



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL
BASADA EN PSICOLOGÍA POSITIVA PARA NIÑOS CON
PROBLEMAS EXTERNALIZADOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

VERÓNICA XANAT CORTE SÁNCHEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: **DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIERREZ**

REVISOR: **DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**

SINODALES: **DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
MTRA. NELLY FLORES PINEDA**



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F

AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES, POR EL AMOR Y APOYO QUE
ME BRINDAN EN TODO MOMENTO, POR COMPARTIR CONMIGO
CADA OBSTÁCULO Y CADA TRIUNFO, POR IMPULSARME
A ALCANZAR MIS METAS Y ENSEÑARME A CONSTRUIR SUEÑOS.

A MIS ABUELOS, POR LA ENSEÑANZA DE
VIDA QUE ME BRINDAN, POR SER UN EJEMPLO
A SEGUIR, POR LOS MOMENTOS EN QUE NO
LES DIJE CUANTO LOS QUIERO Y APRECIO.

A MIS HERMANAS, POR TODOS LOS AÑOS
Y VIVENCIAS COMPARTIDAS.

A MÍ, POR LOS MOMENTOS VÍVIDOS,
POR LOS LOGROS OBTENIDOS,
POR EL CAMINO QUE CONTINUA.

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A LA UNAM POR FORJARME COMO PROFESIONISTA Y ABRIRME LAS PUERTAS.

AGRADEZCO CON MUCHO AMOR A TODAS LAS PERSONAS QUE ME APOYARON EN ESTA ETAPA DE MI VIDA, YA QUE DEJARON UNA GRAN HUELLA.

A LOS PROFESORES QUE TUVE A LO LARGO DE MI FORMACIÓN Y QUE SIN DUDA ME INSPIRARON PARA SER LO QUE SOY; ESPECIALMENTE A LA DRA. ANDROMEDA VALENCIA ORTIZ, POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME OTORGO, POR SU DEDICACIÓN, SU ENSEÑANZA Y SU TIEMPO.

A TODOS MIS AMIGOS YA QUE SE CONVIRTIERON EN MI SEGUNDA FAMILIA; PAU, ADRI Y KAREN. EN ESPECIAL A JESSI POR SER MI COMPAÑERA EN ESTE CAMINO, POR MOTIVARME Y PRESIONARME PARA SACAR ADELANTE ESTE PROYECTO.

A MI COMPAÑERO DE VIDA POR COMPARTIR SU TIEMPO, ESPACIO, PACIENCIA, CONFIANZA Y AMOR.

A MI FAMILIA POR DARME TODO LO QUE TENGO Y POR HACERME SENTIR ORGULLOSA DE PERTENECER A LA FAMILIA CORTE SÁNCHEZ.

A TODOS, GRACIAS.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Índice de Tablas y Figuras | 5 |
| Índice de Gráficas | 6 |
| Resumen | 7 |
| Introducción | 8 |
| CAPÍTULO 1 Principales Problemas en la Infancia | 10 |
| 1.1 Problemas Internalizados | 11 |
| 1.1.1 Depresión | 12 |
| 1.1.2 Ansiedad | 14 |
| 1.1.3 Estrés | 15 |
| 1.1.4 Autoestima | 16 |
| 1.2 Problemas Externalizados | 19 |
| 1.2.1 Acoso escolar | 20 |
| 1.2.2 Problemas de Conducta | 22 |
| CAPÍTULO 2 Psicología Clínica | 25 |
| 2.1 Psicología Clínica Infantil | 27 |
| 2.2 Terapia Cognitiva Conductual | 28 |
| 2.2.1 Terapia Cognitiva | 30 |
| 2.2.2 Terapia Conductual | 34 |
| 2.3 Terapia Cognitiva Conductual Infantil | 39 |
| 2.4 Intervención Grupal Infantil | 43 |
| 2.5 Formulación de Caso | 49 |
| CAPÍTULO 3 Psicología Positiva | 54 |
| 3.1 Estilos Explicativos | 58 |
| 3.2 Fortalezas y Virtudes | 61 |
| 3.3 Resiliencia | 66 |
| 3.4 Regulación Emocional | 70 |
| 3.5 Programa Terapéutico | 72 |

| | |
|---|------------|
| 3.6 Módulos de Intervención | 73 |
| 3.6.1 Módulo de Salud | 74 |
| 3.6.2 Módulo 1 | 75 |
| 3.6.3 Módulo 2 | 77 |
| 3.6.4 Módulo 3 | 78 |
| 3.6.5 Módulo 4 | 79 |
| 3.6.6 Módulo 5 | 81 |
| | |
| CAPÍTULO 4 Método | 85 |
| 4.1 Planteamiento del Problema | 85 |
| 4.2 Objetivo General | 86 |
| 4.3 Objetivos Específicos | 87 |
| 4.4 Hipótesis | 87 |
| 4.5 Variable Independiente | 87 |
| 4.6 Variables Dependientes | 88 |
| 4.7 Participantes | 88 |
| 4.8 Criterios de Inclusión | 88 |
| 4.9 Criterios de Exclusión | 89 |
| 4.10 Instrumentos | 89 |
| 4.11 Procedimiento | 91 |
| 4.12 Análisis Estadístico | 97 |
| | |
| CAPÍTULO 5 Resultados | 98 |
| 5.1 Análisis Cuantitativo | 98 |
| 5.2 Análisis Cualitativo | 103 |
| 5.3 Principales Hallazgos en la sesión de seguimiento | 110 |
| | |
| CAPÍTULO 6 Discusión | 111 |
| CAPÍTULO 7 Conclusión | 122 |
| REFERENCIAS | 126 |
| ANEXOS | 138 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---------|-----|
| Tabla 1 | 54 |
| Tabla 2 | 94 |
| Tabla 3 | 98 |
| Tabla 4 | 99 |
| Tabla 5 | 100 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|----------|-----|
| Figura 1 | 69 |
| Figura 2 | 76 |
| Figura 3 | 76 |
| Figura 4 | 105 |
| Figura 5 | 107 |
| Figura 6 | 109 |

ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|-----------|-----|
| Gráfica 1 | 98 |
| Gráfica 2 | 99 |
| Gráfica 3 | 100 |
| Gráfica 4 | 101 |
| Gráfica 5 | 102 |

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue aplicar una intervención basada en Psicología Positiva para reducir problemas conductuales (externalizados) en niños, disminuyendo los síntomas internos asociados a éstos (ansiedad, estrés, depresión) a través del aprendizaje de habilidades y competencias, que aunado a esta disminución también les permitiera mejorar su calidad de vida y mejorar su regulación emocional. Para alcanzar este propósito se aplicó una intervención cognitivo-conductual de 12 sesiones con un diseño Pre-Test y Post-Test del Inventario de Depresión Infantil (CDI; Davanzo, Kerwin, Nikore, Esparza, Fomess & Murrelle, 2004), el Cuestionario de Estilos Atribucionales para niños (CASQ; Valencia & Ayala, 2002), el Análisis de Contenido de Explicaciones Verbales (CAVE; Schulman, Castellon & Seligman, 1989), Lo que siento y pienso (CMAS-R; Reynolds & Richmond, 1997), el cuestionario de estrés en niños (Valencia & Ayala, 2002) y registros comportamentales (ACC; Valencia, 2007). Los participantes que cubrieron los criterios de inclusión fueron 7 niños de 7 a 9 años de edad con problemática leve o moderada asociada a problemas de conducta. A partir de los resultados obtenidos se concluye que la intervención realizada logra cambios estadísticamente significativos en la disminución de síntomas internos asociados a problemas externalizados (ansiedad, depresión, estrés) así como de las conductas disruptivas y existe un cambio de pensamiento de pesimista a optimista y una mejora en la identificación de emociones (regulación emocional).

Palabras Clave: Problemas, conducta, niños, intervención, fortalezas.

INTRODUCCIÓN

La psicopatología puede entenderse como el desarrollo normal que se ha vuelto inapropiado o desviado, es decir, existen conductas inapropiadas esperadas a cierta edad pero si son excesivas, se presentan al mismo tiempo y persisten, pueden convertirse en patológicas y es cuando se habla de trastornos o síndromes.

Algunas de las conductas y emociones anómalas que ocurren con los niños de entre 4 a 18 años son: alejamiento, quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas de atención, conducta delictiva, conducta agresiva, entre otras. Estos trastornos son divididos dentro de dos tipos de problemas: problemas externalizados y problemas internalizados. A nivel mundial, las estimaciones generales de trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo en niños oscilan del 14% al 22%.

El trabajo que se realiza en el programa de “El juego del optimismo” dentro del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila tiene un enfoque cognitivo – conductual en el cual se busca la salud en los niños a través de la psicología positiva. El trabajo más importante dentro de esta área o programa es favorecer al paciente para que sea capaz de comprender y promover los factores que le permitan tener un mayor bienestar y salud personal; respecto a la teoría de la psicología positiva de Seligman. La psicología positiva es el balance que hacen las personas sobre sus emociones positivas y negativas para predecir sus juicios sobre su bienestar.

En la terapia cognitivo conductual se trabaja con: situación, pensamiento, emoción y conducta. Un enfoque cognitivo – conductual, basado en la Psicología Positiva busca que el niño sea resiliente; la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para salir adelante después de vivir una situación dolorosa o problemática (negativa); es la capacidad para resolver conflictos, la manera de reaccionar optimista y creativamente ante situaciones adversas y superar o transformar la situación a algo positivo. Una persona

resiliente desarrolla competencias y es social y psicológicamente sana a pesar de sus condiciones adversas. Un niño resiliente responde más al contacto social, genera respuestas positivas, son activos, flexibles, se adaptan a las situaciones, son empáticos y afectivos.

En este trabajo se muestra cual es el tipo de intervención que se lleva a cabo con los menores durante las sesiones grupales dentro del programa “El Juego del Optimismo” y se enfoca a problemas externalizados; es decir problemas conductuales y a síntomas internos asociados a éstos, dando a conocer las evaluaciones aplicadas antes y después del tratamiento, las estrategias, objetivos y metas de la intervención; además de mostrar las causas generales de los problemas de conducta que presentan los usuarios.

Se realizó una intervención cognitivo-conductual de 12 sesiones la cual tuvo los siguientes componentes: Pre-evaluación, presentación, salud (2 sesiones), cambiando nuestro pensamiento, cambiando nuestro estilo para explicar las cosas, habilidades sociales, solución de problemas (2 sesiones), autoestima, conocimiento sobre el acoso escolar y sus efectos y una post-evaluación. Estos componentes se realizan a través de diversas dinámicas de juego como lo es mímica, teatro guiñol, actividades físicas, representaciones y ejercicios de comprensión.

Principales Problemas en la Infancia

En los últimos años, se ha incrementado el estudio de los trastornos o problemas psicológicos infantiles, esto ha llevado a la consolidación del modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo.

La psicopatología puede entenderse como el desarrollo normal que se ha vuelto inapropiado o desviado, es decir, existen conductas esperadas a cierta edad pero si son excesivas, se presentan al mismo tiempo y persisten, pueden convertirse en patológicas y es cuando se habla de trastornos o síndromes (Caraveo, 2007).

El objetivo de la psicopatología evolutiva consiste en explicar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y en particular, cómo se produce la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada (Esquivel, 2010).

La psicopatología infantil representa una preocupación social, debido a que existe una ocurrencia relativamente frecuente; se presentan continuidades de psicopatología a lo largo de la vida en diversas formas, y los recientes cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de trastornos como para la manifestación de problemas más graves en edades tempranas (Caballo & Simón, 2001).

En el DSM-IV existe un apartado específico para los trastornos que se presentan en los niños y adolescentes llamado *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*. En este apartado aparecen los trastornos que se inician en la infancia y en la adolescencia, y que a veces llegan a diagnosticarse hasta la edad adulta; por lo tanto, es importante poder detectarlos a tiempo para que no evolucionen y se tenga control sobre ellos. En

el apartado se incluye: El retraso mental, el trastorno del aprendizaje, trastornos de habilidades motoras, trastorno de la comunicación, trastornos de la eliminación, trastornos por déficit de atención; en el cual existen síntomas manifiestos de desatención y/o impulsividad-hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo como lo es: interacción social, comunicación, comportamiento, actividades estereotipadas, trastorno autista y trastorno de Asperger (American Psychological Association, 2005).

Algunas de las conductas y emociones que ocurren con los niños de entre 4 a 18 años son las siguientes (Compas & Gotlib, 2003): Alejamiento, quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas sociales (es demasiado dependiente, recibe burlas, no les agrada a sus compañeros), problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva, conducta agresiva (es malo con los demás, pelea, es testarudo e irritable, es desobediente en casa o escuela).

Estos ocho trastornos son divididos dentro de dos tipos de problemas: problemas externalizados y problemas internalizados. A nivel mundial, las estimaciones generales de trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo en niños oscilan del 14% al 22% (Vázquez & Siles, 1999).

1.1 Problemas internalizados

Las alteraciones emocionales o problemas internalizados, están relacionados con inestabilidad del estado de ánimo, ansiedad, estrés, depresión, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación, entre otros (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

A continuación se presentan algunos de los problemas internalizados de mayor frecuencia en la infancia.

