010), el cual es una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta: siempre, algunas veces y nunca.

Esta prueba está dividida en dos grandes dimensiones, que son el apoyo afectivo y la regulación o control del comportamiento; dichas dimensiones constituyen buena parte de la crianza y, forman parte de la perspectiva teórica desde la cual se pretende identificar si las madres y los padres o figuras de autoridad ejercen las acciones adecuadas que conlleva la práctica de crianza, entre los factores que Aguirre (2010), engloba dentro de estas dos dimensiones se encuentran:

- I. Expresiones de afecto. Acciones de los padres que indican una respuesta explícita de carácter emocional para con sus hijos.
- II. Orientación positiva. Acciones positivas por parte de los padres que tienen la finalidad de orientar y fortalecer el desarrollo de potencialidad en sus hijos.
- III. Involucramiento: Acciones que indican la participación e interés que los padres manifiestan frente a los comportamientos de sus hijos
- IV. Prácticas de cuidado: Acciones que indican reconocimiento de las necesidades primarias del niño y que un cuidador busca asegurar.
- V. Sensibilización: Acciones de los padres que se caracterizan por la aplicación directa de castigos corporales o psicológicos con el fin de controlar el comportamiento de sus hijos
- VI. Inducción: Acciones de los padres que se caracterizan por la explicación de las consecuencias de su comportamiento con el fin de orientar el comportamiento de sus hijos

Musitu, Román y García (1988) citados en Aguirre (2010), definen a la primera categoría del instrumento, llamada apoyo emocional, como el afecto y la aceptación que un niño o niña reciben de las personas que los rodean, bien a través de manifestaciones explícitas a tal afecto, o como resultado de comportamientos que denoten protección y cariño. Mientras que la segunda categoría general, llamada regulación del comportamiento, está definida como las demandas que los padres o figuras de autoridad hacen a los niños para que lleguen a integrarse en el todo familiar, a través de sus demandas de madurez, de su supervisión, los esfuerzos disciplinarios y de su voluntad para afrontar al niño (Baumrind, 1991, citado en Aguirre, 2010).

La calificación de dicho instrumento, se realizó tomando en cuenta los lineamientos descritos por el mismo autor, con el objetivo de conservar las características de validez y confiabilidad que tiene el inventario. El instrumento puede ser visualizado en el apéndice C.

2.3. Procedimiento

El primer acercamiento con la muestra se realizó a través de la primera sesión agendada por las secretarías del SEAP; durante la sesión de inicio se habló con los padres respecto al diagnóstico e intervención a realizar, así como se les presentaron los documentos de consentimiento informado, privacidad y compromiso necesarios para dar inicio al proceso diagnóstico.

Los tutores o padres de los participantes, fueron informados sobre el propósito de la entrevista inicial, las evaluaciones pre y post, así como de la intervención terapéutica con todas sus características; de igual manera se solicitó el consentimiento informado para incluir en la redacción del presente trabajo los resultados del proceso y las conclusiones que de este mismo se deriven.

El diagnóstico inició con el llenado de la lista de cotejo de los padres y, posteriormente se

entregaron dos listas adicionales para ser entregadas fuera de la sesión a un responsable del contexto educativo y a un responsable del contexto familiar o social. Posteriormente, se solicitó a los padres que contesten el IPC siguiendo las instrucciones dadas por el instrumento. Finalmente, se explicó e ilustró como rellenar el primer formato para el análisis funcional de la conducta.

Una vez terminado el diagnóstico, los datos fueron recabados y analizados para posteriormente ser presentados a los padres en una sesión de resultados, en la cual también se rectificó si deseaban continuar participando.

2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica

2.4.1. Evaluación individual

2.4.1.1 Sujeto No. 1: A.

En la historia clínica se registró que A es un niño de 6 años, que desde los 5 años fue diagnóstico con TDAH y desde entonces comenzó a ser medicado con Metilfenidato. Al momento de la evaluación, el niño se encuentra en segundo grado de primaria y durante toda la intervención el niño continuó con su tratamiento farmacológico.

Luego del divorcio de sus padres, A quedo a cargo de su mamá y su nueva pareja; la madre, quien siempre acompañó a su hijo durante la intervención, reportó que últimamente el niño había estado agrediendo a sus compañeros de salón y, en la casa se había estado comportando agresivamente con ella y su hermano menor. De igual manera, se mencionó que cuando A se molesta, tiende a llorar, verbalizar que “nadie lo quiere” y se “desquita” con alguna persona por el mal rato que le hicieron pasar.

En la escuela, reportaron que A no se enoja con facilidad, pero si tiende a tirar objetos y jugar agresivamente con sus compañeros de clase. En el salón de clases, la maestra ha reportado que el niño termina sus tareas rápido, por lo que constantemente se levanta de su asiento para

platicar con sus demás compañeros. La maestra agregó que A forma parte del grupo de los “terribles del salón”, cuyos cuatro integrantes se caracterizan por ser “inquietos, agresivos y poco colaborativos”.

En lo que respecta a la lista de cotejo, los síntomas reportados por ambos padres y la abuela del menor fueron: recurrentes pataletas, discusiones con adultos, desafío activo hacia los adultos, molestar a otras personas, acusar a los demás por sus errores o mal comportamiento y susceptibilidad a ser molestado por otros. En cuanto al tiempo, tanto los padres como la abuela, coincidieron en que las conductas antes citadas se han presentado por más de seis meses, al menos una vez a la semana, cerca de los 3 o 4 años, ante figuras de autoridad distintas a los hermanos y, en su escuela, hogar y otros ambientes sociales. Finalmente, en la lista, los padres y abuela descartaron la ingesta de sustancias tóxicas, padecimientos psicóticos, desregulación disruptiva del estado de ánimo y problemas en el crecimiento y desarrollo ordinario como causas del comportamiento negativista.

En los siguientes párrafos se presentan los resultados del análisis funcional de la conducta y el IPC registrado por la madre del niño.

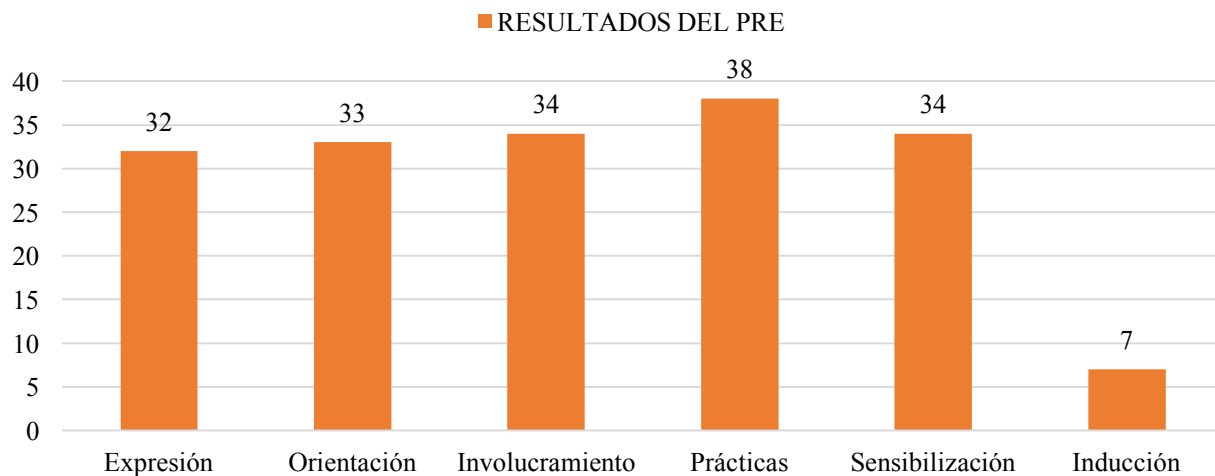
Como se puede apreciar en la tabla 3, la madre describió únicamente una fecha y un horario al igual que sólo uno de los contextos, el cual sólo es mencionado como un lugar específico; en el apartado de conducta la acción ejecutada fue descrita mediante verbos y, en dos ocasiones se especificó el lugar, la persona y/o situación en la que se encontraba el menor; en lo que respecta a las consecuencias, se mencionaron los castigos que fueron aplicados, sin dar más de detalle del cómo fueron ejecutados; finalmente, en el apartado de personas se escribieron los nombres de las personas presentes, sin embargo, no se especificó como estuvieron involucrados durante la ejecución de la acción o la aplicación del castigo.

Tabla 3.

Primer análisis funcional de la conducta realizado por la madre de A.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencia	Personas presentes
14/Septiembre/2017 6:48 pm.	Estamos en terapia	Tranquilo, sentado, callado y quieto.	Le doy lo que me pide y yo estoy tranquila.	- Mamá. - A.
Sin datos.	Sin datos.	A le pego a un compañero en la escuela.	No tuvo derecho a ver su programa y se quedó sin postre.	- Abuela. - Mamá. - A.
Sin datos.	Sin datos.	A le pego en su estómago a un compañero.	Se quedó de castigo todo el fin de semana.	- Mamá. - Papá. - Hermano menor. - A.

En el IPC la madre obtuvo un puntaje alto (38) en la categoría de Prácticas de cuidado que engloba a todas aquellas acciones que indican la participación que los padres manifiestan frente a los comportamientos de sus hijos y, también en la categoría de sensibilización (34) que engloba acciones de aplicación directa de castigos corporales o psicológicos con el fin de controlar el comportamiento de sus hijos. En cuanto a las puntuaciones más bajas se obtuvo que la madre aplica en menor medida aquellas prácticas relacionadas con la expresión emocional con sus hijos (32), y en mucho menor medida, las prácticas relacionadas con la inducción de acciones (7) mediante la explicación de las consecuencias que tienen determinados comportamientos.

*Figura 1. Puntuaciones previas a la intervención, del sujeto A en el IPC.*

2.4.1.2. Sujeto No. 2: E.

E es un niño de 8 años, que desde el primer grado se le describía como inquieto e impositivo. Al momento de la evaluación se encuentra en tercero de primera y aunque lo reportan menos inquiero, la maestra sigue reportando comportamientos desafiantes y negativistas hacia ciertas figuras de autoridad.

En la entrevista inicial, los padres reportan que en casa E es un niño que reniega mucho, cuando su padre o madre le piden hacer algo tiende a negarse, y en caso de obligarlo, el niño avienta objetos, grita, azota la puerta e inclusive se ha peleado a golpes con alguno de sus hermanos cuando estos le piden cumplir con su tarea.

El padre describió la dinámica familiar como activa, participativa y positiva, ya que más allá del comportamiento desafiante y agresivo del niño, “no hay diferencias” que obstaculicen la interacción e integración de su familia. Sumado a lo anterior, la madre mencionó que después de dos hijos varones se sienten más “conocedores” respecto al tema de criar niños, sin embargo, debido a que E es mucho más chico que sus hermanos y está creciendo en un momento donde mamá ya no trabaja y papá trabaja mucho, esperan que sus esfuerzos y preocupaciones hacia E les permita “aprender cómo controlar mejor a su hijo”.

Las listas de cotejo del sujeto 2 fueron llenadas por la madre y dos maestros del menor; en las listas se registraron los siguientes síntomas: recurrentes pataletas, discusiones con adultos y desafío activo dirigido hacia los adultos. En cuanto al tiempo, tanto la madre como los maestros, coincidieron en que las conductas antes citadas se presentaron por seis o más meses, al menos una vez a la semana, cerca de los 3 o 4 años, ante figuras de autoridad distintas a los hermanos y, en su escuela, hogar u otros ambientes sociales. Finalmente, se descartó que la ingesta de sustancias tóxicas, algún padecimiento psicótico, la desregulación disruptiva del

estado de ánimo y los problemas en el crecimiento o del desarrollo ordinario pudiera ser causas probables del comportamiento agresivo, negativista y desafiante.

A continuación, se presentan los resultados del análisis funcional de la conducta y el IPC registrados por los papás del niño al iniciar y finalizar la intervención.

Tal como se aprecia en la tabla 4, en el diagnóstico la madre únicamente anotó un evento. En el apartado de hora y fecha se registraron correctamente los datos solicitados; en el de contexto se describieron los detalles de donde y que estaban haciendo madre e hijo previamente a que se detonará la conducta; en conducta se describió la reacción del niño ante la orden dada y la consecuencia que recibió por haber reaccionado de esa manera; en el apartado de consecuencia, se registró el castigo que la madre impondría en caso de que el niño no cumpliera con la orden dada y, finalmente en personas se anotaron los nombres de todos los involucrados.

Tabla 4.

Primer análisis funcional de la conducta realizado por la madre de E.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencia	Personas presentes
19/Septiembre/2017 11:00 am	Fuimos a dejar el formulario con la maestra y, le pedí que bajará del auto para saludarla y entregarle la carta.	No quiso bajar del auto, se puso a gritar, no dejaba de hacer berrinche. Luego de la advertencia obedeció.	Se le advirtió que si no obedecía se le quitaría una hora de juego con el iPad.	- Mamá. - Maestra. - E.
Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.	- Sin datos.
Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.	- Sin datos.

Como se observa en la figura 2, los resultados más altos se encontraron en la categoría de Sensibilización (36) que se refiere a todas aquellas aplicaciones directas de castigos corporales o psicológicos, en la categoría de Involucramiento (36) que se refiere a la participación de los padres en el control del comportamiento de sus hijos y, en la categoría de Orientación positiva (36) definida como aquellas acciones positivas por parte de los padres que tienen la finalidad de

orientar y fortalecer el desarrollo de potencialidades en sus hijos; por otra parte, los resultados más bajos se pueden visualizar en la categoría de Prácticas de cuidado (32) que engloba a todas aquellas acciones cuyo fin es reconocer la o las necesidades primarias del niño y en las de Inducción (7) que se refiere a las explicaciones que los padres dan sobre las consecuencias del comportamiento con el fin de orientar el comportamiento de sus hijos.

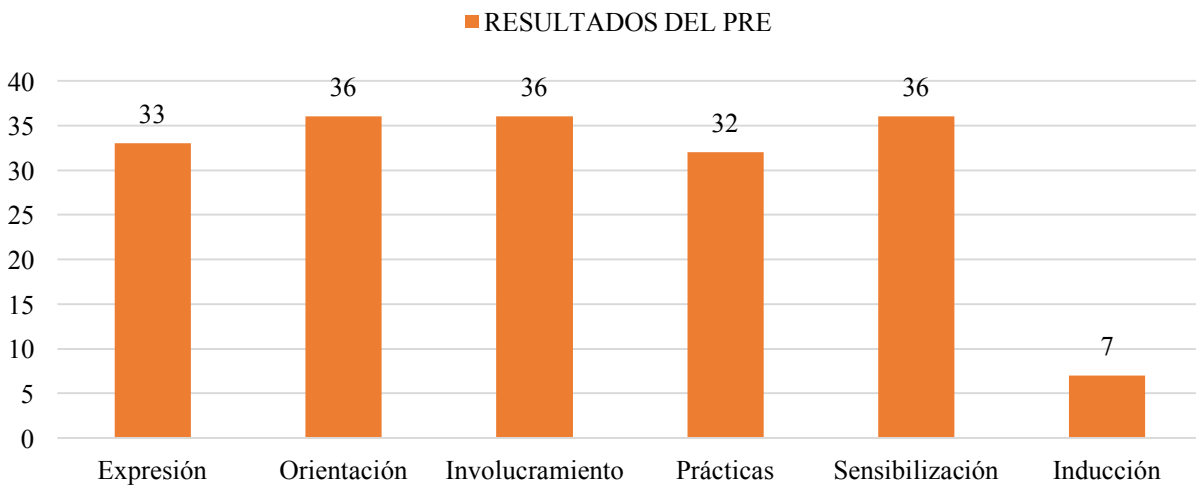


Figura 2. Puntuaciones previas a la intervención, del sujeto E en el IPC.

2.4.1.3. Sujeto No. 3: I.

I es un niño de 6 años, que cursa el segundo año de primaria. Durante la entrevista inicial, la madre del menor reportó que I tiende a enojarse con mucha frecuencia cuando alguna indicación no le parece, cuando su madre o padre no cumplen con sus peticiones y cuando su hermano mayor está interactuando con él y le gana o le quita alguno de sus juguetes.

De igual manera se mencionó que en repetidas ocasiones el niño ha verbalizado expresiones negativas respecto a la interacción que él tiene con sus padres, algunos ejemplos mencionados por la misma madre fueron: “ustedes no me quieren”, “desearía estar muerto” o “soy el peor hijo del mundo”.

En la escuela, el último año escolar se reporta como “muy diferente a los anteriores”, ya que últimamente la maestra ha reportado que I se niega a trabajar, se pelea con algunos compañeros e incluso les agrede cuando está en desacuerdo con ellos, se niega a participar en ciertas actividades que le son requeridas, e inclusive la maestra ha tenido que contener el llanto del niño en ciertos momentos donde el mismo se autodenomina como “malo y no merecedor de los premios o juegos que se hacen en el salón”.

En casa, la madre reporta que su hijo es más tranquilo, ya que “únicamente se molesta” cuando se le dan órdenes o su hermano juega con sus cosas. Si bien, la madre no negó que I pudiera llegar a ser agresivo en clase, en varias sesiones, la madre se mostraba incómoda cuando se le daba alguna retroalimentación sobre la conducta disruptiva de su hijo, ya que en sus palabras “era una buena madre, con mucha paciencia y dedicada a sus hijos”, por lo que probablemente esperaba que sus dos hijos se comportaran como ella consideraba.

En cuanto al padre, tanto el niño como la madre mencionaron que casi no está presente, e incluso agregaron que, entre I y el hermano mayor, el padre tiene como preferido al hermano mayor; este tema fue explorado en varias sesiones con el niño, con la madre y con el hermano mayor.

Las listas de cotejo del sujeto 3 fueron llenadas por la madre, la abuela y la maestra del menor, en las listas se consideraron los siguientes síntomas: recurrentes pataletas, discusiones con adultos y susceptibilidad para enojarse con terceras personas. En cuanto al tiempo, las tres listas coincidieron en que las conductas antes citadas se presentaron por seis o más meses, al menos una vez a la semana, ante figuras de autoridad distintas a los hermanos y, tanto en la escuela, como en su hogar u otros ambientes sociales. En último lugar, se descartó que, debido a la ingesta de sustancias tóxicas, padecimientos psicóticos, desregulación disruptiva del estado de

ánimo y problemas en el crecimiento y desarrollo ordinario, I presentara los síntomas negativistas y desafiantes.

A continuación, se presentan los resultados recuperados en el análisis funcional de la conducta y el IPC registrados por la madre al inicio de la intervención.

El análisis inicial fue entregado a la madre en tiempo y forma, sin embargo, debido que ella y su marido disponían de poco tiempo libre y mucho trabajo, en sesiones posteriores avisaron que no lo habían podido hacer y que incluso habían perdido la hoja que les había sido entregada. Dado este incidente, la mamá se comprometió a no volver a “fallar” y se comprometió a trabajar más intensamente con su hijo durante la intervención.

Como se observa en la figura 3, los resultados del IPC reflejan un alto nivel en las Prácticas de cuidado (38), la cual engloba aquellas acciones relacionadas con el reconocimiento y aseguramiento de las necesidades primarias del niño por parte del cuidador, de igual manera obtuvo un puntaje alto en Sensibilización (35), la cual hace referencia a todas aquellas acciones que los padres realizan para castigar corporalmente o psicológicamente a sus hijos; en el otro extremo se observa que la expresión de afecto (29) que incluye a todas aquellas acciones que indican una respuesta explícita de carácter emocional y la de inducción (9) que involucra a la explicación de las consecuencias que tienen los actos, fueron las menos frecuentes.

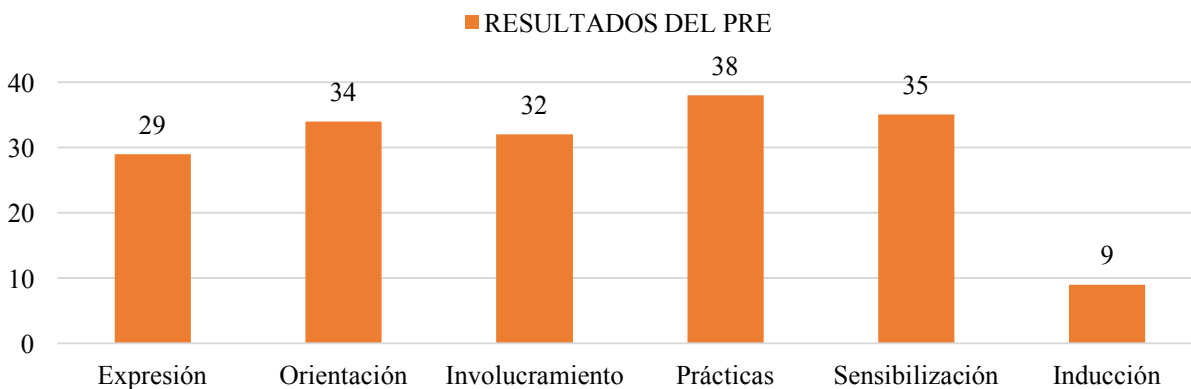


Figura 3. Puntuaciones previas a la intervención, del sujeto I en el IPC.

Capítulo 3. Programa de intervención

3.1. Introducción

Luego de haber concluido el diagnóstico, los tres niños y sus tutores iniciaron con el programa de intervención conformado por 17 sesiones individuales, de las cuales once se realizaron con los padres y/o figuras de autoridad (que fueron invitados esporádicamente a una parte de la sesión) y 6 únicamente con el infante. Las sesiones con los niños se realizaron siguiendo la secuencia de temáticas, que se presentó a los niños, a través del cuento “Y ahora, ¿Qué rayones hice yo?” (Ver apéndice D).

La secuencia de las temáticas se elaboró tomando en cuenta los elementos presentados por Serrano (2006) y las características de las actividades y materiales sugeridos por Alpuche (2013); una vez mezcladas ambas propuestas, surgió la presente intervención con el objeto de abundar en los efectos que tenía el llevar un esquema que cubriera los siguientes elementos: el diagnóstico, el control de antecedentes, el análisis y control de consecuencias, el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas, los procedimientos de autorregulación y la evaluación final. La intervención fue dividida en siete partes, las cuales fueron aplicadas en el mismo orden con los tres niños y, cabe aclarar que las modificaciones requeridas en cuanto a fechas, espacios, actividades, materiales e incluso juegos siempre fueron tomadas en cuenta y aplicadas de la misma manera en los tres casos.

Cabe mencionar que durante la intervención la participación de las madres, padres y participantes permitió que los niños se adaptaran al proceso y a las nuevas medidas de crianza implementadas,

El contenido revisado con los padres y participantes estuvo organizado de la siguiente manera: dos sesiones se utilizaron para completar el diagnóstico y recibir el entrenamiento para

el registro del análisis funcional, tres sesiones de psicoeducación para el reconocimiento y manejo de las conductas agresivas, dos para la evaluación de los avances y, finalmente una fue dedicada al cierre del proceso.

En las sesiones de seguimiento con los padres se realizó el análisis de los registros conductuales y se repasaron las principales habilidades de resolución de problemas y estrategias para el control de la conducta agresiva practicadas durante la intervención.

Durante la sesión de cierre, se dio un repaso de los temas revisados por medio del cuento que los niños fueron llenando y, a los padres se les aplicó nuevamente el IPC y el formato del análisis funcional de la conducta.

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de los datos recabados a través de la lista de cotejo aplicada, el IPC durante el pre-post y, los registros conductuales llenados por los participantes.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general.

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicoterapéutica, basada en un enfoque cognitivo-conductual para el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante en niños entre seis y siete años.

3.2.2. Objetivos específicos.

1. Describir las características de la conducta agresiva, negativista y desafiante en niños de entre seis y siete años.

2. Diseñar e implementar un programa de intervención psicoterapéutica basada en un enfoque C-C para el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante en niños.

3. Identificar si existen cambios en el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante de los niños a través del análisis funcional de la conducta realizado por los padres.

4. Identificar si existen cambios en el control de la conducta agresiva, negativista y desafiante de los niños a través de los cambios en las prácticas de crianza de los padres, registrados en el Inventario de Prácticas de Crianza.

3.2.3. Diseño de investigación.

Se realizó un pre-experimento con diseño pre-prueba y post-prueba con un solo grupo.