1.1.1 Depresión

En los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno (Harrington, Rutter, Weissman, Fudge, Groothues *et al*, 1997).

Estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia es de suma importancia, no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, personal, familiar y de desarrollo en habilidades sociales, tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico (Kandel & Davis, 1986).

Por lo cual, se ha clasificado a la depresión infantil en tres categorías de acuerdo a diversas manifestaciones, las cuáles son: Depresión Exógena o Psicógena, en la cual se incluyen a pacientes infantiles cuya sintomatología depresiva se vincule a conflictos neuróticos, problemas de desajuste, conductas desadaptativas, dificultades escolares o cualquier reacción vinculada al ambiente. La Depresión Somatógena en la cual se incluyen pacientes depresivos con enfermedades crónicas, traumatismos cráneo-encefálicos y enfermedades hereditarias y por último, la Depresión Endógena en la cual se incluyen pacientes con una sintomatología de psicosis infantil (Agudelo, Buela-Casal & Donald, 2007).

La correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que, de forma más relevante, caracterizan a la depresión en las etapas evolutivas son (Polaino-Lorente, Doménech, García & Ezpeleta, 1988):

- a) Edad preescolar: Rechazo del juego, agitación y timidez (síntomas psíquicos); crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (síntomas psicossomáticos).
- b) Edad escolar: Irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez (síntomas psíquicos); enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto, gritos, desobediencia, agresividad (síntomas psicossomáticos).
- c) Preadolescencia y adolescencia: Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos) y cefaleas (síntomas psicossomáticos).

El niño con depresión padece también de impulsividad, la cual se refiere a la manera en que enfrenta con incertidumbre las tareas y problemas de su vida cotidiana; siendo poco cuidadoso al elegir una opción que le ayude a enfrentar la situación; tienen mayor dificultad de aprendizaje y un rendimiento académico bajo (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Los niños impulsivos son más ansiosos, sensibles, vulnerables y se aíslan en las relaciones con sus compañeros, rígidos en situaciones de estrés y se quejan continuamente. En este aspecto se enfrentan a más motivos de castigo y a una reducción en el reforzamiento, por lo cual la depresión se manifiesta mediante problemas de conducta y/o fracaso escolar (Alonso, 2009).

En cuanto a la depresión infantil, se estima que la sintomatología se presenta en un rango entre el 1.8% y el 8.9%, aunque la frecuencia es

relativamente baja, esta problemática trae consecuencias severas para los niños y sus familias (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

1.1.2 *Ansiedad*

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa.

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos. Se destaca por su cercanía al miedo; sin embargo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Una de las principales características de ésta es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prevenir o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo y tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, por lo cual es un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996).

Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional; por lo que un niño puede sentirse ansioso todo el tiempo provocando situaciones conflictivas basadas en está ansiedad en diversos aspectos de su vida, sobretodo en el aspecto escolar y familiar; un niño que no conoce su ansiedad y que ésta tiene una

intensidad y duración arriba de lo normal, puede llegar al pánico y a no tener control sobre uno mismo (Sánchez, 2003).

Se considera a la ansiedad infantil como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad es conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen: aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

Los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, con prevalencia de 2.6% al 41.2%, siendo la ansiedad por separación más común en los niños y la fobia social en los adolescentes (Sánchez, 2003).

1.1.3 Estrés

Los infantes se estresan cuando perciben que un estímulo ambiental amenaza su propio bienestar y los incapacita para hacerle frente de una manera adecuada. La percepción de los estímulos depende de las características de cada individuo; la forma de reaccionar ante ellos depende del grado de vulnerabilidad de cada uno (Lazarus & Folkman, 1986).

Los estresores son estímulos amenazantes para la salud y bienestar que sobrecargan al sujeto y producen una respuesta biológica y psicológica de estrés; éstos pueden exigir grandes cambios de adaptación o los estresores pueden ser provocadores de estrés por el simple hecho de existir una ausencia de cambios en la vida como lo es el aburrimiento, soledad, falta de habilidades, entre otras (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

Los estresores infantiles están mayormente relacionados al núcleo familiar, a las relaciones de apego, al contexto escolar y la interacción con los pares. Del Barrio ordena los estresores infantiles según el ciclo evolutivo, los cuáles son: De los 0 a los 6 años de edad se presenta la separación, pérdida, apego, abuso y abandono; de los 6 a los 12 años se encuentran los compañeros, escuela, socialización, hermanos e identidad y de los 12 a los 18 años de edad encontramos el cambio, la transformación, interacción con otro sexo, disfunción familiar y competencia (Del Barrio, 1997).

Del mismo modo; Del Barrio, presenta los 18 estresores más frecuentemente vivenciados por los niños según el ámbito y área de su aparición: En el área Familiar se encuentra el nacimiento de un hermano, conflictos en relación con los padres, fallecimiento de abuelos y amigos, enfermedades graves de familiares y cambio de domicilio; en el área escolar se encuentra el cambio de escuela, el cambio de ciclo escolar, repetición de grado, cambio de profesor y aumento de trabajo; dentro del área social está la pérdida de un amigo, el ingreso a un grupo, comienzo de actividades deportivas, inicio de relaciones con pares del sexo opuesto y en otros aspectos encontramos el abuso, las peleas, la pobreza, la ausencia de un padre, el divorcio, el estrés televisivo, el rechazo de los pares, las malas calificaciones, la insatisfacción con el propio aspecto y conducta (Del Barrio, 1997).

1.1.4 Autoestima

La autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. Es una necesidad humana fundamental, la confianza es nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos (André, 2008).

Desde el punto de vista de la supervivencia, el hombre tiene que darse a sí mismo una importancia por encima de cualquier otro; luchar por sobrevivir

fundamentándose en los propios valores, lo cual es preferible a la expresión de autoritarismo como defensa.

La autoestima tiene dos componentes; la eficacia personal y el respeto a uno mismo. La primera se refiere a la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida; es la confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad para pensar y entender, para aprender a elegir y tomar decisiones, en creer y confiar en uno mismo. La segunda se refiere a reafirmar la valía personal, es la actitud positiva de vivir; sentirse a gusto y satisfecho con los propios pensamientos, deseos y necesidades (Bermúdez, 2004).

La autoestima se trabaja y expresa a través del habla y el movimiento, del afecto y aprecio, se está abierto a la crítica y en el reconocimiento de errores, se muestra curiosidad por nuevas experiencias de vida, se expresa a través de estar consciente y confiado de uno mismo. Se fundamenta en seis aspectos principales (Shaffer & Kipp, 2007):

1. La práctica de vivir conscientemente:

Ser consciente y valorar todo lo que tiene que ver con nuestras acciones, propósitos, valores y metas de acuerdo a nuestras capacidades, es actuar y vivir siendo responsable ante nuestros temores y ante nuestras acciones de la vida, sin realizar una evasión de hechos.

2. La aceptación de sí mismo:

Presenta tres niveles de aceptación:

- a) Aceptarse a sí mismo es estar de mi lado: Estar para uno mismo, valorarse y comprometerse.
- b) Aceptarse a sí mismo es experimentar: Experimentar plenamente y vivir intensamente pensamientos,

sentimientos, emociones, acciones, sueños, como parte de tu esencia. Es aceptar los errores cometidos para aprender de éste.

- c) Aceptarse a si mismo conlleva la idea de compasión: Se debe ser amigo de uno mismo, si se cometió un error se debe comprender porqué, sin echarse la culpa a uno mismo, sin reprocharse ni juzgarse.

3. La práctica de la responsabilidad de sí mismo

Existe una necesidad de experimentar sensación de control sobre la propia vida, asumiendo la responsabilidad de los actos y logros de las metas personales. La responsabilidad de la vida propia es esencial para el bienestar y la autoestima, debiendo ser responsable de tus propias elecciones y acciones, deseos, del nivel de conciencia que se dedica al trabajo, de la conducta hacia los demás, de la manera en que jerarquizas tu tiempo, la cantidad de trabajo realizado, de la facilidad personal y de aceptar o elegir los valores con lo que vivo.

4. La práctica de la autoafirmación

Significa respetar los deseos, necesidades y valores propios, así como buscar su forma de expresión adecuada en la realidad. Valerse por sí mismo, ser quién eres abiertamente y tratarse con respeto en cualquier relación humana. Es vivir de forma auténtica, hablar y actuar ante desacuerdos.

5. La práctica de vivir con propósito

Es utilizar nuestras facultades para lograr metas elegidas, pues éstas son las que nos impulsan y vigorizan nuestra vida. Es vivir productivamente afrontando la vida, plasmando nuestras ideas, conocimientos, bienes y servicios.

La práctica de vivir con propósito supone las cuestiones básicas de asumir la responsabilidad de plantear metas y propósitos de manera consciente, identificar las acciones necesarias para conseguir las metas, controlar la conducta para verificar que concuerda con la meta y prestar atención al resultado de nuestros actos para averiguar que conducen a donde queremos llegar.

6. La práctica de la integridad personal

Consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias y la conducta. Cuando nuestra conducta es congruente con nuestros valores, ideales y la práctica entonces estamos hablando de tener integridad. La integridad significa congruencia, concordancia, entre palabras y comportamiento.

La autoestima es una necesidad que requerimos para funcionar eficazmente, que puede afectarnos o beneficiarnos en nuestra capacidad de funcionar y proporciona una contribución esencial para el proceso vital y es indispensable para un desarrollo normal y saludable.

Una autoestima poco adecuada se puede revelar en una mala elección de pareja, un matrimonio frustrado, una profesión en vacío (sin intereses en particular), mala organización del trabajo, incapacidad para disfrutar del éxito, vivir destructivamente, ansiedad o depresión crónicas, baja resistencia a enfermedades y bajo rendimiento en el trabajo (Martínez, 2005).

1.2 Problemas externalizados

Los trastornos externalizados son más visibles en el contexto familiar y escolar al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento de los infantes en esos contextos. Éstos son más visibles en el contexto familiar y escolar al manifestarse mediante conductas disruptivas que

interfieren en el funcionamiento de los infantes en esos contextos (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

1.2.1 Acoso Escolar

El acoso escolar se define como las reiteradas acciones negativas dirigidas a un niño concreto por parte de uno o más compañeros, no se puede entender verdaderamente con independencia de los contextos sociales en los que tiene lugar. Se caracteriza por el uso de una conducta agresiva sistemática y reiterada contra determinados niños y en una relación de desequilibrio de poder entre los agresores y sus víctimas; la agresividad injustificada y prolongada en el tiempo que hace que un niño/a se convierta en víctima (Ortega, Chaparro & Coll, 2010).

Un factor potencial que influye en el desarrollo y la estabilidad de la relación agresor-víctima es la diferencia de poder entre dos niños; sentirse poderoso puede aumentar la autoestima, la autoeficacia para la agresión y en consecuencia derivar en la conducta denigrante hacia otros (Serrano, 2006).

Las investigaciones muestran que las cogniciones y las conductas sociales son en gran medida específicas de una relación o de un objetivo concreto. La motivación para maltratar a otros en parte se deriva del deseo del agresor de obtener una alta consideración dentro del grupo, el dominio y prestigio social; por lo cual se eligen víctimas sumisas, inseguras, físicamente débiles y necesitan testigos de sus demostraciones de poder (Vitero, 2006).

Existen diferentes roles participantes dentro del acoso escolar, los cuales son: víctima, agresor, ayudante del agresor, reforzador del agresor (risas, muestras de ánimo, apoyo o presenciar en silencio), espectador pasivo y defensor de la víctima. Los niños victimizados al parecer se comportan de manera bastante molesta con el grupo, llegan a tener un carácter impulsivo, agresivo y se vuelven hiperactivos, tienen falta de atención y son muy distraídos; desarrollan una conducta no apropiada tanto en el grupo como en la

familia, tienen un déficit de regulación conductual; esto debido a que puede existir una comorbilidad en cuanto a la depresión que pueden estar presentando (Olweus, 1998).

Algunas de las situaciones que han propiciado la potenciación de este tipo de actitudes disruptivas son: La tendencia, social y familiar a consentir ciertas actitudes desadaptadas; la excesiva sobreprotección por parte de los padres para con sus hijos, con la excusa de que no padezcan traumas; que los niños tengan todo lo que deseen sin necesidad de luchar por ello, la disminución del tiempo de contacto entre padres e hijos, el aumento de estímulos y de cantidad de información que llega a los niños, información y estímulos procedentes de la televisión, videojuegos y filmes; los valores que los pequeños están adquiriendo o adoptando que son contrarios a los deseados social y familiarmente, manifestando actitudes desadaptadas y peligrosas para poder llamar la atención de los padres que ahora están muy preocupados por las situaciones actuales de economía que se están viviendo y por lo mismo el estrés deja a un lado el ser cercanos a los hijos. La disminución de la valoración social del docente, el cuestionamiento de la tarea docente por parte de los padres; es decir, la anulación de autoridad del profesorado y el divorcio y problemas de marginación entre los padres de familia (Ortega, Chaparro & Coll, 2010).