3.3 Programa de intervención

El diseño de intervención estuvo conformado por 17 sesiones psicoterapéuticas; a cada una de las sesiones se le asignó una serie de objetivos a alcanzar, la descripción de los pasos a seguir y una serie de materiales y documentos necesarios para cubrir los objetivos de la sesión.

Los recursos fueron en su mayoría materiales de papelería que sirvieron para realizar los trajes y dibujar, colorear o escribir en el cuento que le fue entregado a cada niño. El cuento fue el único recurso que se tuvo que llevar a cada sesión; dicho cuento fue elaborado siguiendo la propuesta de Serrano (2006). El diseño del cuento fue inspirado en dos fuentes principales: el cuento infantil de “El día que los crayones renunciaron” de Drew Daywalt y el libro “El domador de Dragones” de la autora María José Alpuche, ambas autoras exponen puntos de vista similares respecto al tema del enojo, la primera de ellas lo hace desde la narrativa de un cuento sobre unas crayolas que se molestan con su dueño, mientras que la segunda desde el plano más académico plantea todo un manual para domar los episodios de ira en los niños. Durante la intervención, la secuencia y uso que se le dio al cuento fue ininterrumpida y en caso de que alguno necesitará adaptaciones o revisión de sesiones, los demás también tuvieron que acudir a la sesión de adaptación o revisión.

Los elementos gráficos (espacios en blanco donde los niños personalizaban al personaje con diálogos, acciones, escenarios y compañeros que deseaban) permitieron que la secuencia teórica basada en Serrano (2006), se adaptará al contexto y las situaciones cotidianas de cada uno de los participantes. Incluso al inicio de la intervención, se otorgó a los participantes materiales como cartulinas, crayolax, plumones, pegamento y tijeras para hacer su propio traje de “Crayolax”; en promedio el traje fue utilizado tres o cuatro veces al inicio del proceso, posteriormente, para los niños era mucho más sencillo leer el cuento, junto con el terapeuta o invitado, y proceder al ensayo conductual o dinámica de juego elegida para poner en práctica lo revisado en el cuento.

A los padres, tutores o invitados únicamente se les prestaba el cuento para leer y los materiales de papelería necesarios para hacer su traje (en caso de preferirlo). Resulta importante aclarar, que en el cuento se sugería a los participantes invitar a algún pariente, amigo o familiar cercano que deseará acudir a una parte de la sesión para jugar y practicar las habilidades, técnicas o estrategias revisadas; si bien, algunos participantes repitieron invitados e incluso invitaron a más de uno en ocasiones aisladas, los objetivos, las dinámicas y el enfoque que se tuvo en dichas sesiones estuvo centrado en el niño.

En la siguiente tabla (5), se describen los puntos trabajados en cada sesión. Los detalles de cada sesión se encuentran anexos en el apéndice E.

Tabla 5.

Descripción de los puntos a trabajar en cada sesión.

Sesión	Puntos trabajados en sesión:
1	1. Explicación y firma de consentimiento con los padres sobre el proceso diagnóstico (que me deslinde de toda responsabilidad si es que el niño no es candidato para participar). 2. Registro y llenado de la historia clínica, lista de coteja para confirmar el diagnóstico TND y el primer análisis de la conducta agresiva del usuario. 3. Entrega de listas de cotejo para figura de autoridad escolar y social o familiar.

Tabla continua en la siguiente página

Sesión	Puntos trabajados en sesión:
2	1. Revisión y confirmación del diagnóstico mediante las listas de cotejo y el análisis de la conducta para iniciar la inducción al proceso terapéutico.
3	1. Establecimiento de rapport con el niño. 2. Explicación sobre el motivo de consulta de sus padres. 3. Presentación del manual “Mis crayones están molestos” 4. Establecer el motivo de consulta con el niño y su compromiso con el proceso.
4	1. Identificar y registrar a las figuras de autoridad con la que se comporta agresivamente el niño. 2. Describir las situaciones o ambientes, las reacciones fisiológicas y conductuales, y la intensidad de la conducta agresiva evidenciada frente a la primera figura de autoridad. 3. Elaborar un instrumento de medición, que le permita al niño identificar la intensidad de su conducta agresiva.
5	1. Explicación del modelo ABC (antecedente, creencia y consecuencia). 2. Explicación de la relación entre la BC (creencias y consecuencias). 3. Lectura de la primera carta que la figura de autoridad le escribe al niño. 4. Establecimiento de las estrategias de afrontamiento para cada nivel identificado en el instrumento de medición.
6	1. Revisión de las estrategias de afrontamiento usadas la semana pasada. 2. Preparación para el primer ensayo conductual con la figura de autoridad. 3. Simulación de las estrategias de afrontamiento en sesión. 4. Análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas, acompañados por la figura de autoridad.
7	1. Descripción del modelo ABC (antecedente, creencia y consecuencia) a los padres y/o figura de autoridad. 2. Explicación de la relación entre la BC (creencias y consecuencias) a los padres y/o figura de autoridad. 3. Descripción del reforzamiento positivo a través de una tabla para el registro semanal de las conductas y las estrategias de afrontamiento. 4. Descripción de la implementación de castigos.
8	1. Identificación y evaluación de las ideas irracionales relacionadas con la agresividad. 2. Lectura de la segunda carta que la figura de autoridad le escribe al niño. 3. Establecimiento de cuatro conductas agresivas presentadas contra la segunda figura de autoridad. 4. Establecimiento de las estrategias de afrontamiento para cada nivel de intensidad de la conducta.
9	1. Revisión de las estrategias de afrontamiento usadas la semana pasada. 2. Preparación para el segundo ensayo conductual con la figura de autoridad. 3. Simulación de las estrategias de afrontamiento en sesión. 4. Análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas, acompañado por la figura de autoridad.
10	1. Descripción de la función de la agresividad infantil. 2. Descripción de la técnica extinción. 3. Registro de un reglamento y horario para la casa.

Tabla continua en la siguiente página.

Sesión	Puntos trabajados en sesión:
11	1. Identificación de las habilidades para la resolución de problemas. 2. Lectura de la tercera carta. 3. Establecimiento de cuatro conductas agresivas presentadas contra la tercera figura de autoridad. 4. Establecimiento de las estrategias de afrontamiento para cada nivel de intensidad de la conducta agresiva.
12	1. Revisión de las habilidades de resolución de problemas empleadas la semana pasada. 2. Preparación para el tercer ensayo conductual con la figura de autoridad. 3. Simulación de las habilidades de resolución de problemas, planeadas en la sesión pasada. 4. Análisis de las habilidades de resolución de problemas empleadas, acompañado de la figura de autoridad.
13	1. Revisión de los avances de intervención. 2. Ajustes a las estrategias empleadas hasta el momento. 3. Descripción del proceso de generalización de resultados y prevención de recaídas
14	1. Revisión de las habilidades de resolución de problemas empleadas por el niño. 2. Preparación para el cuarto ensayo conductual con las tres figuras de autoridad. 3. Simulación de las habilidades de resolución de problemas planteadas en sesiones pasadas. 4. Análisis de las habilidades de resolución de problemas, con las tres figuras de autoridad participantes.
15	1. Sesión de prevención de recaídas para consolidar lo logrado y asegurar el afrontamiento en el futuro: en la prevención debe quedar claro lo que ya se aplicó y enseñó y aplicarlo a una nueva situación hipotética para el niño. Por ejemplo: imaginemos que su agresividad se dispara en clases, pero un día deciden empezar una nueva actividad extra-escolar que lo pueda molestar, por tal motivo le niño tiene que aplicar en un nuevo ambiente, nueva figura y situación.
16	1 Aplicación de las pruebas de finales. 2 Entrega del reconocimiento como dueño o dueña de la caja de los crayones y los rehiltes de la agresividad.
17	1. Seguimiento de las estrategias empleadas por los padres. 2. Seguimiento de las habilidades de resolución de problemas empleadas por el niño. 3. Revisión de las habilidades y estrategias utilizadas durante la intervención.

Capítulo 4. Resultados de la intervención

A continuación, se presentan los resultados obtenidos individualmente y, posteriormente se presentan los resultados grupales de los diferentes participantes. Los resultados fueron recabados a través del análisis funcional de la conducta y el Inventario de Practicas de Crianza (IPC), así como también se tomó en cuenta la información registrada hasta el momento dentro del cuento.

4.1. Evaluación individual

4.1.1. Sujeto No. 1: A.

Durante la intervención, la madre de A acudió a todas las sesiones, e incluso avisó con anticipación cuando por algún motivo tenía que faltar. Únicamente en dos sesiones, el padre acompañó a la madre y al niño.

En un inicio, A fue el participante que menor interés le prestaba al cuento, por lo que las narraciones y actividades sugeridas tuvieron que ser modificadas con el objetivo de hacerlas más lúdicas y rápidas. Luego de cuatro sesiones, el niño comenzó a cooperar en mayor medida y atender de manera sostenida durante la lectura del cuento.

En los siguientes párrafos se presentan los resultados del análisis funcional de la conducta y el IPC registrados por la madre al finalizar la intervención. A diferencia del análisis inicial, en el formato final no se registraron detalles sobre la hora y fecha de los eventos; en el espacio de contexto, la madre reportó los antecedentes de la conducta del niño y agregó detalles como dónde y que estaba haciendo su hijo; en el espacio de conducta se describieron los motivos que el niño le expresó a su madre respecto a las acciones que había realizado; en consecuencia, se registró la acción que tuvo la madre luego de haber escuchado las razones por las cuales su hijo reaccionó de determinada forma, es de notarse que en dicha explicación la madre únicamente le

propuso evitar repetir la acción y como castigo le prohibió realizar su actividad preferida al niño.

Ver tabla 6.

Tabla 6.

Segundo análisis funcional de la conducta realizado por la madre de A.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencia	Personas presentes
Sin datos.	A le tiro un zapato a un compañero.	Porque quería ver que vuela el zapato.	Le dije que eso no se hace porque sólo lastima a sus compañeros y le pedí que no lo vuelva hacer.	- Mamá. - A.
Sin datos.	Llegó muy inquieto de la escuela.	Se puso a estar peleando conmigo y no quería hacer la tarea.	Le llamé la atención y le dije que tiene que respetarme porque soy su mamá y tiene que cumplir sus responsabilidades.	- Mamá. - A. - Hermano menor. - Abuela.
Sin datos.	Agarró mi ropa interior del cesto de la ropa.	Me dijo que lo hizo porque no le quiero dar su collar.	Le dije que eso no se hace porque es una cochinado y que no hay próxima que no debe hacer esas cosas.	- Mamá. - Abuela. - A.

Contrastando los resultados del pre y post realizado con la madre del menor, se encontró que no hubo cambios en la calificación de la categoría de Expresión, obteniendo un puntaje de 32 en ambos momentos, lo anterior podría significar que la madre continúa aplicando con frecuencia acciones de carácter emocional para con su hijo. De igual manera, la madre se mantuvo en un nivel alto en lo que se refiere a la Orientación Positiva, lo anterior podría indicar que la madre continuó implementando acciones positivas cuya finalidad eran orientar y fortalecer las potencialidades en su hijo.

En cuanto a la categoría de Involucramiento se observa un puntaje alto en ambas aplicaciones, por lo que se podría inferir que las acciones de participación e interés que las madres manifiestan ante el comportamiento de su hijo se mantuvieron. Además, en cuanto a las prácticas de cuidado que reflejan el reconocimiento y aseguramiento de las necesidades

primarias del niño por parte de la madre, se observa que en ambos momentos la madre reporta hacer uso de ellas en un nivel muy alto.

Respecto a las siguientes dos categorías, que forman parte de la dimensión Regulación del comportamiento, la madre obtuvo puntajes dentro del rango muy alto en el uso de la Desensibilización, mientras que en la utilización de la Inducción tuvo calificaciones dentro del nivel muy bajo; esto podría indicar que hay una tendencia mayor a impartir castigos corporales o psicológicos para regular la conducta del niño, en lugar de orientarle mediante la explicación de las consecuencias de su comportamiento y sus motivaciones. Ver figura 4.