Tanto el programa KiVa creado en Finlandia como el Be-Prox creado en Suiza, se enfocan en eliminar el acoso escolar, evitar la aparición de nuevas relaciones agresor-víctima y minimizar las consecuencias negativas de la victimización. Por lo cual la manera en que trabajan es: da material concreto destinado a los estudiantes, profesores y padres; usa el Internet y la enseñanza virtual contra éste y trabaja con los estudiantes para que se opongan a este comportamiento y apoyen a la víctima. Se busca aumentar la conciencia del papel que desempeña el grupo en su mantenimiento del, incrementar empatía hacia las víctimas, fomentar las estrategias de apoyo a víctimas y aumentar las técnicas de los niños victimizadas que les sirvan para hacer frente a su situación (Sánchez, Gutiérrez, Delgado & Rodríguez, 2009).

1.2.2 Problemas de conducta

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 19 millones de niños y adolescentes, con edades de entre 5 y 17 años, padecen algún trastorno psicológico que requiere de un tratamiento especializado (Beltrán & Freyre, 2012).

El estudio de las características y prevalencia de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia y adolescencia es un campo de investigación necesario para desarrollar programas de prevención y realizar una detección temprana de los trastornos mentales, así como de atención para la población afectada para disminuir la probabilidad de continuidad de algún síndrome o trastorno hasta la etapa adulta. En México así como a nivel mundial, se ha encontrado que los trastornos psicológicos desarrollados en la infancia persisten hasta la edad adulta y suelen asociarse con otros trastornos (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, *et al.*, 2003).

Las conductas disruptivas pueden ser: Causar molestias en salón de clases, hacerse el gracioso, desobediencia, insultos, berrinches, gritos, irritabilidad, rebeldía, provocar ruidos, moverse de un lado a otro todo el tiempo, agresividad, impulsividad, mentiras, golpes a los demás, entre otras (Casamayor, Antúnez, Armejach, Checa, Giné, *et al.*, 2007).

Estudiar los problemas de conducta resulta complejo ya que se ha demostrado que involucran múltiples factores etiológicos tales como la cultura, influencias genéticas, el temperamento, el ambiente familiar, la interacción con los padres y experiencias traumáticas y de esta manera tener importantes repercusiones a nivel personal, familiar y social (Kohn, Levav, Alterwain, Ruocco, Contrera *et al.*, 2001).

La mayoría de las problemáticas presentadas en los niños se podría circunscribir a los problemas de conducta, denominación que es utilizada para referirse básicamente a aquellos comportamientos y pensamientos no

habituales o tipos de comportamiento no esperados socialmente por los adultos. Reynolds (1992) define a las conductas externalizadas como aquellos comportamientos dirigidos al exterior, los cuales manifiestan una mala adaptación a la sociedad, produciendo daño o molestia a los otros.

Existe evidencia de altos porcentajes de niños con problemas de conducta. En la India se encontró que el 45,60% presentaba problemas de conducta, en Uruguay alrededor del 53% y en Chile, el 15% (Kohn, Levav, Alterwain, Ruocco, Contrera *et al*, 2001).

Se han observado incrementos en los problemas externalizados de la población infantil, en Estados Unidos; se informó un aumento significativo entre 1979 a 1996 en todos los problemas psicosociales de los niños entre 4 y 15 años de edad (6,80%-18,70%), en los problemas de atención (1,40%-9,20%), en los problemas emocionales (0,20%-3,60%) y en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de niños que recibían medicamentos (32%-78%) (Kelleher, McInerney, Gardner, Childs & Wasserman, 2000).

Estudios en México señalan que el primer lugar en la demanda de atención en los niños lo ocupan los trastornos de conducta y trastornos del aprendizaje, los cuales ascienden al 24% y 18% en los niños, respectivamente, y al 13,50% y el 13% en las niñas, presentándose con mayor frecuencia en edades entre 9 y 12 años de edad; en este estudio se determinó que en el 70% de los casos el origen de los trastornos era ambiental, enfatizando así la importancia de los factores psicosociales (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2002).

Chainé y Pineda (2011) mencionan que existe una relación directa entre múltiples características de los padres asociadas a las conductas disruptivas de los niños; la forma de interacción con sus hijos, los conflictos maritales, la emocionalidad negativa y la negligencia. Un factor modificable son las conductas de crianza que los adultos emplean; la conducta de los adultos se relaciona con los problemas de conducta infantil y viceversa.

Un estudio investigó la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para reducir los problemas de conducta e incrementar la adaptación social y el rendimiento académico de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Siguieron un programa de entrenamiento en autoinstrucción, solución de problemas y control de la ira. Los resultados señalaron que los niños que siguieron esta terapia mostraron mejoras significativas en las valoraciones que los padres y los profesores hicieron de su funcionamiento conductual, disminuyendo éstos de manera significativa tanto en datos cuantitativos como cualitativos (Esquivel, 2010).

Uno de los campos de la Psicología que se encarga del estudio del comportamiento anómalo es la Psicología Clínica, ésta tiene un papel muy importante en la promoción de la salud integral; así como en la prevención e intervención de la psicopatología; ésta cuenta con diversas áreas y enfoques; en el siguiente capítulo se hablará sobre los aspectos más importantes.

Psicología Clínica

La Psicología Clínica es un campo profesional de la Psicología; el cuál, aplica conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo de las personas. Los objetivos fundamentales de la Psicología Clínica es establecer un psicodiagnóstico, identificar un trastorno, analizar la situación psicopatológica, llevar a cabo una intervención y tratamiento, así como el ámbito de la prevención. Para está realización, cuenta con métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos (Barra, 2003).

Dentro de la psicología clínica existen diversas actividades que desarrollan los profesionales de ésta; las cuáles son: psicoterapia, diagnóstico y evaluación, enseñanza, supervisión clínica, investigación y auditoría, consulta, docencia y administración. De acuerdo a estas actividades los psicólogos clínicos intervienen en lugares como lo son: Colegios y Universidades, con actividades como: docencia, enseñanza, supervisión de entrenamiento clínico e investigación; en centros de salud mental, hospitales médicos, psiquiátricos y consultorios privados; realizando: evaluación, diagnóstico, tratamiento psicoterapéutico, consultoría de enlace con médicos especialistas, entre otros (Trull & Phares, 2003).

De acuerdo a Reynoso y Seligson (2005) las intervenciones van desde formas de terapia individual, familiar, terapia de grupo y de intervención social y comunitaria y el rango de pacientes incluye niños, adolescentes, adultos, ancianos, trabajadores y ejecutivos, quienes viven en pobreza, minorías raciales, personas con enfermedades o daño cerebral, dentro de estas áreas de trabajo.

La psicología clínica busca la salud mental e integral de las personas; la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como definición de Salud Mental: “Al estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales, donde el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una

síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social” (Oblitas, 2006).

Es de suma importancia mencionar los aspectos constituyentes de la salud mental, los cuales son (González, 2010):

- 1) Bienestar Afectivo: Es la experiencia de vivir el placer y el encontrarse activo, es la manera en que la persona se traslada en un círculo de placer-desagrado y de actividad-pasividad.
- 2) Mantener la competitividad: Lograr tener buenas relaciones personales, sentirse capaz de vencer los obstáculos, hacer sentir a las personas que son competitivas.
- 3) Autonomía: Capacidad de tener opiniones y actuar con base a las mismas, así como ser apto para hacer frente a los factores externos, tener decisiones independientes.
- 4) Aspiraciones: Interesarse en mejorar cada día, proponerse objetivos reales, y luchar para alcanzarlos; las metas son medibles, realizables y localizadas en un momento.
- 5) Funcionamiento integrado: Se refiere a la persona como un todo, las personas que son psicológicamente sanas muestran equilibrio, armonía y relación con los demás.

2.1 Psicología Clínica Infantil

Para poder lograr una salud integral desde la infancia y prevenir trastornos o psicopatologías en un futuro; parte de la Psicología clínica se enfoca en el área infantil, en donde se trabaja con síntomas psicopatológicos desarrollados y se busca la prevención de éstos, el propósito es lograr una salud mental desde la niñez y se lleva a cabo dentro de entornos médicos, que incluyen hospitales, clínicas del desarrollo o dentro de un grupo médico. En esta área se trabaja de igual manera con la prevención de la psicopatología. Se busca el bienestar psicológico y físico de los niños, incluyendo conocimientos conductuales y emocionales de dolencias y enfermedades para promover una salud integral y un funcionamiento psicológico óptimo. Los psicólogos clínicos infantiles se enfocan en el entrenamiento, en evaluación, procesos del desarrollo y terapia familiar. Y aceptan la idea de que toda conducta es el producto combinado de factores situacionales y personales (Trianes, 2003).

Existen trastornos que necesitan del apoyo de un examen neurológico para detectar o descartar inmadurez o alteraciones en diversas áreas como lo es: la coordinación motora, la percepción visomotora, el tiempo de concentración y atención; los resultados arrojados por estos exámenes son los indicadores de que el niño necesita de una intervención farmacológica como apoyo durante y después de la intervención psicológica. Los trastornos que necesitan de un apoyo farmacológico se dividen en: 1) Trastornos en el ámbito escolar: Trastornos específicos del aprendizaje, trastornos de la lectura (dislexia), trastornos del cálculo (discalculia) y trastornos del habla y del lenguaje; 2) Trastornos sociales-intelectuales: Autismo, síndrome de Asperger, retraso mental; 3) Trastornos de conducta: Déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante por oposición, adicciones; 4) Trastornos emocionales: Depresión, trastorno del vínculo, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar y trastorno del sueño.

Las manifestaciones o síntomas que se requieren para dar inicio a una evaluación neurológica deben ser detectadas por sus características

peculiares, como pueden ser: movimientos estereotipados, automaltrato, actividades excesivas e inadecuadas, dificultades en el control de impulsos, alteraciones en el lenguaje, retraso en el desarrollo, déficit en el ámbito social, agresión, entre otras. Sin embargo se debe tener cuidado en la detección de un trastorno neurológico, ya que en la actualidad se realizan diagnósticos erróneos y se les recetan fármacos a niños, cuando no los necesitan y cuando el diagnóstico correcto es que presenta problemas de conducta por la falta de límites de los padres ante él. Para que exista una correcta detección, los síntomas presentados por el infante no deben disminuir de manera significativa durante una intervención, deben ser persistentes, no deben de presentarse aislados; sino varios síntomas de manera conjunta y debe realizarse un examen neurológico que confirme o descarte el trastorno; no es correcto dar tratamiento farmacológico sin la realización de éste pues las dosis son muy variadas entre un diagnóstico y otro; al igual que la variabilidad del tiempo de uso (Semrud-Clikeman & Teeter, 2011).

Dentro del área de la Psicología Clínica, existe una diversidad de enfoques de los cuáles los profesionales se basan y utilizan de marco de referencia para los diversos trabajos que realizan; uno de éstos enfoques es el Cognitivo Conductual, del cuál se basa la Psicología clínica infantil como modelo explicativo para un mejor entendimiento de los problemas psicológicos más importantes por los cuáles atraviesan los infantes (Barra, 2003).

2.2 Terapia Cognitivo Conductual

La Psicología Clínica requiere de una variedad de técnicas y enfoques terapéuticos que se basan en diferentes modelos conceptuales, procedimientos y objetivos específicos; éstos la sustentan y la guían en su desarrollo para entender (evaluación), explicar (diagnóstico) e intervenir (tratamiento) en problemas de salud psicológica y en el reestablecimiento de ésta en diversas áreas de vida de las personas. Hay una diversidad de enfoques y modelos que dan lugar a diferentes técnicas de intervención; uno de estos enfoques terapéuticos es el Cognitivo Conductual; este enfoque ha aportado un modelo

explicativo que permite entender mejor algunos de los problemas psicológicos más importantes; sobre todo en el trabajo con infantes y a través de dicho enfoque se edificó su propia terapia psicológica; la Terapia Cognitivo Conductual (Rey, Martínez & Guerrero, 2009).

El enfoque cognitivo conductual tiene de prioridad la eficacia del tratamiento con niños y adolescentes, se centra en las cogniciones e incorpora procedimientos conductuales, este enfoque incluye un conjunto de objetivos terapéuticos, como sustituir pensamientos automáticos e irracionales por formas de pensar más positivas y mejor adaptadas, reducir estado emocionales negativos, mejorar autoestima, fortalecer relaciones sociales, entre otras y múltiples técnicas y entrenamientos como reestructuración cognitiva, relajación, habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, etc (Méndez, Rosa, Montoya, Espada, Olivares *et al*, 2002).

Se desarrollaron varios tratamientos efectivos basados en principios de aprendizaje conductual (terapia conductual); estaba claro que, diversas condiciones clínicas encontradas con frecuencia; como la depresión, no se manejaban con facilidad mediante tratamientos basados en lo conductual. Las limitaciones del conductismo estimularon la mezcla de los métodos conductuales y cognoscitivos (Thorpe & Olson, 1997).

La vinculación fue siendo cada vez más clara entre la respuesta conductual ante un estímulo o situación, y los procesos de significación o evaluación en relación a las metas u objetivos, de cada persona, esto ha facilitado, sin duda, la tarea de integración del enfoque Conductual y el Cognitivo (Lyddon & Jones, 2002).