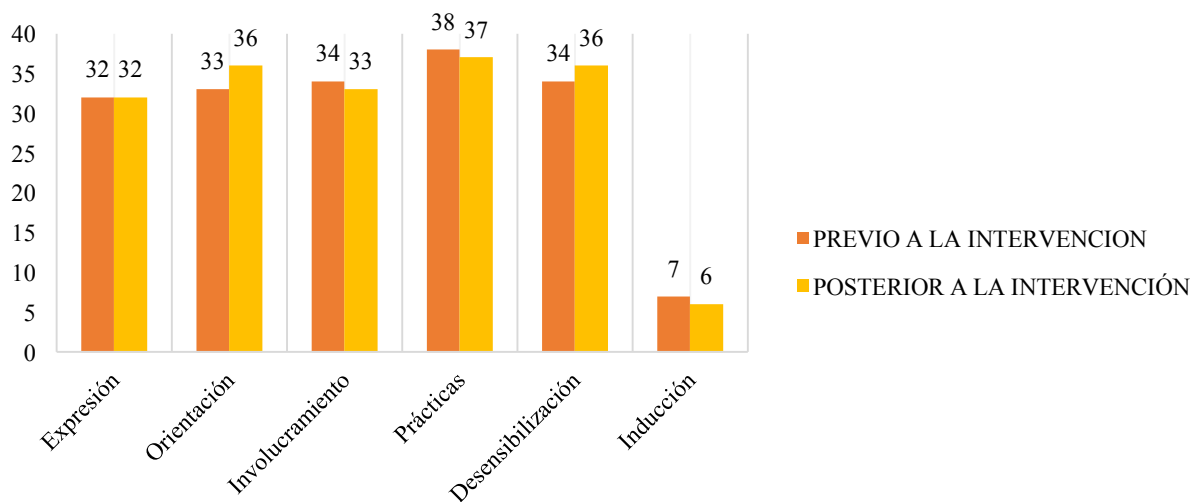


Figura 4. Puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el IPC del sujeto A.

4.1.2. Sujeto No. 2: E.

Durante el transcurso de la intervención, tanto E como sus padres, se mostraron muy interesados en los temas y los detalles que fueron surgiendo. Durante las sesiones individuales, E fue cambiando su forma de jugar notablemente, en un inicio le gustaba jugar únicamente lo que él deseaba y se negaba a probar o intentar nuevos juegos o juguetes; en las últimas sesiones, se observó que E comenzaba a jugar y compartir los materiales con el terapeuta de manera más

natural, incluso cuando sus padres y hermanos entraban E demostró que no le molestaba compartir y que podía jugar varios juegos en una misma sesión.

De igual manera se observó, que las tareas marcadas y las sugerencias dadas eran seguidas por los padres, e incluso en varias sesiones eran los padres quienes solicitaban aclarar algunos puntos sobre las recomendaciones dadas.

Punto a parte, resultó el trabajo que se realizó con los hermanos que fueron los invitados más frecuentes durante el proceso individual de E; tanto en las sesiones con el hermano mediano como con el hermano mayor se registraron ideas que al ser expresadas no fueron bien recibidas por E; dado este panorama, en varias ocasiones, E solicitó que sus hermanos regresaran como invitados, a pesar de que incluso se suscitara discusiones verbales y juegos competitivos a lo largo de la sesión. Dado lo anterior, entre las sugerencias finales dadas a los padres se agregó el atender a las ideas expresadas por los hermanos con el fin de que estas sean conocidas por los padres y de ser posible también sean platicadas en familia.

En el análisis final de la conducta, se anotó únicamente un evento; en hora y fecha se anotaron los datos completos; en contexto se describió la razón por la cual los padres dieron determinada orden a su hijo e incluso se agregó como es que el niño había reaccionado a la misma orden en el pasado; en conducta se describió el tiempo y la intensidad con la que el niño expresó su desacuerdo a la orden dada por sus padres; en consecuencia se describió la acción que el padre realizó para controlar la conducta del niño y permitirle a él sólo controlar su reacción, la cual al finalizar el episodio de ira disminuyó lo suficiente para que el niño realizará la tarea que le había sido encomendada; finalmente en personas se anotaron los nombres de todos los sujetos presentes durante el episodio. Este fue el único formato donde se registró la participación activa del padre al momento de controlar el episodio de agresividad. Ver tabla 7.

Tabla 7.

Segundo análisis funcional de la conducta realizado por la madre de E.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencia	Personas presentes
08/Diciembre/2018 6:00 pm.	E normalmente hacía su tarea después de comer, al terminar podía ver televisión. El curso pasado se le permitió descansar después de comer, pues el calor no permitía que se concentrará, pero es muy difícil que después de estar viendo tele se concentre en la tarea.	El miércoles su negación para hacer la tarea llegó a una rabieta (después de casi una hora de estar intentando hacer la tarea), llorar, gritar, decir que somos malos padres, dejó la tarea y se fue a nuestro cuarto llorando y gritando muy fuerte.	Papá fue a buscarlo y con regaños lo llevó, a la fuerza, a su cuarto para que llorara y terminara de gritar ahí (el cuarto está junto a la sala). Se dejó la puerta abierta y después de unos minutos E salió sólo de su cuarto, fue al comedor donde estaba haciendo la tarea y se sentó.	- Mamá. - Papá. - E.
08/Diciembre/2018 6:00 pm.	Decidimos regresar a la rutina inicial y hemos tenido problemas para que E haga la tarea, pide ver tele antes, dice que no entiende, pero finalmente termina haciendo la tarea.		Papá lo abrazo por unos instantes y ya tranquilo, E terminó la tarea. Se le dejó ver la tele sólo el poco tiempo que restó de la tarde, después de bañarse y antes de ir a dormir, y no fue sus programas, sino el programa que estábamos viendo todos.	- Mamá. - Papá. - E.
Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.	Sin datos.

Como se observa en la figura 5, en el IPC final del sujeto 2 hubo una leve disminución, de un nivel muy alto a un nivel alto, en las primeras cuatro categorías que forman parte de la dimensión de Apoyo-Afecto. Esta dimensión se refiere al afecto y la aceptación que el niño recibe, en este caso por ambos padres, e incluye demostraciones explícitas de carácter emocional, reconocer e intentar asegurar las necesidades del hijo, así como involucrarse en su comportamiento, orientando y fortificando sus capacidades.

Sobre la dimensión de Regulación del comportamiento, se observa una persistencia de un nivel alto en la puntuación de la categoría de Desensibilización, y de un nivel muy bajo en el caso de la Inducción. Esto significaría que la disciplina podría estar siendo manejada preferentemente mediante el uso de castigos corporales o psicológicos (tales como el retiro del afecto) en lugar de orientar mediante la explicación de las consecuencias que tienen las conductas del menor y la consideración que este tiene de los demás miembros de su familia.

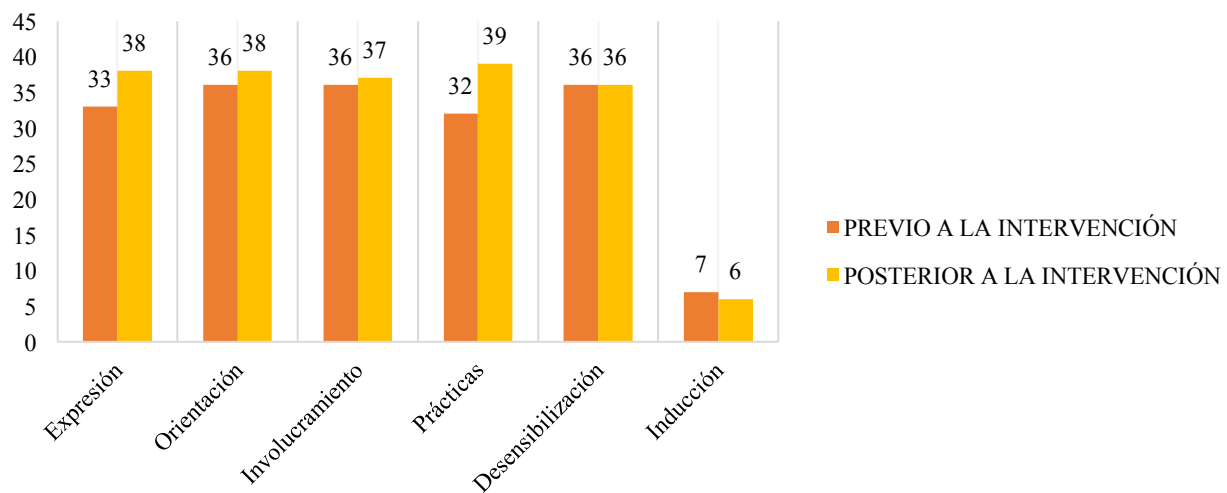


Figura 5. Puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el IPC del sujeto E.

4.1.3. Sujeto No. 3: I.

Durante la intervención, I fue el sujeto que más participativo se mostró durante las dinámicas realizadas en sesión y fue notoria su capacidad de expresión corporal y emocional. En cuanto a la participación de los padres, la madre acudió a todas las sesiones para acompañar al niño y, en algunas ocasiones, solicitó entrar unos minutos antes que su hijo para cuestionar al terapeuta respecto a ciertos sucesos que habían ocurrido a lo largo de la semana; el padre por su parte acudió tres o cuatro veces como compañero y solo participó en una sesión.

I solicitó repetir sesiones con su hermano e, incluso el hermano mayor se acercaba al terapeuta para preguntar cuándo volverían a jugar en sesión; en las sesiones con el hermano, I se comportaba más atento a las instrucciones que el terapeuta daba, el hermano mayor por su parte se expresaba con bastante naturalidad durante las dinámicas y en reiteradas ocasiones mencionó que su hermano menor era “travieso” pero que era “buen hermano”. A pesar de que en las sesiones la interacción entre hermanos fue tranquila, en casa, la madre mencionó que no podían estar juntos porque siempre terminaban peleando.

En el registro final de la conducta, la madre agregó únicamente la fecha del último episodio; en el apartado de contexto se registraron tres situaciones que detonaron las conductas del menor; en la casilla de conducta la madre añadió las acciones y verbalizaciones que el niño realizó; en el apartado de consecuencia la madre describió cómo es que ella y el padre habían reaccionado ante la conducta tratando de hablar con su hijo sobre lo que no les pareció y explicándole por qué no se debía repetir el suceso; finalmente en personas presentes, se escribió el nombre de todos los integrantes de la familia, ya que según la madre, el comportamiento agresivo del sujeto se suscita en presencia de cualquier integrante de la familia. Ver tabla 8.

Tabla 8.

Segundo análisis funcional de la conducta realizado por la madre de I.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencias	Personas presentes
Sin datos.	Cuando se le pide que haga la tarea de la casa.	Aporrea las cosas, llora, se pone en un rincón y se tapa la cara, cruza los brazos y dice que no lo va a hacer.	Se le pide amablemente que lo haga y así vamos cambiando la tonalidad. A veces ya se le grita o regaña según sea el berrinche.	- No importa quien esté, podemos estar solos, él y yo (mamá) puede estar su hermano y papá, el berrinche es que no quiere trabajar.

Tabla continúa en la siguiente página.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencias	Personas presentes
Sin datos.	Si su hermano lo mira, le hace caras o le dice cosas. El estalla con gritos.	No soporta que lo corriamos, aporrea las puertas, lanza cosas, dice que no quiere existir, que preferiría estar muerto y no haber existido o que se quiere ir con otra familia.	No le contestamos nada o dependiendo lo que diga se le llama la atención y le explicamos que nos lastima mucho con las cosas que dice.	- Su hermano, mamá y a veces papá.
11/Diciembre/2017	Estaba en la escuela y dice que estaba jugando pero que la niña lo mordía también.	Mordió a una compañera de su salón, que así estaban jugando, pero lo dejó la marca en la cadera.	La maestra lo regañó y nosotros platicamos con él, le explicamos y dimos ejemplos de situaciones haciéndole notar que fue incorrecto lo que hizo y se le quitó la TV.	- Escuela. - Papá. - Mamá. - También hablaron con él.

Por otra parte, y como se observa en la figura 6, los resultados del IPC registrado indicaron que previa y posteriormente a la intervención, la madre refleja puntuaciones en niveles adecuados del uso de acciones que entran en la dimensión Apoyo-Afecto, notándose un incremento de un nivel alto a uno muy alto en la categoría de Prácticas de cuidado, lo cual podría estar relacionado a un aumento de la consideración que la madre tiene sobre las necesidades básicas de su hijo. Los puntajes de las categorías de la dimensión Regulación de Comportamiento, asociadas a las demandas que los padres hacen a sus hijos para que estos se integren en el todo familiar, se mantuvieron sin cambios; finalmente en el pre y post, las Técnicas de Sensibilización fueron registradas con una alta frecuencia, mientras que las Técnicas de Inducción fueron registradas en un nivel muy bajo, en suma, lo anterior podría indicar que la madre del participante tiende priorizar el uso del castigo como forma de disciplina sobre aquellas medidas que regulan la conducta mediante la explicación de las razones por las que ciertos comportamientos son indeseables.

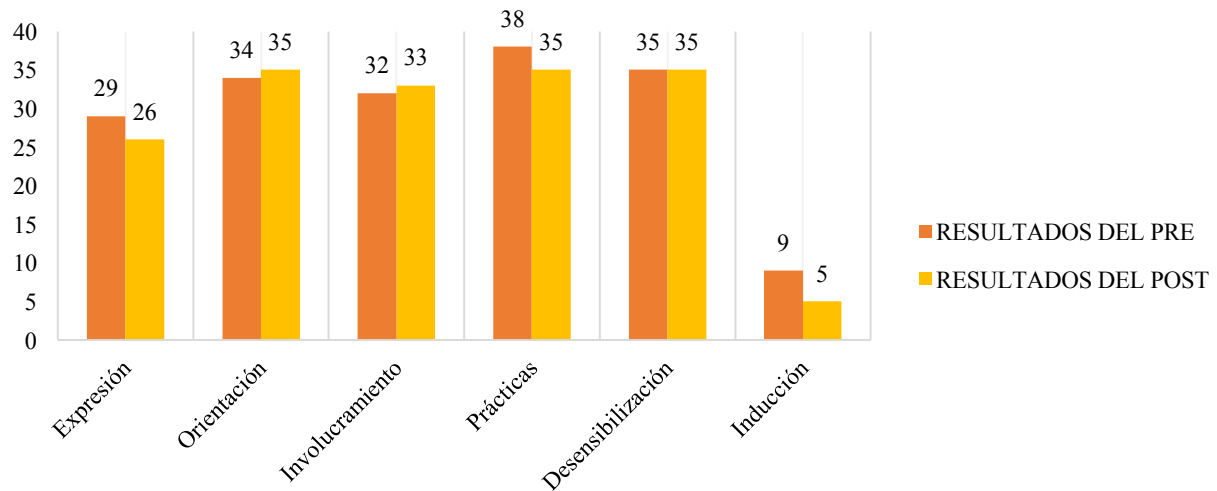


Figura 6. Puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el IPC del sujeto I.

4.2. Evaluación grupal

En el siguiente apartado se presentan y comparan los resultados registrados en todos los instrumentos aplicados.

En el análisis funcional de la conducta se observó que, en los datos de hora, fecha y contexto, las madres y los padres no presentaron los suficientes datos que permitieran ubicar si en algún momento del día, en algún lugar específico o con alguna persona en particular, los niños tendían a comportarse agresiva o negativamente.

En conducta, las madres registraron la forma en que los niños habían actuado o reaccionado ante las indicaciones de los tutores; las descripciones en su mayoría fueron descritas mediante oraciones breves y con verbos que señalaban el acto realizado, pero sin dar más detalle sobre la intensidad o gravedad de la conducta dada.

En consecuencias, se nombraron las diferentes modalidades elegidas para corregir la conducta de los niños; entre dichas modalidades, destacó el uso del castigo negativo como medida para limitar la conducta del menor. Anexo a la descripción de las consecuencias dadas, se pudo observar que las madres escribieron en varias ocasiones la reacción de los niños ante la

reprimenda aplicada, de las reacciones registradas, sobresaltan aquellas que implicaron una respuesta agresiva pasiva, es decir, conductas que más allá del arrebató físico, conllevaron reacciones emocionales “exageradas” y que fueron expresadas mediante verbalizaciones o gestos que los infantes dirigieron a sus figuras de autoridad.

En el espacio de personas presentes, se registraron los nombres de todas las personas que estuvieron involucrados durante los episodios descritos, sin embargo, durante la descripción de la ejecución no se agregaron los detalles suficientes que permitieran comprender de qué manera y en qué momentos estuvieron involucrados en el episodio descrito.

Respecto al IPC, las tres madres reportan de forma previa y posterior a la intervención, un mayor uso de técnicas de tipo Apoyo-Afecto en niveles que van de medio a muy alto, lo cual podría deberse la preferencia que ellas tienen de utilizar medidas de cuidado que denoten protección y cariño hacia sus hijos. Particularmente, es posible observar que las puntuaciones del sujeto 2 son las únicas que tuvieron un cambio de mayor significancia, al haber subido de un nivel alto a uno muy alto en las primeras cuatro categorías del instrumento.

Respecto a la segunda dimensión, correspondiente a la Regulación de comportamiento, aunque las puntuaciones no tuvieron variación entre una y otra aplicación, según los puntajes obtenidos las tres madres perciben y refieren utilizar en un nivel alto las estrategias de Sensibilización, al tiempo que reportan utilizar prácticas de Inducción en un nivel muy bajo, lo cual podría indicar que para manejar el comportamiento de sus hijos utilizan acciones orientadas al castigo, la escasez del afecto o el aislamiento por sobre aquellas que implican el modelamiento de las conductas deseadas.

Los datos antes mencionados, se presentan en las figuras 7 y 8.

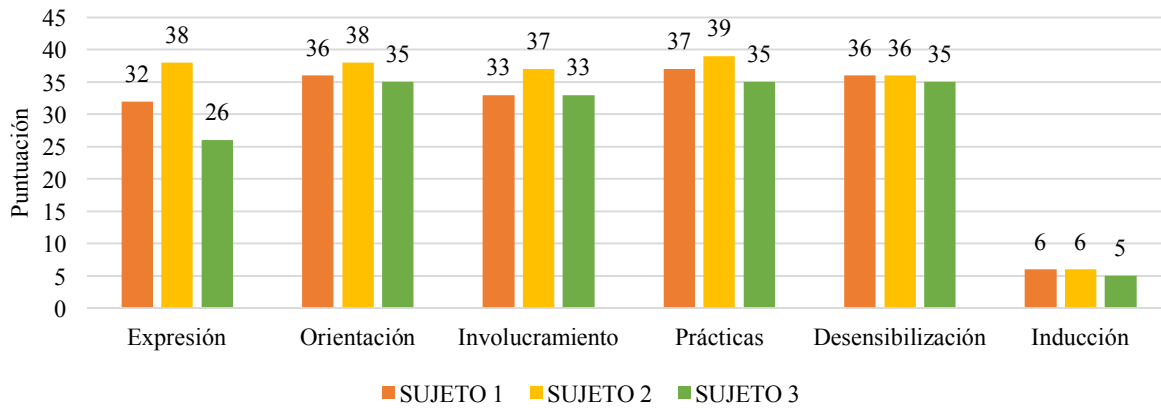


Figura 7. Comparación de puntajes obtenidos por las tres participantes en la aplicación previa del IPC.

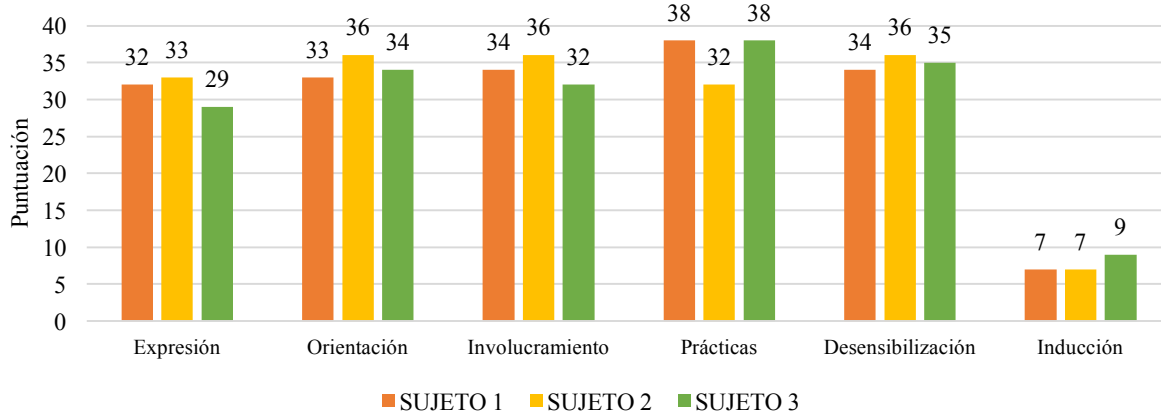


Figura 8. Comparación de puntajes obtenidos por las tres participantes en la aplicación posterior del IPC.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

La presente investigación, tuvo como finalidad explorar cuáles son las características a considerar en el diseño de un programa de intervención cuyo objetivo sea el entrenamiento de las habilidades para el control de la agresividad y las conductas tanto negativistas como desafiantes; así mismo, se realizó una exploración sobre la utilidad y los efectos que tiene el uso de otros recursos adicionales a al programa de intervención como lo son la lista de cotejo sobre síntomas del TND, el análisis funcional de la conducta y el IPC durante la intervención. Debido a ciertos criterios estadísticos que más adelante serán explicados, el objetivo del presente estudio fue abundar en la información que se generó a partir de los instrumentos aplicados al inicio, durante y durante el final de la intervención con los niños.

Respecto al diseño e implementación del programa se observó que la estructura de intervención propuesta por Serrano (2006), y las características de los materiales sugeridos por Alpuche (2013), fueron de gran utilidad tanto para los niños como para el terapeuta al momento de trabajar en el control de las conductas agresivas, negativistas y desafiantes de forma progresiva y organizada. A pesar de esta gran ventaja, en ciertas sesiones, esta misma estructura representó un obstáculo debido a que los niños no comprendieron del todo las temáticas, por lo que se requirió agregar algunas sesiones para lograr cubrir los contenidos, la práctica y asegurar la comprensión de los conceptos revisados.

Las siete partes de la intervención fueron aplicadas en el orden planeado y, cabe aclarar que las modificaciones requeridas en cuanto a fechas, espacios, actividades, materiales e incluso juegos siempre fueron tomadas en cuenta y aplicadas de la misma manera en los tres casos individuales.

Durante la intervención, la participación de las familias y visitantes permitió que los niños se adaptaran al proceso, por este motivo se podría deducir que tal y como Train (2013) subraya, durante la intervención se debe cuidar y fomentar la participación de los familiares, debido a que ellos son los principales facilitadores de las herramientas y recursos revisados en sesión.

Un dato muy interesante se generó en las últimas sesiones de intervención, ya que durante la ejecución de estas sesiones la información generada aumento notablemente; incluso fue notorio como varios de los padres comenzaron a preguntar con mayor frecuencia sobre los temas trabajados en las sesiones, para que ellos pudieran aplicar algunas de las técnicas o estrategias en su casa o en la escuela del menor.

En lo específico, se podría resaltar que el sujeto uno (A) se mostró más atento y participativo en las fases finales donde se realizaron mayores ensayos de conductas alternativas y donde los padres o visitantes entraban para practicar con el niño las herramientas o estrategias revisadas.

Del sujeto dos (E) sobresale el hecho de que en su juego fue muy notorio el cambio de conductas negativistas a conductas alternativas en las que se aplicaron de manera progresiva las habilidades sociales y las estrategias enfocadas en la solución de problemas que se habían revisado desde un inicio; en las últimas sesiones, se observó que E permitía a otros elegir el juego, no se enojaba cuando perdía e incluso dejaba que otros ganarán para que sea un juego “más justo”. Finalmente, conforme las sesiones fueron avanzando y los invitados se fueron integrando a la dinámica de juego, el sujeto tres (I) comenzó a expresar conductas negativistas (como por ejemplo negarse a estar en sesión y quererse salir apenas entraba su mamá) que durante las primeras sesiones no fueron observadas, luego de aparecer estas conductas en

repetidas sesiones, se le preguntó al niño si creía que algo había cambiado y este respondió que sí, que no se sentía a gusto compartiendo su espacio con su mamá y prefería “salir para tranquilizarse”.