La Terapia Cognitivo Conductual surge como producto de la integración de dos enfoques: el Conductual y el Cognitivo. De acuerdo a Mohoney y Arnkoff (1978) la intervención terapéutica cognitivo-conductual intenta modificar las conductas alteradas, centrándose en los procesos cognitivos inadecuados que, en principio, están relacionados con ella; la mejora de estos procesos

encubiertos normalmente se efectúa a través del diseño de experiencias de aprendizaje adecuadas para el sujeto (Servera, 2002).

Para poder comprender la contribución entre la Terapia Conductual y la Terapia Cognitiva en la conformación de la terapia Cognitivo Conductual, es necesario conocer las técnicas y procedimientos relevantes de cada uno de estos enfoques terapéuticos.

2.2.1 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva se basa en la Psicología Cognitiva, en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante. La teoría del aprendizaje social de Bandura en 1977 se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos. La terapia cognitiva sostiene cinco elementos interrelacionados que incluyen: el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo (Friedberg & McClure, 2005).

El modelo cognitivo pone especial atención a las cogniciones, entendiendo por éstas en un sentido amplio a las ideas, constructos personales, creencias, imágenes, atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc. Éstas son centrales en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas. El terapeuta, mediante diversos recursos busca producir un cambio cognitivo en el pensamiento y en el cambio de creencias del usuario para conseguir a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos (Beck, 2001).

Los aspectos más relevantes son las estructuras, los procesos y los resultados cognitivos. Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas; los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso. Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad, con éstos localizan, codifican, diferencian y atribuyen significaciones a los datos del mundo, seleccionan y sintetizan los datos que ingresan y son adaptativos con las personas y su medio (Caro, 1997).

El elemento central de esta terapia son los componentes cognitivos. Entre estos se encuentran los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias centrales. Las creencias son los contenidos de los esquemas, son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas; es todo aquello en lo que uno cree, mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Existen diferentes tipos de creencias; las creencias nucleares, las cuales constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar y dan el sentido de identidad; constituyen nuestros valores, son consideradas verdades absolutas aunque sea equivocada o disfuncional; mientras que las creencias periféricas se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de modificar y son de menor relevancia (Camacho, 2003). Los pensamientos automáticos se relacionan con el flujo de la conciencia y tienen tres dimensiones: La direccionalidad la cual se refiere hacia donde está dirigido el pensamiento; el curso es la velocidad del pensamiento y el contenido se refiere a lo que se piensa concretamente (Caballo, 2007).

En el caso de los pensamientos automáticos, éstos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto; son

breves, telegramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen (Friedberg & McClure, 2005).

La psicoterapia cognitiva trabaja con esos diálogos internos que tenemos, el hablar con nosotros mismos sobre sucesos que nos suceden en nuestra vida cotidiana es responsable de muchas de las cosas que nos suceden en una situación. Beck menciona que existen varios procesos cognitivos que es probable que conduzcan a emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas, estos procesos se describen como distorsiones cognitivas y tienen el efecto de cambiar un acontecimiento ambiguo en uno que se experimenta como negativo, incluidos en la lista de estas distorsiones se encuentran errores tales como (Caballo, 2008):

- 1) Inferencia Arbitraria: Proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- 2) Abstracción Selectiva: Centrarse en un detalle específico extraído del contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.
- 3) Generalización excesiva: Proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a ajenas.
- 4) Magnificación y minimización: Los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- 5) Personalización: Es la tendencia para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.
- 6) Pensamiento absolutista dicotómico: Tendencia a clasificar toda la experiencia según una o dos categorías opuestas y la persona emplea las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.

Una vez descrito el modelo y supuestos en los que se basa y los que trabaja la Terapia Cognitiva Conductual, cabe mencionar que ésta se caracteriza por ser un tratamiento activo, directivo, estructurado y con tiempos limitados, los cuales se refieren a que el terapeuta y el usuario cumplen ambos roles activos en la terapia, el terapeuta dirige mediante intervenciones el tratamiento, existen pasos a seguir para la realización del mismo y se planifica el trabajo terapéutico acotando el mismo a cierto periodo de tiempo (Beck, Freeman, Davis, 1995).

El terapeuta debe tener tres características básicas, las cuáles son: La aceptación plena al paciente y sus problemas, la autenticidad en la cual debe ser sincero y franco para un buen vínculo terapéutico y la empatía, la cual se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprenderlo y acompañarlo en su padecimiento (Beck, Freeman & Davis, 1995).

La Terapia Cognitiva busca lograr en el participante una perspectiva diferente de los aspectos problemáticos de su vida, para este fin dicha terapia se enfoca en la reestructuración cognitiva, la cual permitirá enseñar a los pacientes un procedimiento mediante el cual pueden hacer esto mismo, por si mismos. Se proporciona a los individuos, suficientes habilidades que les permitan funcionar como sus propios terapeutas. Algunas pautas clínicas para lograr este procedimiento son (Goldfried, 1996):

- 1) Los pensamientos mediatizan las emociones: Los pacientes deben reconocer que sus pensamientos, expectativas y etiquetas pueden influir sobre sus reacciones emocionales ante las situaciones. Describir la importancia de los pensamientos sobre las emociones.
- 2) Generar una perspectiva realista en el paciente: Se busca que el usuario adquiera la perspectiva de que los pensamientos irracionales son los que le provocan ansiedad y de este modo puedan argumentar y rechazar un punto de vista determinado.

- 3) Identificación de creencias irracionales: Que el usuario sea capaz de identificar las creencias que le están provocando el tipo de pensamiento irracional que está teniendo, el terapeuta puede ser una guía para que el participante sea capaz de comprender y atrapar la creencia.
- 4) Reevaluar los pensamientos irracionales: Que el paciente sea capaz de emplear la reestructuración cognitiva como un medio de manejo a sus síntomas y darse observar que su reacción emocional debe servir como señal de cambio; al igual que sustituir esta evaluación irracional por un enfoque más apropiado para su situación.

En la tarea de abordar diversos problemas psicológicos, la Terapia Cognitivo Conductual ha ofrecido resultados clínicos altamente efectivos. Cada uno de los elementos que han aportado tanto el enfoque Conductual, como el Cognitivo, han facilitado el trabajo terapéutico del Psicólogo Clínico (Trull & Phares, 2003).

2.2.2 Terapia Conductual

El Análisis Conductual Aplicado (ACA) o Terapia Conductual puede ser definida como la aplicación sistemática de los principios psicológicos del aprendizaje en la modificación de la conducta humana, el término “terapia conductual” fue acuñado por Skinner y Lindsley en 1954, Lazarus en 1958 y Eysenck 1959; en las décadas de los 50 y 60 se prefirió el nombre de modificación de la conducta en referencia a los enfoques de tipo skinnerianos. Los estudios clásicos de Pavlov (1927,1928) sobre los reflejos condicionados y las variables que lo controlan, fueron de suma importancia para el inicio de la terapia conductual, puesto que posteriormente se desempeño en el condicionamiento en la conducta humana anormal y mucho más tarde para la aplicación clínica. Thorndike (1913) realizó estudios sobre resolución de problemas y aprendizaje; desarrollo la Ley del Efecto en donde la conducta se aprende en función de su efecto (Caballo, 2008).

Sin embargo la teoría del aprendizaje de Rotter, fue la que ayudó a explicar el comportamiento como un producto conjunto del reforzamiento y las expectativas, en donde, las personas eligen comportarse como lo hacen debido a que se espera que el comportamiento elegido conduzca a una meta o resultado con valor (Trull & Phares, 2003).

Por lo que, de acuerdo a esto; la terapia conductual explica la psicopatología y los cambios de conducta en relación con el aprendizaje. Según este modelo, la psicopatología es una conducta de inadaptación aprendida, determinada por las contingencias ambientales. La conducta inadaptada es el problema fundamental; existe una similitud esencial en toda conducta, se adquiere y se modifica por medio de los mismos procesos fundamentales de aprendizaje que relacionan a la conducta con los sucesos ambientales (Martin & Pear, 2007).

La terapia conductual implica, principalmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procesos biológicos; se guía de principios éticos, procedimientos y objetivos específicos para eliminar conductas inadecuadas, sustituyéndolas por otras o enseñando conductas adecuadas que no se han producido (Caballo, 2008).

En esta terapia, las consecuencias de la conducta, son las que determinan el comportamiento del individuo; a estas consecuencias se les conoce como reforzadores. Un reforzador es un acontecimiento que presentado inmediatamente después de una conducta, provoca que la frecuencia o la posibilidad de que ocurra la conducta aumente, disminuya o se mantenga. Estos pueden ser positivos (recompensas, placer) o negativos como el castigo y la aversión (Martin & Pear, 2007).

La terapia conductual conlleva un desarrollo o etapas las cuáles son: Análisis Conductual, Modificación de Conducta y la Evaluación del Resultado, donde el primero se refiere al procedimiento inicial, en el cual se identifican las conductas relacionadas con el problema reportado por el paciente, dichas conductas son el componente central y deben ser manifiestas. En esta etapa del proceso se debe entender como surgieron las conductas, de que manera están siendo reforzadas, cuáles requieren ser modificadas y cuáles requieren ser adaptadas (Justicia, Rodríguez & López, 2001).

El Análisis Conductual Aplicado hace un énfasis en definir los problemas en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones del comportamiento como el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado. El proceso conlleva (Martin & Pear, 2008):

Primero, la selección de una Conducta meta la cual es la que se va a modificar ya sea para disminuir, incrementar o extinguir, debe especificarse el número total de conductas que se van a modificar y éstas deben poder ser medidas a través de su frecuencia, duración, intensidad y tipo de conducta; logrando al final una jerarquía de mayor a menor relevancia. Sigue el registro de reforzadores, éstos son de suma importancia por lo que a mejor reforzador mejor respuesta de cambio. Se debe realizar un registro de los reforzadores potenciales del usuario y utilizarse de igual manera de manera jerárquica de mayor a menor importancia y por último el registro de línea base, en el cual se realizan registros de las conductas antes de iniciar la intervención para verificar la efectividad de la intervención durante la evaluación de resultados. Estos registros los podemos realizar por medio de: registros anecdóticos, entrevistas, registros conductuales y la observación durante la intervención.

Una vez realizada la intervención se inicia la evaluación de resultados de la intervención comparando los datos de la línea base con los realizados durante el tratamiento y se precisa si la diferencia encontrada fue clínica y estadísticamente significativa.

La terapia conductual se centra en la conducta desadaptativa; más que en la causa de ésta (creencias, pensamientos irracionales), se trabaja con las conductas manifiestas y perceptibles provocadas por estímulos externos, se centra en los eventos que explican y estimulan la conducta de desadaptación y rechaza la premisa de que la conducta de desadaptación es en primer lugar una función de un estado de enfermedad mental relativamente autónomo e inaccesible. Por lo que Existe una gran diversidad de procedimientos de terapia conductual para el incremento, mantenimiento, disminución y extinción de éstas (Lira & Sánchez, 2007). Algunas de las técnicas más comunes y eficaces de terapia conductual para la adquisición, incremento o mantenimiento de una conducta son (Reynoso & Seligson, 2005):

- a) Modelamiento: A través de la observación de un modelo, se aprenden patrones de conducta nuevos y apropiados, se induce al usuario a efectuar conductas en tiempo y manera adecuadas, se realiza por medio de aproximaciones sucesivas en donde hay una presentación sistemática y gradual de conductas con dificultades crecientes.
- b) Manejo de contingencias: Consiste en administrar un reforzador, es decir, suministrarlo inmediatamente después de que ocurre una conducta deseada cuya frecuencia se quiere aumentar (de manera contingente). Es factible que se capacite a otros (padres, maestros, compañeros, entre otros) para que operen como administradores de contingencias, que de manera más directa están en contacto con la vida cotidiana del participante bajo tratamiento. Una conducta que tiene un alto nivel de ocurrencia puede ser utilizada para incrementar una conducta con un bajo nivel de ocurrencia y los reforzadores deben ser demandantes y efectivos, por lo que es recomendable utilizar la jerarquía de éstos.
- c) Contrato conductual: En éste existen al menos tres personas involucradas en el desarrollo del mismo: el participante, el terapeuta y una persona que funja como mediadora. La tarea inicial es elegir la

conducta con la que se trabajará, está conducta debe ser la más funcional de todas las conductas a modificar; describir la conducta a fin de ser medida y observable (especificación). Se realiza una línea base sobre esa conducta y se deben identificar durante ésta los reforzadores que den mayor motivación al usuario. Se realiza una negociación del contrato y el mediador será el encargado de proporcionar los reforzadores y realizar los registros de la conducta. El contrato debe incluir: Fecha de inicio y fin del contrato y el de renegociación, conducta a cambiar, cantidad, frecuencia, y clase de reforzador a utilizar, programa de entrega de reforzadores y meta. Una vez que se ha llegado a la meta deseada se puede realizar otro contrato con otra conducta blanco.