En síntesis, el programa dio una secuencia apropiada al tratamiento y los temas que se trabajaron con el objetivo de lograr el control de las conductas, sin embargo, dado que cada niño tuvo su propio ritmo de trabajo y en algunos casos los avances se dieron más al principio que al final, valdría la pena considerar en futuras intervenciones la posibilidad de aplicar las fases en distinto orden o incluso resumir algunas etapas con el objetivo de priorizar las características y los elementos de cada caso. De igual manera, sería interesante observar que pasaría si esta intervención se aplicará sin el uso del cuento, o invitando a personas diferentes a los familiares y maestros del niño.

Resulta importante recordar que la finalidad del uso que se le dio a las listas de cotejo fue confirmar la presencia de las conductas relacionadas con el TND; por tal motivo y aunque en ciertos casos se pudo haber confirmado el diagnóstico, debido a la falta de mayores datos necesarios para confirmar el diagnóstico y, que ningún paidopsiquiatra supervisó ni validó la valoración; en resumen, los datos fueron usados para confirmar aquellas conductas negativistas y desafiantes que tanto los padres y como las figuras de autoridad observaban en la cotidianidad; describir aquellas causas, que tal y como menciona Serrano (2006), podrían deberse a estímulos ambientales o externos que al estar en contacto con los niños desencadenan la aparición de este tipo de conductas; y finalmente, reflejar a los padres que para lograr control de cualquier conducta se deben tomar en cuenta tanto los factores internos como los externos.

En los registros funcionales de la conducta, se obtuvo información relevante respecto a varios detonantes conductuales; sin embargo, tal y como menciona Palacio (2014), la manera en

que la conducta fue controlada no fue tan detallada, por lo que para saber qué estrategia es la apropiada para determinado episodio aún faltaría datos que permita el control deseado sin alterar al niño ni que los padres se desesperen.

De igual manera, sobresalta la información referente al contexto, ya que, si bien en ese espacio se describieron varios de los detalles que precedían a la conducta, fueron pocos los datos respecto a los detonantes que llevaron a los niños a reaccionar agresiva o negativamente ante ciertas figuras de autoridad. Tal pareciera, que como describió la Secretaría de salud (2006), en el contexto y la situación previa de la conducta se encuentran muchas “pistas o señales” que pueden alertar a los padres sobre el tipo de conducta que va proceder, sin embargo, pareciera que dichas pistas requieren todavía de cierta sensibilidad y observación para poder ser entendidas y atendidas previo a que el niño actúe de manera disruptiva.

En contraste con lo antes mencionado, en los datos registrados sí se lograron identificar algunos de los factores externos (como el clima o la enfermedad) que podrían detonar la conducta disruptiva pero que al mismo tiempo no podían ser controlados por el niño, sus padres u autoridades. Aunque en los objetivos del proceso no está descrito, es importante resaltar que, como una consecuencia del empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado desarrollado dentro de la intervención cognitivo-conductual (Friedberg y McClure, 2013), tanto los padres como los infantes lograron percibir nuevos factores detonantes que antes no eran contemplados y que ahora podrían manejarse e incluso prevenirse. Por ejemplo, en el caso del participante E, tanto el niño como los padres reconocieron como detonante los fuertes regaños dirigidos a E, la justificación dada fue que E debía ser el más “educado” de los tres hermanos y que por lo tanto la “firmeza” iba a funcionar mejor; cuando E se dio cuenta de este detonante, decidió evitar seguir a sus hermanos en sus travesuras, puesto que en muchas ocasiones ellos eran quienes lo

acusaban y, en algunos casos, prefirió hablar con sus papás en otro lugar donde pudiera calmarse, dialogar y acordar una solución para el problema suscitado.

Luego de haberse identificado los factores que aumentaban la frecuencia de las conductas no deseadas, algunos de los resultados registrados sirvieron como punto de partida para definir y practicar conductas alternativas que sean más adaptativas. Uno de los factores que abonó al desarrollo de nuevas conductas fue seguir la estructura marcada por Serrano (2006), la cual parece que es muy efectiva para que los participantes visualicen los elementos que perjudicaban al control y también aquellos elementos que podían ser cambiados para mejorar la efectividad de la medida empleada.

En cuanto al registro final, en el apartado de consecuencia se encontró que los padres explicaron la razón por la cual definían a cierto castigo como el adecuado para lograr el control de la conducta cometida y, de igual manera, anexaron la reacción del niño ante el castigo que aplicaron los padres. Lo anterior confirma lo mencionado por Train (2013) acerca del cuidado y seguimiento que el terapeuta debe hacer respecto al involucramiento de los padres durante el proceso de los niños, con el objetivo de que estos últimos lleven los conceptos revisados en las sesiones a la práctica cotidiana.

En un inicio, los resultados del IPC, indicaron que la mayoría de las opciones de crianza descritas en la teoría de Aguirre (2010) estaban siendo implementadas en casa; sin embargo, las Prácticas de Cuidado basadas en el reconocimiento de las necesidades primarias de los niños fueron las más frecuentes en gran parte de las mediciones realizadas, mientras que las Prácticas de Inducción fueron las de menor frecuencia tanto al inicio como al final de la intervención.

En los resultados registrados a través del IPC, se observaron pocos cambios en los puntajes generales, sin embargo, sobresalió que la categoría de Inducción fue práctica con una

frecuencia significativamente mayor a la observada en un inicio; el mismo caso fue observado en los puntajes de la categoría Expresión. En síntesis, los cambios observados al finalizar la intervención remarcan que las pautas de crianza con mayor presencia fueron la de inducción y expresión, lo cual podría indicar que al finalizar la intervención los padres explicaron con mayor apertura su sentir respecto a la acción del niño y de igual manera hablaron con el niño sobre la consecuencia que iba ser implementada para controlar la conducta del menor.

El uso del cuento, tal y como Ortner (2007) mencionó, permitió tanto a niños como adultos superar la barrera lingüística y mental. Inicialmente la lectura permitió que los niños se vayan familiarizando con el lenguaje que propone el modelo TCC y también se acostumbren a la dinámica de trabajo de cada sesión. Posteriormente cada niño comenzó a darle un estilo diferente a la dinámica de lectura sobre la historia, personalidad y estilo de respuesta frente a los problemas que tenía “Crayolax”; dos de los niños reconocieron con mayor facilidad las características del personaje e incluso lograron hablar de él sin necesidad de usar el cuento luego de que en las primeras sesiones la lectura se realizó sólo con el terapeuta y ejemplificando los elementos revisados en el cuento con los juguetes que habían en la sala; el tercer participante, si bien no pudo ubicar todos los datos del personaje, sí reconoció a la figura gráfica del personaje principal e incluso la podía diferenciar de los demás crayolas incluidas en el cuento, de igual manera (después de la lectura que se realizaba al iniciar la sesión tanto del capítulo anterior como del nuevo) el chico logró ubicar cuál era la problemática que pasaba, encadenar los elementos que se habían practicado y en algunas ocasiones propuso estrategias o planes para resolver sin peleas ni agresiones las problemáticas presentadas. En la recta final, el cuento permitió dar una estructura de síntesis a las cinco fases de la intervención, incluso los niños expresaron que en las últimas hojas la lectura era mucho más corta, las actividades eran más largas e involucraban más

habilidades o estrategias que ya habían sido revisadas. Finalmente, de los tres niños, sólo uno decidió dejar el cuento para que “otros niños” continuarán utilizándolo en la sala aprendiendo de “Crayolax”, mientras que los otros dos decidieron llevárselo como recuerdo de lo trabajado.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se encuentran que la muestra no fue probabilística, por lo que en futuras investigaciones se sugiere realizar un muestro probabilístico, ya que como menciona Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2010), este tipo de muestreo permitiría calcular con precisión el error estándar o nivel de confianza en la medición de las variables, generalizar los resultados de la intervención en cierta población, e incluso asegurar que toda la población presentará la misma probabilidad de ser elegida durante la fase diagnóstica.

Otra limitante a considerar, es que el diseño preprueba/posprueba con un solo grupo, no resulta adecuado para establecer causalidad, ya que, como Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2010) mencionan, no hay manipulación ni grupo de comparación respecto al proceso que llevaron los participantes en la intervención.

En lo que respecta al proceso de intervención, es importante señalar que las necesidades de cada niño requirieron diferentes recursos personales del terapeuta, por lo que en futuras intervenciones se sugiere que el terapeuta lleve un registro de las técnicas, adaptaciones y estrategias necesarias para el niño y la familia a lo largo de la intervención. Como ejemplo, se podría registrar, mediante una bitácora de sesión, el uso de herramientas como el A-B-C de Ellis o diseñar y registrar sesiones con role-playing en el cual se consideren temáticas, diálogos, escenarios e invitados específicos para ensayar lo visto en sesión.

Terapéuticamente, el cuento y las actividades integradas sirvieron como facilitador de las actividades cognitivas, sobre el tema de la conducta agresiva, negativa y desafiante, que era

necesario revisar; sin embargo, algo que podría mejorarse al cuento sería que las situaciones planteadas en el cuento engloben y mencionen más emociones, experiencias y eventos que lleven a los niños a incluir descripciones apegadas a lo que ellos sientan y viven fuera de la sesión. De igual manera, la estructura del cuento podría adaptarse a otros escenarios más específicos con el objetivo de involucrar situaciones apegadas a los niños o personas con las que se desee trabajar.

Finalmente, es importante aclarar que el modelo cognitivo-conductual fue elegido por toda la evidencia encontrada referente a la efectividad de este modelo aplicado a problemas de conducta, y más específicamente a las conductas agresivas, negativistas y desafiantes; sin embargo, otro criterio a considerar para elegir el marco de trabajo fue que el estilo del terapeuta se acercaba bastante a las estrategias y herramientas propuestas por el modelo. En conclusión, en futuras intervenciones sería interesante combinar el modelo C-C con terapeutas cuyo estilo sea muy distinto al propuesto en el presente trabajo, e incluso podría ser factible aplicar el mismo programa de intervención, pero modificando las herramientas y estrategias por otro tipo de medidas como las que se proponen desde el enfoque fenomenológico o posmoderno.

Referencias

- Aguirre, F., A. (2010). *Prácticas de crianza y su relación con rasgos resilientes de niños y niñas* [versión electrónica]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Albaladejo, N. (2011). *Evaluación de la violencia escolar en educación infantil y primaria*. Universidad de Alicante, España.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM- 5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amescua, G. (1996). *La magia de los niños. Psicoterapia Gestalt infantil*. Cuba: Editorial Academia.
- Andrade, R., y Londoño, B. (2014). *Psicodinámico de la agresividad infantil*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, septiembre-diciembre, 131-146.
- Alpuche, M. J. (2013). *Programa de intervención cognitivo conductual para el control de la ira en niños con diagnóstico de TDAH*. (Maestría). Universidad Autónoma de Yucatán, México
- Caro, G. I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Daywalt, D., y Jeffers, O. (2016). *El día que los crayones renunciaron*. México: Editorial del Fondo de la Cultura Económica.
- Fajardo-Vargas, V., y Hernández-Guzmán, Laura. (2008). *Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil*. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34(2), 371-389. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200014&lng=es&tlng=es
- Friedberg, R. D., y McClure, J. M. (2013). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.

- Forbes (4 de junio de 2013). "México: 6 de cada 10 niños sufren de maltrato infantil", [en línea]. México. Recuperado de <http://www.forbes.com.mx/violencia-infantil-la-otra-cara-de-mexico/#gs.mYpgSeE>
- Gallego Henao, A. M. (2011). *La agresividad infantil: una propuesta de intervención y prevención pedagógica desde la escuela*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, mayo-agosto, 1-20.
- Garaigordobil, L. M. (2001). *Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales*. Psicología Conductual, (2), 225-227. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/Pconductual.PDF
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). México: McGraw-Hill.
- Huebner, D. y Mathews, B. (2011). *Qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa: Un libro para ayudar a los niños a superar sus problemas con la ira*. Madrid: Tea.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censos de población y vivienda, 1950-1970, 1990, 2000 y 2010*. México. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
- Jurado de los Santos, P., & Justiniano Domínguez, M. (2016). Propuestas de intervención ante las conductas disruptivas en la educación secundaria obligatoria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27 (3), 8-25.
- Kernberg, O. F., y Piatigorsky, J. (2007). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

- Morales, C. S., y Vázquez, P. F. (2011). *Evaluación de Conocimientos sobre Habilidades de Manejo Conductual Infantil en Profesionales de la Salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morrison, J., Enríquez, C. G., y Mendoza, V. J. J. (2015). *DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico*. México D.F: El Manual Moderno.
- Ortner, G. (2007). *Cuentos que ayudan a los niños*. Málaga: Sirio.
- Palacio, O. J. (2014). *ASPECTOS CLAVES. Psiquiatría Infantil* (1st ed., pp. 57-70). Medellín: CIB Fondo Editorial. Recuperado de <https://es.scribd.com/read/286515104/Aspectos-claves-Psiquiatria-infantil>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Duskin, F. R., Olivares, B. S. M., y Padilla, S. G. E. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Pedreira, J. y Tomas, J. (2001). *Condiciones psicomáticas y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, sida*. (1ra. ed., pp. 302,313). Barcelona: Laertes.
- Ramírez, M., A. (2005). *Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza*. *Estudios Pedagógicos XXXI* (No. 2, pp. 167-170). España: Universidad de Granada. Recuperado de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/estped/v31n2/art11.pdf>
- Renfrew, J. W. (2006). *Agresión: naturaleza y control*. Madrid: Síntesis.
- Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C. y Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno oposicionista desafiante. *Revista de Neurología*, 42(2).
- Roche, C., M. (2004). *Trastorno Negativista desafiante en un niño como respuesta al proceso de divorcio de los padres y la consiguiente ruptura del vínculo paterno*. (Maestría). Universidad Autónoma de Yucatán, México.

- Schaefer, C. E., Ortiz, S. M. E., Becerril, P. M. S., y Sánchez, G. B. A. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Secretaria de Salud (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SSA; 2006, p.5. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/Fact_Sheet_Mexico_web.pdf
- Segundo, R. C., Morales, N. N., Benítez, O. F., y Sorroche, R. C. (2002). *Intervención educativa para la disminución de la agresividad en la conducta infantil*. (Spanish). *Revista Cubana De Pediatría*, 74(3), 189.
- Serrano, P. I. (2006). *El niño agresivo*. Madrid: Pirámide.
- Stallard, P. (2010). *Pensar bien, sentirse bien: Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sotelo, M. T., Castro, C. y Muciño L. (2014). *¿Por qué intervenir en la infancia? Impacto presupuestal en México de los costos derivados del maltrato y el abuso infantil*. Recuperado de <http://fundacionenpantalla.org/attachments/invertir-infancia.pdf>
- Suárez, D. y Zapata, M. B. (2013). *Factores psicosociales que influyen en las conductas agresivas de niños y niñas en edad de tres años del colegio Comfama de barrio Manrique 2013*. Recuperado de <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2311/1/43667679%20-%2043300255.pdf>.
- Train. A. (2003). *Niños agresivos. ¿Qué hacer?* Madrid; Narcea.
- Vásquez MJ, Fera M, Palacios L., y De la Peña (2010). *Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante*. Ed. Shoshana Berenson, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de <http://www.inprf->

cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_negativista.pdf

Velázquez, H. A., Cabrera, F. P., Chainé, S. M., Caso-López, A. C., y Torres, N. B. (2002).

Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. Salud Mental, 25(3), 27.

Woolfolk, A. E. (2010). *Psicología educativa*. Edo. De México: Pearson Educación de México.

Apéndice A. Formato entregado para el registro del análisis funcional de la conducta**REGISTRO CONDUCTUAL**

Nombre del quien registra: _____

Instrucciones: En el siguiente formato usted encontrará cinco columnas, en la primera deberá registrar la fecha y hora en que ocurren los problemas de conducta en la segunda llamada contexto, deberá anotar qué es lo que ocurrió antes de la conducta que usted percibió como agresiva y negativista; en la siguiente columna llamada conducta, anotará paso a paso la acción que su hijo o hija realizó; la siguiente columna de consecuencias, deberá contener toda la información de lo ocurrido después de la conducta; finalmente, en la columna denominada personas presentes, añadirá el nombre de las personas que se encontraban presentes durante la aparición de la conducta.

Hora y fecha	Contexto	Conducta	Consecuencias	Personas presentes

Apéndice B. Lista de cotejo de los criterios diagnósticos para el TND

Nombre de quien responde:	Folio:	
	Presente	No presente
Criterio diagnóstico		
1. El niño o niña a menudo se encoleriza e incurre en pataletas.		
2. El niño o niña a menudo discute con los adultos.		
3. El niño o niña a menudo desafía activamente a los adultos o se rehúsa a cumplir con sus demandas.		
4. El niño o niña a menudo molesta deliberadamente a otras personas.		
5. El niño o niña a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.		
6. El niño o niña a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.		
7. El niño o niña a menudo es colérico y resentido.		
8. El niño o niña a menudo es rencoroso o vengativo.		
9. Las conductas antes mencionas se han presentado por seis o más meses, al menos una vez a la semana.		
10. Las conductas antes mencionadas se presentaron cerca de los 3 o 4 años.		
11. Las conductas antes mencionadas se han presentado ante figuras de autoridad distintas a los hermanos.		
12. El niño o niña presentan las conductas antes mencionadas en su escuela, hogar y otros ambientes sociales en los que se desenvuelve.		
13. El niño o niña han sido canalizados a algún servicio de salud, debido a la ingesta de sustancias tóxicas.		
14. El niño o niña han sido canalizados a algún servicio de salud, debido a la sospecha de padecer algún trastorno psicótico o del estado de ánimo.		
15. El niño o niña han sido canalizados a algún servicio de salud, debido a la sospecha de padecer algún trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.		
16. El niño o niña han sido canalizados a algún servicio de salud, debido a algún problema en el crecimiento y desarrollo ordinario de la niñez.		

Apéndice C. Fragmento del Inventario de Prácticas de Crianza/Dimensiones: apoyo-afecto o practica responsiva y regulación de comportamiento (versión para padres) de Aguirre (2010)

	A MI HIJO O HIJA YO	NUNCA	ALGUNAS	VECES	SIEMPRE
97	Dejo que mi hijo(a) hable por sí mismo cuando un adulto le pregunta algo				
98	Busco no comparar mis hijos con los demás niños				
99	Escucho a mi hijo o hija cuando tiene algo importante que decirme o preguntarme				
100	Busco valorar sus sentimientos y buscar soluciones cuando lo necesita				
101	Uso el castigo físico para corregir o controlar al niño (a)				
102	Consigo que mi hijo (a) se porte bien pegándole				
103	Como castigo, lo/la he puesto a realizar oficios domésticos				
104	Uso el castigo físico para lograr que me haga caso				
105	Cuando debo castigarlo (a) le pego con el cinturón				
106	Cuando lo castigo lo hago con una correa				
107	Me he valido de cachetadas para castigar a mi hijo/a				
108	Baño a mi hijo o hija con agua fría para que obedezca				
109	Me he valido de palos, cables u otros elementos para castigar a mi hijo/a				
110	Amarro o encierro a mi hijo o hija hasta que me haga caso				
111	Alguna vez ha utilizado palabras como: bobo, estúpido, bueno para nada				
112	Utilizo frases tales como: "Yo me he sacrificado mucho por ti y mire como me paga"				
113	Utilizo palabras fuertes y agresivas para corregirlos				
114	Le castigo quitándole algo que le gusta				
115	He dejado de hablarle o prestarle atención a mi hijo/a por alguna falta cometida				
116	Envío a mi hijo/a a dormir sin comer como castigo por alguna falta				
117	En las comidas le he quitado alimentos que le gusten a mi hijo/a como castigo				
118	Le ignoró cuando se porta mal				
119	He prohibido a mi hijo/a a jugar con ciertos juguetes como castigo por sus faltas				
120	He prohibido a mi hijo/a salir con otros niños/as como castigo por sus faltas				

POR FAVOR NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA DE LAS PREGUNTAS,

SI TIENE ALGO QUE AGREGAR HÁGALO EN ESTE ESPACIO.

GRACIAS POR SUS RESPUESTAS.

Apéndice D. Fragmentos del cuento “Y ahora, ¿Qué rayones hice yo?”



Y AHORA, ¿QUÉ RAYONES HICE YO?

HOLA, A LO MEJOR TE ESTARÁS PREGUNTANDO, PORQUÉ ME ESTÁN LEYENDO ESTE CUENTO; PUES BIEN, DEJAME EXPLICARTE RÁPIDAMENTE LA HISTORIA DE CRAYOLAX, UN NIÑO QUE ESTÁ EN LA BÚSQUEDA DE UN AMIGO QUE LO PUEDA AYUDAR.



Y AHORA, ¿QUÉ RAYONES HICE YO?

— AVENTURA UNO —

IMAGÍNA, QUE UN DÍA NORMAL CRAYOLAX ESTÁ
RECOSTADO EN SU CUARTO, CUANDO DE REPENTE ENTRE
ALGUIEN Y LO COMIENZA A REGAÑAR.



PUEDES IMAGINARTE COMO SERÍA
TAL CRAYOLA REGAÑONA...



*Escribe el nombre:

Y SÍ EN TU FAMILIA HUBIERA ALGUIEN ASÍ
¿QUIÉN SERÍA?

Y AHORA, ¿QUÉ RAYONES HICE YO?



INCLUSO, ESE DÍA ALGUNAS CRAYOLAS PUDIERON SENTIRSE ENFERMAS, Y POR TAL MOTIVO APURARON A CRAYOLAX PARA TERMINAR RÁPIDO Y REGRESAR A LA CASA A DESCANSAR.

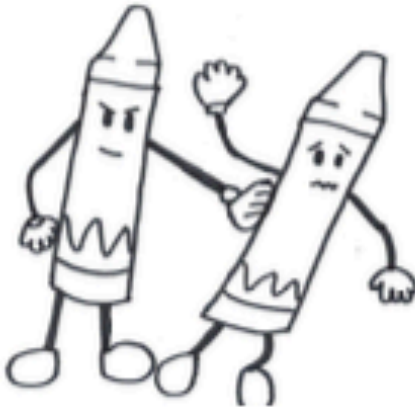


Y AHORA, ¿QUÉ RAYONES HICE YO?

— AVENTURA TRES —

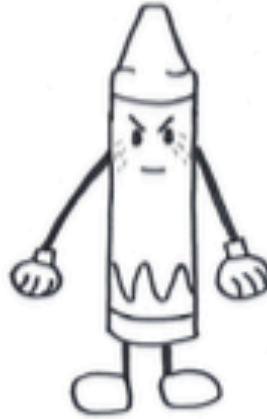
HASTA EL MOMENTO A CRAYOLAX, HA ENTENDIDO CASI TODO, SIN EMBARGO, QUEDA TODAVÍA UNA SITUACIÓN QUE AÚN NO SABE COMO MANEJAR, Y ES JUGAR CON LOS DEMÁS. POR EJEMPLO:

ALGUNAS VECES CUANDO CRAYOLAX ESTÁ CON SU AMIGO CRAYLYN NO LE GUSTA ESPERAR SU TURNO...



¿POR QUÉ CREES QUE NO LE GUSTA ESPERAR?

Y TAMBIÉN SE LE DIFICULTA ACEPTAR SUS DERROTAS, AÚN CUANDO ESTÁ CON SUS AMIGOS.



¿QUÉ CREES QUE LE PASA CUANDO PIERDE LA JUGADA?

DEBIDO A QUE CRAYOLAX NO SABE COMO CAMBIAR, CONTINUA ENOJANDOSE Y SIENDO AGRESIVO CON LOS DEMÁS.