Algunos de los procedimientos o técnicas más comunes para la disminución o eliminación de las conductas son (Walker & Shea, 1999):

- Extinción: Se da con la eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente era reforzada o ignorando siempre la conducta que quiere eliminarse. Existe una reducción gradual de la conducta meta hasta su eliminación.
- Tiempo fuera: Se retira a un participante (principalmente a un niño) de un ambiente particular de reforzamiento para colocarlo en otro que no lo es, por un periodo limitado y debe de reforzarse la conducta aceptada.
- Castigo: Hay dos maneras de realizar esta técnica, en la primera se añade un estímulo aversivo como consecuencia de una conducta inaceptable y la segunda es la privación de algo que la persona considera deseable a consecuencia de la realización de una conducta inaceptable. Las pautas que deben considerarse para la utilización del castigo son las siguientes:

- 1) Identificar y comunicar a la persona cuál es la conducta castigada según las reglas establecidas.
- 2) Colocar las reglas en un lugar donde el participante pueda verlas frecuentemente.
- 3) Dar ejemplos de conductas aceptables y de las que se esperan.
- 4) Aplicar el castigo de manera inmediata a la conducta inaceptable.
- 5) Aplicar el castigo de forma consistente, el número de veces que sea necesario.

Estos procedimientos son de suma importancia puesto que se basa en los principios que rigen el aprendizaje humano, son de corta duración y tienen un alto nivel de efectividad.

2.3 Terapia Cognitivo Conductual Infantil

La Psicoterapia Cognitivo Conductual en la clínica con niños y adolescentes ha cobrado una importante difusión en el mundo en las últimas décadas y en nuestro país se consolida progresivamente como un marco epistemológico y metodológico de suma importancia para la práctica clínica (Wilner & Levy, 2000).

En el trabajo psicoterapéutico con niños, adolescente y familiares, es importante desarrollar una fuerte alianza que permitan generar cambios que son realizados a través de juegos interactivos, dibujos, la reformulación narrativa de las intervenciones y otros recursos clínicos. Estos medios se orientan a enriquecer la relación terapéutica, proporcionando un contexto de efectividad para el diagnóstico, evaluación e intervención clínica (Weiner, 1992).

El desarrollo de las auto instrucciones dentro del enfoque cognitivo conductual ocurrió como procedimiento para el tratamiento de la hiperactividad

e impulsividad infantil a partir de la teoría sobre la función reguladora del habla sobre la conducta; junto a los procedimientos de solución de problemas, las auto instrucciones son en la actualidad uno de los medios más eficaces para el tratamiento infantil (Bornas & Servera, 1996).

La terapia Cognitivo Conductual debe adaptarse a las características de los niños, diversos principios establecidos para adultos se emplean en el tratamiento infantil. El terapeuta estructura una sesión, tiempos, solicita tareas y registros, al igual que utiliza la retroalimentación, el empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado; se centra en los problemas, es activa y está centrada a objetivos y metas. Los niños suelen ser llevados al tratamiento debido a problemas que los mediadores notan que se generan en algún sistema; los niños no controlan el proceso (Friedberg & McClure, 2005).

El empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado; siendo el primero la interacción activa existente y continua entre el terapeuta y el usuario que se sitúa en el aquí y el segundo la dirección de la intervención dada por el terapeuta; son de suma importancia en el trabajo con niños ya que permiten adaptar el tratamiento a las necesidades dinámicas de cada uno de ellos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1982).

El terapeuta debe motivar al niño a asistir a sus sesiones y debe considerar la edad, las atracciones del usuario, sus habilidades cognitivo-sociales, sus capacidades y nivel de desarrollo del infante; por lo que se debe adaptar la intervención, presentar a manera de juegos sesiones de la terapia o realizar una sesión de juego después de la misma, así como dar reforzadores durante la sesión cuando el niño logre lo que el terapeuta tenía de objetivo; utilizar poco contenido verbal en las tareas, realizar trabajo con dibujos, marionetas, juguetes, plastilina, entre otros (Bung, Gomar & Mandil, 2008).

En el tratamiento infantil los niños no suelen ser capaces de diferenciar entre pensamiento lógico e ilógico y les cuesta trabajo comprender las emociones, por lo que existen cuatro grupos de técnicas cuya aplicación a

través del juego y el dibujo suele ser eficaz para la comprensión de éstos, los cuáles serán presentados a continuación (Gomar & Mandil, 2004):

- 1) Reestructuración cognitiva: Se utilizan marionetas caracterizando autoverbalizaciones positivas ante situaciones estresantes; así como historietas con globos con textos psicoeducativos o vacíos para que el usuario los llene. También se utiliza el cambio de roles donde el niño caracteriza al personaje en una situación temida. Se trabaja en pensamientos alternativos de una misma situación.
- 2) Modelados: Se trabaja el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, así como el role playing para resolver situaciones interpersonales estresantes y se realiza el modelado de técnicas de afrontamiento comportamental en donde el niño podrá jugar a ser un muñeco de trapo (entre otros) durante un entrenamiento en respiración profunda; caracterizar interacciones con muñecos o marionetas o crear personajes y cuentos.
- 3) Control de impulsos: Resultan útiles en los trastornos externalizados, cuando logramos implicar al niño en el motivo de consulta. Se orienta al ejercicio de funciones poco desarrolladas, como lo es: pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, resolver problemas buscando alternativas, entre otras.
- 4) Cuentos e implementación de narrativas terapéuticas: Se utiliza material psicoeducativo relacionado con el problema a tratar y se usan fábulas, metáforas e imágenes; al igual que realizar narrativas directas sobre la situación, utilizando los personajes como los síntomas.

En lo referente a la forma de reforzar en el trabajo con niños, el terapeuta requiere realizar un mayor número reforzadores, así como que éstos sean más explícitos y muy motivadores, utilizando las jerarquías establecidas. Las recompensas dadas transmiten expectativas, además de motivar la participación del niño, dirigir la atención hacia lo importante y transmitir lo que deben recordar (Kendall & Braswell. 1993).

Debido a estas características, la implementación del plan de tratamiento requiere tanto de los procedimientos que facilitan la reestructuración cognitiva, así como de la modificación de conducta. Es importante reconocer los procedimientos que ofrecen resultados clínicos más efectivos en la atención infantil y de acuerdo al tipo de participante con el que se realiza la intervención; algunos de los más efectivos son: la combinación de las recompensas tangibles con las sociales (verbales, elogios); tiempo fuera como técnica para disminuir comportamientos desadaptativos; utilización de economía de fichas; reestructuración cognitiva con apoyo de material literario como fábulas, cuentos, etc (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Una parte de la Psicología Clínica Infantil se enfoca en el desarrollo de emociones positivas pues éstas ocupan un papel importante en la promoción de la salud mental infantil. Emociones como la alegría, la satisfacción personal y la serenidad participan en la creación y florecimiento de otros importantes recursos psicosociales vinculados al bienestar. Sin embargo se tiene escaso conocimiento acerca de las técnicas, estrategias y recursos que pueden implementarse para estimular con éxito las emociones positivas en la infancia, pues la mayoría se enfoca únicamente en disminuir los aspectos negativos. Esta parte de la Psicología se denomina Psicología Positiva en el cual se busca el bienestar y promoción de la Salud física y mental, ya que cumplen una función protectora, desarrollando y ampliando recursos cognitivos, comportamentales, afectivos, sociales y biológicos (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).

2.4 Intervención Grupal Infantil

Las secuelas de la Segunda Guerra Mundial hicieron necesario utilizar métodos de grupo para cubrir la demanda inmediata de consejo y terapia de los veteranos de guerra, así fue como se conoció la importancia y eficacia de las intervenciones grupales. Los primeros usos formales de los métodos de grupo inician en 1905 con el trabajo de Joseph Pratt, Moreno, Trigant Burrow y Slavson (Trull & Phares, 2003).

Cada enfoque de psicoterapia ahora tiene su contraparte de grupo, tanto en niños, adolescentes y adultos; basados en los principios y sustento teórico de cada uno de éstos; el grupo de terapia del comportamiento es una de las intervenciones utilizadas con mayor frecuencia sobretodo en el ámbito o área infantil por la eficacia y eficiencia que ésta presenta (Colli & Zaldívar, 2002).

Dentro de las intervenciones grupales infantiles el enfoque cognitivo-conductual es el más utilizado por los terapeutas, ya que, es un tratamiento de corta duración, aproximadamente 12 sesiones y ha resultado muy eficaz para mejorar la problemática y la calidad de vida de los usuarios. En este ámbito los sujetos que conforman el grupo presentan problemas y síntomas similares; es factible llevar a cabo sesiones de desensibilización, habilidades interpersonales y sociales, intervenciones de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, asertividad, entre otras y con frecuencia se asignan tareas para realizar en casa. Se utilizan diversos instrumentos de evaluación antes y después del tratamiento para poder supervisar y conocer el progreso del usuario; algunas de las problemáticas trabajadas durante una intervención grupal cognitivo conductual son: Depresión, ansiedad, fobia, deficiencia en habilidades sociales, problemas externalizados, entre otros (Reynoso & Seligson, 2005).

Los grupos proporcionan a los usuarios un medio ambiente excelente para poder enfrentar y trabajar con sus problemas, reducir sus miedos a relacionarse con los demás, aprender métodos aceptables de expresión,

aumento de autoestima y existe una enseñanza directa del terapeuta y de los integrantes; se describen metas y problemas principales del grupo en general. Se desarrollan habilidades de colaboración en solución de problemas, honestidad, aceptación, asertividad y retroalimentación (García, 1997).

De acuerdo a Yalom (2000) dentro de una terapia de grupo existen mecanismos que sirven como productores del cambio psicológico/psicoterapéutico de los usuarios; a estos factores los ha nombrado factores curativos los cuáles son:

- 1) Aprendizaje interpersonal: Interactuar con otros en el grupo enseña relaciones interpersonales, habilidades sociales, sensibilidad hacia los demás, resolución de conflictos, empatía, entre otras.
- 2) Recapitulación correctiva de la familia primaria: Ayuda a entender y resolver problemas relacionados con los miembros de la familia, los efectos de las experiencias familiares pasadas pueden disolverse al aprender métodos de afrontamiento.
- 3) Cohesión del grupo: Los integrantes llegan a ser un pequeño grupo muy unido que refuerza la autoestima por medio de la aceptación.
- 4) Impartir información: Los participantes pueden recibir consejo y guía tanto del terapeuta como de sus compañeros.
- 5) Universalidad: Al escuchar a otros, uno descubre que tiene los mismos problemas, miedos y preocupaciones, es saber que uno no está solo.
- 6) Altruismo: Cada uno del grupo puede ayudar a los demás, mutuamente se ayudan y con esto surge un sentimiento de gran aprecio de uno mismo y competencia.
- 7) Infundir esperanza: Observar a otros que han resuelto con éxito sus problemas ayuda a infundir esperanza hacia uno mismo sobre su problema actual y futuros.
- 8) Comportamiento imitativo: Observar y escuchar a otros puede conducir al modelamiento de comportamientos más útiles. Aprenden unos de otros éstos.

- 9) **Catarsis:** Aprender a expresar sentimientos acerca de otros en el grupo en una forma honesta y abierta, para así fomentar confianza y empatía.

Un grupo es un conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado, en el cual se produce un dinámico interjuego de roles y la construcción de un “nosotros”. Algunos de los factores que regulan la terapia de grupo son: el lugar en el cual se desarrolla ésta, el contenido que se generará en las sesiones, la frecuencia y duración del grupo. Dentro de un grupo los miembros interactúan directamente, son conscientes de la existencia de éste, de su pertenencia a él y de la presencia de otros miembros, al igual que la participación de cada uno de los usuarios para alcanzar un mismo propósito y construir una buena comunicación (Herrera, 2003).

En todo grupo humano se da un proceso que tiene que ver con la satisfacción de tres tipos de necesidades, dichas satisfacciones marcan el proceso y avance por el cual va pasando el grupo. Estas necesidades son (García, 1997):

Necesidad de Inclusión: El grupo comienza a juntarse y a preguntarse “qué queremos hacer”. Es la integración del grupo dentro del espacio; este primer encuentro es de suma importancia porque al integrarse al grupo demuestran las habilidades, capacidades, diferencias y similitudes que existen entre cada uno de los usuarios.

Necesidad de Control: Después de una unión se inicia una especie de lucha en el grupo. Esto va a llevar al grupo a una serie de situaciones conflictivas, en donde creerán que su idea es mejor que la de los demás, querrán participar y dar ideas y comentar que las ideas de los demás no sirven o no son buenas, inicia una crítica y una búsqueda de liderazgo y buscan el control de la situación y el lugar.

Necesidad de Afecto: Luego de que el grupo logra satisfacer sus necesidades de inclusión y control, se provoca un período de gran afecto entre las personas del grupo. Esto se demuestra en el deseo de estar juntos, en no pensar en la hora de salida de la sesión, en las muestras de cariño entre los participantes y en el hablar de “mi grupo”.

Pasado este período el grupo va adquiriendo madurez y es capaz de afrontar de mejor forma los desafíos para los que se creó. Las actividades que se realizan son mejores, son capaces de ayudarse unos a otros, hay más participación y se comparten las decisiones, responsabilidad, existe un trabajo en equipo, disminuyen o desaparecen las críticas, hay una comprensión de las situaciones o experiencias de los integrantes y una retroalimentación y consejos de éstos y existen procesos de aprendizaje (Herrera, 2003).

Los objetivos del terapeuta dentro de una terapia de grupo es que el individuo logre aumentar su capacidad para el trabajo productivo, que aprenda a disfrutar mejor de las relaciones interpersonales y que adquiera habilidades para enfrentar las situaciones de estrés más frecuentes de la vida (Weiner, 1992).

Los valores a través de los cuáles se deben regir los terapeutas para dar un buen tratamiento, a través de la ética profesional y de habilidades adquiridas durante su formación son los siguientes (Weiner, 1992): La confianza, en la que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere en nuestros clientes internos y externos seguridad; la ética, donde se deben mantener principios y valores sustentados en el bien común, apegados a los principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo; la honestidad, en la cual nuestras acciones generen respeto responsabilidad y confianza para que nuestras acciones sean veraces y congruentes. También se encuentran la lealtad, que se encarga de generar en nuestros clientes internos y externos un compromiso sustentado en la calidad de nuestros servicios que le permita identificarnos como una excelente opción para dar respuesta a sus necesidades de servicio; el optimismo para orientar

nuestras acciones y metas con la confianza de que los resultados sean constantemente mejorados en beneficio de nuestros clientes internos y externos. Debemos contar con el respeto, el trato amable, cordial y cálido que se da en la interacción entre el personal del CSP y sus clientes externos e internos de forma bidireccional y que favorece el desarrollo de las actividades encomendadas y la responsabilidad al realizar las actividades encomendadas en tiempo y forma, manteniendo un alto compromiso para que el resultado de nuestras acciones favorezca un servicio de calidad para nuestros clientes internos y externos.

Dentro de las habilidades clínicas, ya en el trabajo con los usuarios tanto a nivel individual como grupal; con las cuáles se debe trabajar en todo momento son (Gatti, 1997):

- a) Rapport: Es el proceso inicial que se establece entre el terapeuta y el usuario con el objetivo de crear un clima de confianza para escuchar y ser escuchado y así planear objetivos comunes. Ejemplo: La plática al iniciar una sesión para romper el hielo y que el paciente tenga mayor confianza.
- b) Escucha activa: Que el usuario se sienta escuchado a través de la intervención adecuada del terapeuta, en el momento oportuno, para clarificar algunos puntos necesarios. Ejemplo: El usuario es el que debe hablar durante la sesión y en un momento de silencio o en el momento adecuado el terapeuta podrá comentar.
- c) Escucha pasiva: Atender al usuario sin interrumpirlo, dando muestras claras de atención. Ejemplo: Ser expresivo, contacto visual, asentamiento, gestos, empleo de monosílabos, cuando el usuario esta comentando, es la expresión no verbal del terapeuta hacia el usuario.
- d) Empatía: Capacidad para ponerse en lugar del otro para poder comprender los sentimientos y emociones que le generan a una persona el pasar por una situación determinada. Ejemplo: Durante una sesión entender los sentimientos que el usuario está teniendo ante la situación que está contando.

e) Observar: Capacidad de distinguir el comportamiento del usuario, enfocando la atención a los aspectos verbales y no verbales que muestra dentro de la sesión. Ejemplo: El usuario está comentando que no tiene sentimiento hacia el evento que está describiendo; sin embargo, su expresión corporal dice lo contrario al tener sudoración, movimientos de nerviosismo, al morderse los labios o las uñas.

f) Abrir la sesión: Habilidad y capacidad de recibir al usuario de una manera armoniosa, que permita orientar la sesión a objetivos específicos, contextualizando al paciente el contenido temático de las sesiones anteriores, para así determinar los contenidos de la sesión actual. Ejemplo: Se le comenta al usuario que es lo que va a lograr en ese espacio, o que es lo que recuerda de la sesión pasada para retomar de ahí la sesión actual.

g) Cerrar la sesión: Capacidad de sintetizar y resumir lo visto en la sesión con la finalidad de que el paciente se lleve concretamente puntos tratados dejando un panorama abierto a una sesión próxima. Ejemplo: El usuario debe hacer conciente lo que se vio en la sesión, al igual de hacer conciente el como se siente emocionalmente en ese momento.

h) Tono de voz: Uso adecuado del tono de voz, modulando con un espectro de alto a bajo con el objetivo de enfatizar aspectos importantes facilitando así el proceso de comunicación. Ejemplo: Usar un tono de voz alto cuando se quiere que el usuario recuerde lo que se está diciendo en ese momento, que se dé cuenta que es importante lo que está escuchando, sin tener que gritar, se debe modular el tono de voz para que el usuario no se sienta atacado.

i) Contacto visual: Dirigir la mirada al paciente sin que este se sienta incomodo, o amenazado con la finalidad de reforzar la atención hacia el usuario

j) Uso del espacio: Manejo idóneo del espacio, entre el terapeuta y el paciente en el cual se cuida la proximidad física, de manera que se facilite la escucha, sin invadir el espacio personal de ambos.

2.5 Formulación de Caso

En la evaluación y planeación del trabajo terapéutico (diagnóstico, intervención) se utilizan herramientas fundamentales que ayudan a enfocarnos en los aspectos primordiales y de importancia sobre un paciente en específico; realizando de este modo la formulación de caso con el propósito de lograr un tratamiento eficaz y personalizado; estas herramientas son: El Mapa Clínico de Patogénesis (MCP) y el Mapa de Alcance de Metas (MAM; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006), al igual que enfocándose en lo que es la Psicología Positiva como perspectiva dentro de la formulación de casos se realiza el Mapa Clínico de Fortalezas (MCF; Valencia & Flores, 2013) a continuación se presentan las características de cada uno de estos:

1) Mapa Clínico de Patogénesis (MCP)

Se encuentra conformado por diversas variables las cuales son:

- a) Variables Distantes: Son las variables lejanas del sujeto pero que se deben tomar en cuenta por la importancia que pueden tener en el problema actual. Ejemplo: Si fue un hijo deseado o no deseado y planeado o no planeado, así como si tuvo complicaciones durante el parto.
- b) Variables Antecedentes: Son las que nos dicen que hechos o acciones ocurrieron antes de que surgiera el problema o acciones que pueden estar desencadenando y manteniendo el problema. Ejemplo: Un niño presenta problemas de ansiedad y un año antes de que éste ocurriera su familia cambio de domicilio; por lo tanto, el presente cambio de ambiente escolar.
- c) Variables orgánicas: son los pensamientos y características internas del sujeto; son los pensamientos y déficit que el usuario está teniendo en la problemática, es el motivo de consulta o

factores de la problemática en sí. Ejemplo: La ansiedad que el niño está presentando en el momento.

- d) Variables de respuesta: se pueden considerar como el diagnóstico que se le da al participante y su problemática, son las acciones y/o conductas realizadas por el sujeto con base en las variables orgánicas. Ejemplo: El niño está comiendo demasiado ante la ansiedad que está sintiendo.

- e) Consecuencias a corto plazo y a largo plazo: es de suma importancia conocerlas puesto que nos enseñan lo que debe mejorarse y que podría ocurrir sino se atiende está problemática. El mapa de patogénesis nos ayuda a conocer que es lo que se debe trabajar con el usuario y nos ayuda a no desviarnos de la problemática y atacar o detectar la variable de mayor fuerza sobre el sostenimiento de la problemática. Ejemplo: La ansiedad que presenta el niño está provocando aumento de peso a corto plazo y a largo plazo obesidad infantil y rechazo social.

2) Mapa de Alcance de Metas (MAM)

Nos ayuda a ver las estrategias con las que debemos intervenir; una vez que hayamos detectado todas las variables en el mapa clínico de patogénesis, este mapa de alcance de metas (MAM) nos ayudará a tener los objetivos específicos del tratamiento y las metas o resultados finales a los que queremos llegar sin desviarnos de esto.

El MAM incluye tres variables que son:

- a) Estrategias potenciales de intervención. Continua ejemplo del MCP: Un niño que presenta problemas de ansiedad debe ser intervenido con estrategias de relajación, cambio de

pensamiento para el control de la ansiedad y solución de problemas para que la ansiedad no surja ante uno.

- b) Variables instrumentales del resultado: Son el objetivo del tratamiento. Ejemplo: El objetivo del tratamiento con el niño con problemas de ansiedad es que disminuya y comprenda el porqué surge este problema y adquiera habilidades para enfrentar ésta.
- c) Metas de resultados finales: Estas variables son de gran importancia y son necesarias para poder realizar un tratamiento de mayor eficacia y eficiencia para el usuario. Ejemplo: El niño deberá disminuir su ansiedad, aprender a relacionarse con sus nuevos compañeros de escuela y adaptarse al nuevo ambiente con las habilidades aprendidas.

3) Mapa Clínico de Fortalezas (MCF)

Dentro de este mapa se retoman las variables anteriormente mencionadas en el MCP; sin embargo, en vez de enfocarse en la problemática y las variables antecedentes a ésta, nos enfocamos en las fortalezas y virtudes que el usuario presenta para poder vencer su problemática y mejorar su calidad de vida (Valencia & Flores, 2013) y de ese modo enfocar la intervención de acuerdo a éstas. En el próximo apartado se dará la explicación de la importancia de las virtudes y fortalezas así como su clasificación (ver página 67) para el bienestar psicológico; las variables del MCF son:

- a) Variables Distantes: son variables que se han establecido desde la infancia, fortalezas y virtudes con las que el usuario se empezó a criar y a desarrollar. Ejemplo: Sobrevivencia a un parto complicado.

- b) **Variables Antecedentes:** son las variables que desencadenaron que el participante tuviera las habilidades o fortalezas con las que se presenta en el motivo de consulta, pueden ser externas (ambiente, familia, pares) o internas (personales). Ejemplo: Los padres del infante se divorciaron, sin embargo el sigue teniendo sentido del humor ante la situación.

- c) **Variables Organísmicas:** son los pensamientos y características internas del sujeto; son las fortalezas que el usuario tiene para resolver una problemática y adaptarse a las situaciones cotidianas. Ejemplo: El niño es capaz de sentir amor hacia los demás y preocuparse por ellos.

- d) **Variables de Respuesta:** se consideran como las acciones positivas que el sujeto realiza gracias a sus características y habilidades personales. Ejemplo: Ayuda a las personas cuando ve que lo necesitan.

- e) **Consecuencias a corto plazo y a largo plazo:** son las respuestas que el sujeto recibe de acuerdo a las acciones que realiza, esto hace que sus fortalezas se sigan desarrollando y mejorando considerando mayores logros a futuro. Ejemplo: El niño recibe agradecimiento y cariño cuando ayuda a las personas.

En este apartado se ha hablado sobre la importancia de las intervenciones y como es que la Psicología Clínica interviene en éstas; como se puede observar las técnicas presentadas se enfocan en disminuir síntomas y problemas con los que las personas se presentan; sin embargo el Mapa Clínico de Fortalezas toma en cuenta los factores y cualidades que las personas presentan para salir adelante ante alguna situación; por lo tanto, para

poder entender de manera adecuada éste, en el siguiente capítulo se dará a conocer lo que es la Psicología Positiva, ya que ésta se enfoca en las cualidades, fortalezas y virtudes, al igual que en los estilos de pensamientos que ayudan a las personas a salir adelante ante la adversidad y ser resilientes.

Psicología Positiva

La Psicología Positiva es el estudio científico del beneficio o la importancia que tienen las experiencias positivas y los rasgos positivos de un individuo ante situaciones cotidianas. Para Seligman (2005) es un campo concerniente al bienestar y el funcionamiento óptimo.

Dentro de ésta; el objetivo principal es lograr la satisfacción y la felicidad como indicadores de una salud mental positiva y un bienestar psicológico óptimo (Prada, 2005). Esta visión permite ampliar el trabajo del psicólogo, pasando de un enfoque tradicional (patológico) al del bienestar (ver tabla 1) propuesto por Castro (2010).

Tabla 1. Tomado de Castro, 2010. Abordaje Psicología clásica versus abordaje desde la Psicología positiva.

| Áreas de la psicología | Abordaje clásico de la psicología | Abordaje propuesto por la psicología positiva |
|---------------------------------|---|---|
| Evaluación y diagnóstico | Se evalúan los trastornos psicológicos, los rasgos de la personalidad patológicos, las áreas problema o focos a trabajar, los conflictos, los síntomas. | Se evalúan los aspectos adaptativos, el potencial de las personas, las fortalezas, el bienestar psicológico, los recursos, la creatividad |
| Área clínica | Se trata de aliviar o mejorar los síntomas, esclarecer los conflictos, se aconseja sobre situaciones problema, se elimina lo negativo. | Se trabaja sobre los rasgos positivos y el cultivo de las fortalezas. El cambio positivo se logra aumentando las capacidades resilientes del paciente la frecuencia de emociones positivas, el significado de la vida, la realización de actividades intencionales para incrementar el bienestar. |
| Área laboral | Se identifican problemas y se ponen en marcha estrategias a la mejora del déficit: la insatisfacción laboral, el bajo rendimiento, la baja motivación, el poco compromiso, el estrés laboral, el ausentismo. | Se trabaja sobre la potenciación de las virtudes organizacionales, el incremento del bienestar laboral por sobre el dinero o la productividad, el capital psicológico de los miembros de la organización. |
| Área educativa | Se identifican factores que obstaculizan o inhiben el proceso de aprendizaje. Se realizan intervenciones psicopedagógicas para rehabilitar el déficit. Se orienta a los padres sobre aspectos conflictivos de niños y adolescentes. Se realizan tareas de orientación vocacional. | Se trabaja sobre las fortalezas personales y como se aplican a diferentes contextos para favorecer los estados de <i>flow</i> . Se entrenan las capacidades metacognitivas, la motivación, la inteligencia emocional y la práctica. |

De acuerdo con Vázquez y Hervás (2007) la salud mental positiva implica un estado emocional positivo y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, posee expectativas de un futuro positivo y en general un modo adaptativo de interpretar la realidad, pero también supone disponer de recursos para desarrollarnos como seres humanos.