Apéndice E. Cartas descriptivas de las sesiones implementadas

# Sesión	Puntos trabajados en sesión:	Materiales necesarios:	Participantes:
1 Diagnóstico	1. Llenado de la historia clínica, firma del consentimiento informado y lectura de los derechos del usuario. 2. Llenado de la lista de cotejo para las conductas negativistas y desafiantes. 3. Llenado del primer apartado del registro funcional para medir la intensidad y utilidad de la agresividad. 4. Entrega de las listas de cotejo para otras dos figuras de autoridad.	1. Formato de historia clínica, formato de compromiso y formato de permiso para grabación y registro de sesiones. 2. Listas de cotejo para el diagnóstico del TND (versión para padres, escolar y social). 3. Formato de análisis conductual.	Padres.
2 Diagnóstico	1. Revisión de las tres listas de cotejo entregadas a los padres y distribuidas entre dos figuras de autoridad cercanas al niño participante. 2. Confirmación de las conductas negativistas y desafiantes. 3. Aplicación del IPC. 4. Psicoeducación con respecto al modelo cognitivo-conductual, la estructura a-b-c, y al tema “solución de problemas”.	1. Listas de cotejo para el diagnóstico del TND (versión para padres, escolar y social). 2. Formato de análisis conductual. 3. Diapositivas de intervención para la explicación (Psicoeducación).	Padres.
3 Presentación	1. Realización de una actividad o juego libre con el niño para establecer el rapport inicial. 2. Presentación oral del motivo de consulta dado por los padres. 3. Entrega y llenado de las páginas correspondientes a la personalización del cuento “Y ahora, ¿Qué rayones hice yo?” 4. Lectura de las páginas correspondientes a la Asentimiento informado antes de avanzar con el manual. 5. Revisión y explicación de las páginas correspondientes al crayo-metro para la medición de avances.	1. Juguetes. 2. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 3. Crayolas y lápiz.	Niño.

Tabla continua en la siguiente página.

# Sesión	Puntos trabajados en sesión:	Materiales necesarios:	Participantes:
4 Inoculación a las ideas irracionales	1. Identificación y registro de las ideas irracionales relacionadas con la agresividad, mediante el llenado del cuarto apartado del cuento. 2. Evaluación de los pensamientos irracionales a través del modelo ABC. 3. Identificación de la segunda figura de autoridad, a través de la lectura de la carta. 4. Identificación y descripción de cuatro conductas agresivas presentadas en presencia de una figura de autoridad. 5. Descripción y registro de las estrategias de afrontamiento para la situación que haya descrita. 6. Establecer una cita con la persona identificada. 8. Entrega del registro conductual para la segunda figura de autoridad.	1. Cuento: “Mis crayones están molestos”. 2. Crayones, lápiz, plumas y plumones. 3. Registro conductual para la figura de autoridad.	Niño.
5 Control de antecedentes Psicoeducación	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño a través de preguntas abiertas. 2. Llenado de las páginas correspondientes al registro de las figuras de autoridad reconocidas por el niño. 3. Llenado de las páginas correspondientes a la descripción de las situaciones, ambientes, las reacciones fisiológicas y conductuales que anteceden a los episodios de agresividad. 4. Ensamble y personalización del primer traje “crayola” para el niño.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 2. Lápices, crayones, plumones y colores. 3. Piezas de cartón blanco para el armado del primer traje. 4. Pegamento, tijeras y cinta adhesiva.	Niño.
6 Control de antecedentes Psicoeducación	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño a través de preguntas abiertas. 2. Lectura y llenado de las páginas correspondientes a la ejemplificación del modelo A-B-C (psicoeducación en el modelo y explicación de las partes del A-B-C para el niño). 3. Lectura y llenado de las páginas correspondientes a la explicación de la relación entre B-C (explicación de la relación B-C con ejemplos cotidianos). 4. Lectura y llenado de las páginas correspondientes a las estrategias de afrontamiento para el manejo de los antecedentes. 5. Elaboración y entrega de la primera carta para la figura de autoridad invitada.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 2. Hojas en blanco. 3. Lápices, crayolas y colores. 4. Sobres.	Niño.

Tabla continua en la siguiente página.

# Sesión	Puntos trabajados en sesión:	Materiales necesarios:	Participantes:
7	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño a través de preguntas abiertas. 2. Repaso de las páginas correspondientes a las estrategias de afrontamiento para el control de antecedentes. 3. Lectura de las páginas correspondientes a la explicación del ensayo conductual que se realizará con la figura de autoridad invitada. 4. Ensamble del traje para la primera figura de autoridad (opcional). 5. Explicación del ensayo conductual para la figura de autoridad. 6. Ejecución del ensayo conductual. 7. Retroalimentación oral de las estrategias aplicadas durante el ensayo conductual. 8. Llenado del apartado “Crayo-metro”, en el cual se registra el avance alcanzado por el menor.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 2. Lápices, crayones, plumones y colores. 3. Piezas de cartón blanco para el armado de traje. 4. Pegamento, tijeras y cinta adhesiva. 5. Juguetes variados para simular las estrategias. 6. Traje del niño.	Niño. Invitado.
8	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño a través de preguntas abiertas. 2. Repaso de las páginas correspondientes a la explicación de la relación entre la B-C. 3. Lectura, explicación y ejemplificación de las páginas correspondientes al tema del reforzamiento positivo como consecuencia de las conductas disruptivas (B-C). 4. Lectura, explicación y ejemplificación de las páginas correspondientes al tema del reforzamiento negativo como consecuencia de las conductas disruptivas (B-C). 5. Llenado de las páginas correspondientes al establecimiento de las estrategias para el control de las consecuencias positivas y negativas. 6. Elaboración y entrega de la segunda carta para el invitado. 7. Entrega y explicación de la tabla de contingencias para la casa (registro para continuar el control de las consecuencias negativas y positivas en casa).	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 2. Lápices, crayones, plumones y colores. 3. Hojas en blanco. 4. Formato del control de contingencias para casa.	Niño. Padres.

Tabla continua en la siguiente página.

# Sesión	Puntos trabajados en sesión:	Materiales necesarios:	Participantes:
9	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño.
Análisis y control de consecuencias	2. Repaso de las páginas correspondientes a las estrategias de afrontamiento para el control de consecuencias.	2. Lápices, crayones, plumones y colores.	Invitado.
Ensayo	3. Lectura de las páginas correspondientes a la explicación del ensayo conductual que se realizará con la figura de autoridad invitada.	3. Piezas de cartón blanco para el armado del traje.	
Fin del segundo apartado	4. Ensamble del traje para la primera figura de autoridad (opcional).	4. Pegamento, tijeras y cinta adhesiva.	
	5. Explicación del ensayo conductual para la figura de autoridad.	5. Juguetes variados para simular las estrategias.	
	6. Ejecución del ensayo conductual.	6. Traje del niño.	
	7. Retroalimentación oral de las estrategias aplicadas durante el ensayo conductual.		
	8. Llenado del apartado “Crayo-metro”, en el cual se registra el avance alcanzado por el menor.		
10	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño.
Entrenamiento en habilidades sociales	2. Repaso de las páginas correspondientes al control de los factores sociales.	2. Lápices, crayones, plumones y colores.	Padres.
Psicoeducación	3. Lectura y ejemplificación oral de las páginas correspondientes a la explicación de las habilidades sociales.	3. Hojas en blanco.	
	4. Llenado de las páginas correspondientes a la selección de las habilidades sociales que resulten más efectivas para el niño.	4. Formato de la tabla comparativa de las habilidades sociales para casa.	
	5. Elaboración y entrega de la tercera carta de invitación		
	5. Entrega de la tabla comparativa de habilidades anti-sociales y pro-sociales para la casa o el colegio.		
11	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño.
Entrenamiento en habilidades sociales	2. Repaso de las páginas correspondientes a la explicación de las habilidades sociales.	2. Lápices, crayones, plumones y colores.	Invitado.
Ensayo	3. Lectura y explicación del ensayo conductual que se realizará con la figura de autoridad invitada.	3. Piezas de cartón blanco para el armado del traje.	
Fin del tercer apartado	4. Ensamble del traje para la primera figura de autoridad (opcional).	4. Pegamento, tijeras y cinta adhesiva.	
	5. Explicación del ensayo conductual para la figura de autoridad.	5. Juguetes variados para simular las estrategias.	
	6. Ejecución del ensayo conductual.	6. Traje del niño.	
	7. Retroalimentación oral respecto a las habilidades sociales aplicadas.		
	8. Llenado del apartado “Crayo-metro”, en el cual se registra el avance alcanzado		

Tabla continua en la siguiente página.

# Sesión	Puntos trabajados en sesión:	Materiales necesarios:	Participantes:
12	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño.
Prevención de recaídas (Resolución de problemas)	2. Lectura y explicación oral de las páginas correspondientes a los pasos para resolver un problema.	2. Lápices, crayones, plumones y colores.	Padres.
Psicoeducación	3. Práctica, mediante el juego libre, de los pasos para la resolución de problemas. 4. Llenado de las páginas correspondientes a al establecimiento de las estrategias para la resolución de problemas. 5. Entrega del formato con los pasos para la resolución de problemas en casa, con su escala de frecuencia de uso.	4. Formato para el registro de la resolución de problemas para casa.	
13	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño.
Prevención de recaídas (Autorregulación)	2. Lectura y explicación de las páginas correspondientes a los ejemplos de autorregulación.	2. Lápices, crayones, plumones y colores.	
Psicoeducación	3. Práctica libre de los ejemplos de autorregulación con el niño y el terapeuta. 4. Llenado de las páginas correspondientes al establecimiento de las estrategias preferidas por el niño para practicar la autorregulación. 5. Elaboración de la carta para un invitado. 6. Entrega del formato para el registro de las técnicas de autorregulación practicadas.	3. Formato para el registro de las técnicas de autorregulación practicadas. 4. Formato de carta para un invitado especial.	
14	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas.	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño.
Prevención de recaídas (Estrategia de libre elección)	2. Repaso de las páginas correspondientes a las estrategias de prevención de recaídas (tanto las de resolución de problemas como las de autorregulación).	2. Lápices, crayones, plumones y colores.	Invitado.
Ensayo	3. Lectura y explicación del ensayo conductual que se realizará con la figura de autoridad invitada.	3. Piezas de cartón blanco para el armado del traje.	
Fin del cuarto apartado	4. Ensamble del traje para la primera figura de autoridad (opcional). 5. Explicación del ensayo conductual para la figura de autoridad. 6. Ejecución del ensayo conductual. 7. Retroalimentación oral respecto a las habilidades sociales aplicadas. 8. Llenado del apartado “Crayo-metro”, en el cual se registra el avance alcanzado por el menor. 9. Solicitar a los padres todos los registros acumulados hasta el momento. 10. Avisar al niño del cierre próximo del proceso.	4. Pegamento, tijeras y cinta adhesiva. 5. Juguetes variados para simular las estrategias. 6. Traje del niño.	

Tabla continua en la siguiente página.

# Sesión	Puntos trabajados en sesión:	Materiales necesarios:	Participantes:
15 Prevención de recaídas para padres Psicoeducación	1. Revisión de las páginas del cuento avanzadas y los registros acumulados hasta el momento. 3. Descripción verbal y ejemplificación de las funciones que tienen las conductas agresivas pasivas y activas del niño. 4. Descripción y ejemplificación de la técnica extinción. 5. Elaboración y ejemplificación de un reglamento y horario para la casa. 6. Entrega del último formato para el análisis funcional de la conducta del niño (se marca para observar y registrar en la casa y devolver en la siguiente sesión).	1. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 2. Lápices, crayones, plumones y colores. 3. Formato para el análisis de las conductas activas y pasivas. 4. Formato para la explicación de la técnica de extinción. 5. Hojas en blanco. 5. Formato de reglamento y horario para casa.	Padres
16 Cierre del proceso	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas. 2. Re aplicación de la lista de cotejo, respecto a la conducta del niño, pero llenado por los padres. 3. Re aplicación del IPC, respecto a las prácticas de crianza de los padres implementadas en el hijo. 4. Elaboración y revisión del último registro conductual de los padres. 5. Introducir el tema del cierre con los padres mediante la lectura del motivo de consulta y los cambios observados a lo largo del proceso. 6. Entrega del diploma para el niño y la carta de felicitación a los papás de los participantes. 5. Lectura del último apartado del manual, junto con la retroalimentación final general.	1. Formato del registro funcional de la conducta. 2. Lápices, crayones, plumones y colores. 3. Formato de cotejo y el formato del IPC. 4. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo? 5. Diploma. 6. Carta para los papás.	Padres. Niño.
17 Seguimiento	1. Bienvenida y revisión del estado emocional del niño mediante preguntas abiertas. 2. Revisión de las tablas y/o documentos descriptivos que los padres guarden sobre sus estrategias empleadas en el último mes. 3. Repaso de las habilidades y estrategias utilizadas durante la intervención, pero que también siguen siendo aplicadas hasta el momento. 4. Juego libre con el niño.	1. Documentos guardados o han utilizados por la familia. 2. Cuento: Y ahora ¿Qué rayones hice yo?	Niño. Padres.