La salud mental positiva consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad (Oramas-Viera, Santana & Vergara, 2007).

Lo que se busca dentro de la salud mental positiva es el bienestar psicológico. Vielma y Alonso (2010) señalan que el bienestar psicológico (BP) es el resultado de la percepción sobre logros alcanzados en la vida y el grado de satisfacción personal con lo que se ha hecho, se está haciendo o puede hacerse. Los componentes del BP son: el eje afectivo-emocional (afectos y sentimientos) el eje cognitivo-valorativo (pensamientos y actitudes) y el eje social, vincular o contextual (rasgos, personalidad y conducta).

A continuación se darán a conocer diversos modelos del bienestar con los cuales se da impulso al estudio de lo positivo; siendo éste, el objetivo de la psicología positiva.

Modelo de Jahoda (Lluch, 2002): Este modelo de María Jahoda (1958) se centra en la salud mental de individuo y asume la necesidad de tener en cuenta aspectos de la salud física y aspectos sociales; en el cual, plantea seis criterios sobre salud mental positiva, los cuales son: a) Actitudes y cuidados hacia sí mismo, b) Crecimiento, desarrollo y autoactualización, c) Integración, d) Autonomía, e) Percepción de la realidad y f) Dominio del entorno.

La teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (Sotelo,2011): Edward Deci y Richard Ryan (1985) basan esta teoría en que el bienestar es la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo; más no, de las experiencias placenteras vividas. Se relaciona con el desarrollo y funcionamiento de la personalidad dentro de los contextos sociales. El funcionamiento psicológico sano implica una satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y un sistema de metas congruentes y coherentes; es decir, las metas y la personalidad deben de tener un fin y debe ser: 1) Interés intrínseco más que extrínseco, 2) Coherentes con los propios intereses y valores así como con las necesidades psicológicas básicas y 3) Coherentes y alcanzables entre sí.

Modelo Integrado de Desarrollo Personal de Ryff (Romero, García-Mas & Brustad, 2009): Carol Ryff (1989) define el bienestar psicológico a partir de elementos eudamónicos, es decir, la búsqueda del crecimiento personal, el desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida en el presente y en futuro y no incluye elementos hedónicos; es decir, la satisfacción vital y la efectividad positiva en el presente; la cantidad de emociones positivas o de placer como un predictor en sí mismo del funcionamiento psicológico óptimo sino más bien como una consecuencia. Este modelo está compuesto por seis dimensiones sobre lo que es el funcionamiento óptimo, las cuáles son: Autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósitos en la vida y crecimiento personal.

Modelo del Estado Completo de Salud de Keyes (Díaz, Blanco, Horcayo & Valle, 2007): Corey Keyes propone un modelo basado en el de Ryff; sin embargo, lo expande para cubrir aspectos tanto hedónicos como eudamónicos (2002). Los axiomas que ella sostiene son: La salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí más que dos polos de una única dimensión bipolar; por lo que, la ausencia del trastorno no garantiza la presencia de salud y viceversa y el segundo es la presencia de salud supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo. La salud mental está compuesta por tres factores: el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y el

bienestar social y da 5 dimensiones que componen a éste último, las cuáles son: coherencia social, integración social, contribución social, actualización social y aceptación social.

Modelo de las tres vías de Seligman (Segura & Ramos, 2009): Martín Seligman (2003) menciona que existen diversas vías conducentes al bienestar y a la felicidad cuáles son: La vida placentera (pleasant life): Es de corta duración, se maximizan las emociones positivas y se minimizan las negativas respecto al pasado, presente y futuro. La vida comprometida (engaged life): Se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas y la vida significativa (meaningful life): Es la más duradera de las tres vías y ésta incluiría el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo

Enfocándonos al autor Martin Seligman, la psicología positiva es el estudio científico de tres tipos de “vida positiva”: La vida placentera, la buena vida y la vida con sentido. Sin embargo Seligman en el año 2011 reformula esta teoría y la desarrolla con lo que ahora se conoce como el PERMA en el cual reincorpora cinco elementos de suma importancia para lograr el bienestar; a continuación serán mencionados, para posteriormente durante este apartado, ser retomados y explicados:

- Emociones Positivas (P: Positive emotions)
- Involucramiento (E: Engagement)
- Relaciones Interpersonales (R: Relationship)
- Significado (M: Meaning)
- Logro (A: Accomplishment)

Se trabaja con las fortalezas o habilidades personales puesto que éstas se asocian a una mejor salud, bienestar y prevención de la enfermedad mental y física (Segura & Ramos, 2009).

Dentro de la psicoterapia en Psicología Positiva en la infancia, existen elementos del conjunto del proceso psicoterapéutico que usan el trabajo con emociones positivas para mejorar el malestar y extraer del infante elementos de fortaleza, aprendizaje y resiliencia para prevenir el daño futuro y de ese modo permitir un mayor desarrollo personal ante la adversidad (Segura & Ramos, 2009).

El optimismo dentro de este ámbito infantil es un recurso psicológico positivo de suma importancia, que se relaciona con la salud general; éste surge de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) en la cual se explican las respuestas de afrontamiento a los eventos negativos que les suceden a las personas en sus vidas. Seligman postula la existencia de dos estilos explicativos sobre un suceso; el optimista y el pesimista (Prada, 2005).

3.1 Estilos Explicativos

Peterson y Seligman (1984) comentan que el infante tiene un estilo explicativo para las situaciones y adversidades que le surgen en la vida cotidiana; existen dos tipos de estilos explicativos de pensamiento; estos estilos explicativos son un atributo psicológico que indica cómo es que las personas explican por qué son víctimas de un evento positivo o negativo; por lo cual se da un estilo de atribución de causalidad del evento que determinará el posterior estado emocional que experimenta el individuo. Estos estilos explicativos de pensamiento son dos: el pesimista (EEO) y el optimista (EEO) los cuáles cada uno de éstos cuenta con tres componentes o dimensiones descriptivas que son (Seligman, 2002):

- a) Internalidad- Externalidad: Es definido como el grado en que alguien se considera responsable del suceso o el locus, dónde se asume que reside la causa.

b) Permanente-Temporal: Cuando la causa del suceso está presente durante todo el tiempo y de manera estable o es transitorio, temporal e inestable.

c) Globalidad- Especificidad: Se define como el grado de control que tiene el individuo sobre su comportamiento, cuando un suceso o comportamiento domina a otros aspectos de la vida y se da en diversos escenarios, se dice que es global, mientras que cuando es circunstancial o específico de algún área o solo influye en alguna parte de la vida encontramos especificidad.

Los dos tipos de estilos explicativos que existen son (Seligman, 2002):

1. El Estilo Explicativo Pesimista (EEP) se define como la tendencia a explicar los eventos negativos ocurridos en la vida cotidiana, con una causa interna a uno mismo, estable y permanente en el tiempo y con un efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona. Ejemplo: Saque malas calificaciones porque soy muy malo en lo que hago, no sé hacer nada bien y siempre me saldrán mal aunque me esfuerce.
2. El Estilo Explicativo Optimista (EEO) se refiere a la tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, con una inestabilidad en el tiempo y un modo específico de ese ámbito en concreto que le afecta (Seligman, 2002). Ejemplo: Saque una mala calificación en el examen porque el tema estaba difícil y no estudie el tiempo que debía dedicarle, para el próximo examen estudiaré más y pediré ayuda sino entiendo el tema.

El optimismo (EEO) se da cuando el infante tiene un estilo explicativo externo, temporal y específico mientras que el pesimismo (EEP) tiene las

dimensiones de un estilo explicativo interno, permanente y global. El EEO predice una mejor salud general y es protector de ésta.

Las creencias positivas ante un evento, ayudan al niño en situaciones adversas; puesto que, las personas que tienen un estilo explicativo optimista se sienten más seguras y positivas sobre sí mismas y son capaces de aceptar y trabajar información amenazante para su persona. El optimismo y las experiencias positivas actúan como un recurso para el afrontamiento de información negativa y se pueden realizar conductas de prevención; al igual que tienden a interpretar que sus problemas son específicos, y que tienen el control de una situación. Por el contrario, las personas pesimistas, creen que sus problemas durarán siempre, subestimarán todo lo que hagan y no podrán controlar situaciones (Seligman, Kaslow, Alloy, Peterson, Tanenbaum *et al*, 1988).

Tomando en cuenta la teoría abierta realizada por Bárbara Fredrickson; ésta sostiene que las emociones positivas, como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, entre otros; aunque fenomenológicamente son diferentes entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de la persona y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos, y sociales disponibles para momentos futuros de complejidad. Amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perdurables, acrecientan las reservas a las que pueden recurrir cuando se presenta una amenaza o una oportunidad para poder tener un mejor desarrollo y crecimiento personal en aspectos sociales, psicológicos e intelectuales. Las emociones positivas predicen un elevado nivel de bienestar y aumenta la probabilidad de sentirse mejor en el futuro; por lo tanto, tienen una relación positiva con el estado de salud y sobretodo con un bienestar personal y una mejora en la vida (Fredrickson, 2000).

3.2 Fortalezas y virtudes

Se debe de tomar en cuenta que para entender el bienestar; se necesitan comprender las fortalezas y virtudes personales para lograr que la vida tenga autenticidad, por lo cual Peterson y Seligman (2004) desarrollaron una clasificación de Fortalezas y Virtudes Humanas como vía para alcanzar la buena vida, realizando una descripción de 24 fortalezas que se encuentran dentro de seis virtudes universales. Para la clasificación de éstas; se deben de tener en cuenta tres criterios: que se valoren en todas las culturas, que se valoren por derecho propio más no como medio para alcanzar otros fines que sean maleables. De acuerdo a estos criterios la clasificación de las Fortalezas (24) dentro de las virtudes (6) es la siguiente (Prada, 2005):

Sabiduría y Conocimiento: Curiosidad, Amor por el conocimiento y el aprendizaje, Mentalidad abierta, creatividad y perspectiva.

Coraje: Valentía, perseverancia, honestidad y vitalidad.

Humanidad y amor: Amor, apego, capacidad de amar y ser amado, amabilidad, generosidad e inteligencia emocional, personal y social.

Templanza: Capacidad de perdonar, misericordia, modestia, humildad, prudencia y auto-control y auto-regulación.

Trascendencia: Apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud y esperanza, sentido del humor y entusiasmo y espiritualidad.

Justicia: Civismo y trabajo en equipo, sentido de la justicia, equidad, imparcialidad y liderazgo.

Peterson y Seligman (2004) han creado un instrumento autoaplicable para conocer las fortalezas de carácter, llamado Cuestionario VIA (Valores en Acción); el cual consta de 245 preguntas con 5 respuestas tipo Likert, las

cuales miden el grado en que un individuo posee cada una de estas fortalezas y da una retroalimentación de las puntuaciones obtenidas al término de éste.

Existen factores protectores y factores de riesgo que se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona resista y actúe en diversas circunstancias; actúan ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones funcionales, que en definitiva, traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes; implican variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Dentro de estos factores protectores se incluyen en el área personal, habilidades comunicativas y de resolución de problemas, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía, mayor tolerancia a las frustraciones, capacidad de pedir ayuda. Dentro de los factores familiares se incluye la presencia de apoyo incondicional por al menos una persona significativa y emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados en momentos difíciles. En el ámbito comunitario, se han considerado la presencia de pares y personas mayores en la comunidad que brinden la posibilidad de transiciones positivas en la vida, entre otras. Los factores de riesgo son los déficits o ausencia de dichas habilidades o áreas (Fiorentino, 2008).

Los factores que fortalecen internamente a niños y adolescentes son (Csikszentmihalyi, 2005): Vínculo estable (apego), apoyo social actitud de comprensión, cuidado y amor, ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas, modelos sociales que estimulen un aprendizaje constructivo, responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos; oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales, reconocimiento y atención a los éxitos y habilidades, estrategias de afrontamiento que favorecen la resolución eficaz de los problemas, expectativas de autoeficacia, confianza en sí mismo y un auto-concepto positivo, actitud optimista y fuertes expectativas de autoeficacia frente a

situaciones generadoras de estrés, capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento y apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

La psicología positiva no minimiza la importancia de conocer y tratar las psicopatologías y de ayudar a los individuos, familias y organizaciones a resolver problemas; lo que propone es una psicología equilibrada, en la que tengamos conocimientos y herramientas tanto para mejorar lo doloroso, como para cultivar lo que más valoramos y es bueno en nuestras vidas (Tarragona, 2013).

Seligman (2011), al analizar los hallazgos más importantes sobre los factores que contribuyen al bienestar, concluye que éste, tiene cinco elementos principales, mismos que sintetiza con el acrónimo en inglés PERMA, a continuación se explica brevemente en qué consiste cada uno de éstos (Seligman, 2011):

Emociones Positivas (P: Positive Emotions)

Se refiere a experimentar emociones positivas, más frecuentemente que las emociones negativas. Implica también un estilo cognitivo optimista.

Involucramiento (E: Engagement)

El involucramiento se refiere a estar implicados en nuestras actividades, concentrarnos en nuestras tareas y poner en juego nuestras habilidades. Tener un propósito y sentido en la vida son también claves del bienestar, como también lo es ponernos metas y alcanzarlas.

Se asocia a las experiencias de flujo (“flow”) de conciencia; esto es, cuando alguien se concentra tanto en una actividad que en ese momento no piensa en nada más, su atención está totalmente enfocada e incluso se distorsiona su percepción del tiempo (se pasa muy rápido). Estamos en *flujo*

cuando nos enfrentamos a un reto relativamente alto y tenemos habilidades relativas para poder lograrlo.

Relaciones Interpersonales (R: Relationship)

Las Relaciones Interpersonales es la variable que más se correlaciona con el bienestar, por lo que es de suma importancia el tener buenas y afectuosas relaciones donde esté involucrado el amor.

Significado (M: Meaning)

Se refiere al “significado” y este contribuye a que nuestra vida tenga sentido; el sentido de vida es el grado en el que una persona comprende o percibe significado a su vida y siente que tiene un propósito, misión o meta.

Las personas que piensan que su vida tiene sentido son más felices, experimentan mayor bienestar y satisfacción, se sienten más en control de sus vidas y están más involucrados en su trabajo. También tienen menos depresión y ansiedad y son menos propensos a abusar del alcohol y otras sustancias.

Peterson (2006) ha identificado 4 fuentes frecuentes de sentido de vida: El trabajo - logro, la intimidad - relación interpersonal, la espiritualidad y la trascendencia - generatividad.

Logro (A: Accomplishment)

Seligman (2011) también se ha referido a este componente de logro como la “vida victoriosa” y habla de la satisfacción que sentimos cuando enfrentamos retos y alcanzamos logros. Cuando nos ponemos metas podemos desarrollar habilidades y nos sentimos competentes.

Es la importancia de lo que escogemos libremente y, al igual que las emociones positivas, las experiencias de flow y las relaciones interpersonales, alcanzar metas es algo satisfactorio en sí mismo (Peterson & Seligman, 2004).

Enfocándonos en el modelo de Martín Seligman y Fredrikson (2000), dentro de la psicología positiva aplicada en la infancia; cabe mencionar que las intervenciones están basadas en las fortalezas personales, rasgos o habilidades potenciadores del bienestar, el diseño de las intervenciones está focalizado en el uso de potencialidades del niño no solo para incrementar el bienestar, sino como estrategia efectiva en la reducción de la problemática.

Se han descrito las 10 emociones positivas más frecuentes, las cuáles son: el gozo, la gratitud, la serenidad, el interés, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el asombro y el amor y en base a esto ha desarrollado una teoría, llamada de “ampliar y construir”, que propone que las emociones positivas nos ayudan a estar más abiertos a las experiencias, a tener curiosidad y ganas de explorar el mundo, además de promover que nos conectemos con otras personas. Estas actividades son fundamentales para crear y construir, y nos hacen plenamente humanos (Cohn & Fredrickson, 2009).

Existen capacidades que se logran desarrollar a través del entrenamiento o la focalización en emociones positivas para el afrontamiento de situaciones adversas; algunas de estas capacidades son: dar propósito y significado a las cosas que suceden, elegir caminos y establecer metas en la vida, el optimismo, el uso del humor, la creatividad, la curiosidad, la esperanza, la autoeficacia, el autocontrol, la confianza en uno mismo, entre otros. A través de esto se logra minimizar o modular las emociones negativas dentro de una situación de adversidad personal; logrando así el desarrollo de la resiliencia en la infancia (Fredrickson, 2000).

3.3 Resiliencia

Definida por Garmezy (1991) se refiere a la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante; esto implica que, por una parte, el sujeto estará expuesto a una adversidad y por otra parte, llevará a cabo una adaptación positiva sobre su proceso de desarrollo, a partir de las importantes amenazas en su vida cotidiana (Elisardo, 2006).

Rutter (1991) sostiene que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida «sana» en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural; se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo. Es la capacidad que permite a las personas salir transformados y enriquecidos al enfrentar situaciones adversas.

Algunas características de un niño resiliente es la flexibilidad cognitiva, la capacidad creativa, la habilidad para resolver problemas interpersonales, habilidades sociales, un buen nivel de autoconcepto y autoestima y los vínculos de apego forjado. Las emociones positivas provocan cambios cognitivos y posteriormente éstos provocan cambios en el aspecto conductual; por lo que, de esta manera se favorece la construcción de recursos personales físicos, psicológicos y sociales para afrontar situaciones problemáticas o adversas; por lo que el experimentar emociones positivas es un recurso necesario y de suma importancia para desarrollar el proceso de resiliencia en la infancia (Peterson, 2006).

Dentro de la psicología positiva, el proceso de resiliencia consta de dos tipos de factores: internos y externos; el primero se refiere a factores relacionados con aspectos biológicos y psicológicos en mutua interacción y los segundos, se refieren a los relacionados con las características del contexto

familiar y social; éstos son de suma importancia puesto que la resiliencia ayuda al logro del bienestar psicológico óptimo y una mejora en salud integral, por lo que, lograr un equilibrio en los factores internos y externos junto con una buena interacción entre las emociones positivas, los cambios de pensamiento y por ende los cambios conductuales son el objetivo principal de la psicología positiva. (Greco, Morelato & Ison, 2006).

De acuerdo a Bissonnette (1998) existen cuatro patrones que ayudarán en el proceso del desarrollo de la resiliencia los cuales son:

- 1) El patrón disposicional: Se refieren a los atributos físicos y psicológicos del niño
- 2) El patrón relacional: Se refiere a los roles y relaciones del sujeto dentro de la sociedad, tanto en los aspectos intrínsecos y extrínsecos de las experiencias sociales
- 3) El patrón situacional: Se refiere a la aproximación a las situaciones y la manera de manejar éstas; dentro de esto se encuentran la habilidad cognitiva, de solución de problemas, capacidad de afrontamiento, etc.
- 4) El patrón filosófico: Se manifiesta por las creencias personales, del autoconcepto, autoestima y el propósito de vida.

Existen siete factores que componen la resiliencia en la infancia: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinismo y perseverancia. Ya que son características que el niño debe desarrollar a la hora de su interacción con el ambiente pues son vistas como habilidades de afrontamiento; estas habilidades pueden ser de diferentes tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, familiares, de reestructuración, de planificación de vida y de solución de problemas (Glantz y Johnson, 2002).

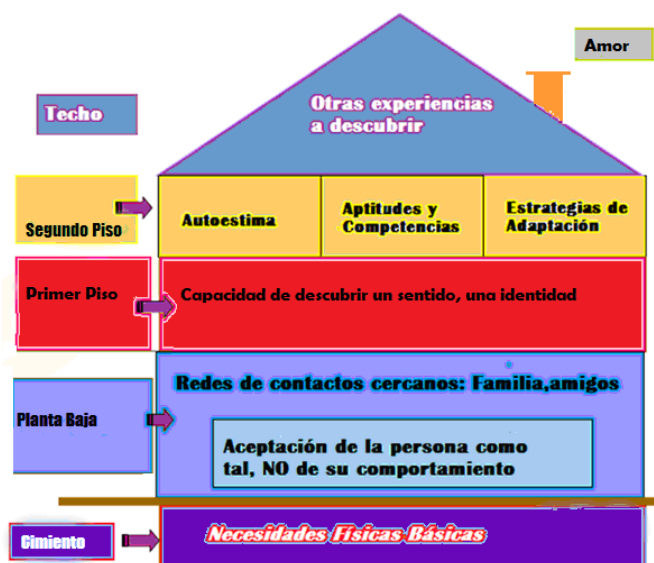
Para poder lograr la resiliencia, los aspectos de suma importancia que deben desarrollarse en el niño son los siguientes (Vecina, 2006):

- 1) Sentido del humor: Nos ayuda a tener mayor beneficio ya que la risa y la sonrisa nos ayudan de diferentes maneras como lo es: aprender a reírte de tus problemas y encontrarles un lado positivo a éstos; la risa libera endorfinas que nos ayudan a estar más relajados y a disminuir el cortisol, los corticosteroides y la adrenalina que son los que hacen que nos encontremos con estrés, al igual de que la sonrisa libera oxitocina y norepinefrina lo cual hace que tengamos o sintamos placer. Con el humor se tiene un pensamiento abstracto, reflexivo y flexible
- 2) Solución de problemas: son cinco pasos los que se deben de seguir para llegar a una resolución de un problema: 1) Tomar la situación con calma, 2) Ver la perspectiva sobre la problemática, 3) Establecer metas, 4) Elegir una alternativa para llegar a la meta escogida viendo los pros y contras de ésta a corto y largo plazo y 5) Verificar si funcionó la alternativa y sino regresar y elegir una nueva.
- 3) Autonomía: Es el sentido de identidad propia, es la habilidad para actuar con independencia, nos ayuda a controlar los factores del entorno y es la capacidad para separarse de una familia disfuncional (distanciamiento adaptativo).
- 4) Optimismo: Es la técnica de afrontamiento para solucionar problemas, viendo lo positivo de la situación; Seligman en 1988 comenta que es un estilo explicativo en donde se ven las circunstancias particulares únicamente y depende del desarrollo, de la familia y de las consecuencias que ha vivido de sus acciones.
- 5) Sentido de propósito y de futuro: Es ver las expectativas saludables, la dirección, motivación, y tener fé en un futuro mejor, se tiene un sentido de anticipación y coherencia.

Vanistendael (2002) representa en forma esquemática (ver figura 1) aquellos elementos con los que se puede construir la resiliencia (La metáfora de la “casita”).

El suelo sobre el que se construye está representando las necesidades básicas (salud, nutrición, reposo, recreación) si estas necesidades están satisfechas se puede empezar a construir la resiliencia. Los cimientos se hallan representados por las redes de contactos donde vive y se desarrolla el ser humano. En primer término la familia, luego los amigos, los vecinos, los compañeros de la escuela, los colegas del trabajo. En el corazón de la casa aparece la aceptación incondicional de la persona independiente de su comportamiento, por parte de alguien cercano. En la planta baja se sitúa la capacidad de descubrir un sentido, una coherencia en la vida, valorando plenamente la vida. En el primer piso tenemos tres habitaciones, una con autoestima otra con las aptitudes y competencias y la tercera con el humor. En el desván coloca otras experiencias por vivir, así como en lo que rodea a la casa, cada grupo puede descubrir nuevos elementos que fortalecen la resiliencia.

Figura 1. Tomado de Barranco, 2009. Metáfora de la Casita



Los pilares fundamentales de la resiliencia son (Gamboa, 2008):

- Autoestima colectiva: Satisfacción de la pertenencia, implica reconocer que uno es parte de una sociedad y que comparte los valores que la inspiran.
- Identidad cultural: Reconocimiento de lo que es propio de nuestra cultura para tener una valoración grupal
- Humor social: Capacidad de algunos grupos para encontrar la comedia en la propia tragedia, ayuda a la aceptación madura de la desgracia y facilita distancia con un problema.
- Honestidad estatal: Existencia de una conciencia grupal que condena la deshonestidad y valoriza al honesto.

Un niño resiliente utiliza las frases siguientes: “Yo soy”, “Yo puedo”, “Yo tengo”, “Yo estoy”. Y nos dice que estas palabras contienen los siguientes factores resilientes: Autoestima, competencia social, confianza en sí mismo y autonomía; lo que se busca lograr en un niño resiliente es que sea capaz de enfrentar las situaciones adversas, a través de estos factores que lo apoyen a poder pensar y actuar de manera positiva y a lograr un equilibrio en su vida (Cyrulnik, 2002).

3.4 Regulación Emocional

Puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. Es el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta (Eisenberg & Spinrad, 2004).

Es un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos de estrategias que conducen a ese objetivo; la elección de estas estrategias, tiene que ver con el

estilo de apego que tenga el sujeto, es decir, en cada estilo se tienden a privilegiar ciertas formas de manejar y regular las emociones (Bowlby, 1998).

Es un ingrediente específico del comportamiento afectivo, existen numerosas concepciones de los procesos relacionados a la regulación emocional; sin embargo, se ha generado cierto acuerdo en torno a la idea, de que regular los estados y experiencias emocionales requiere que las personas mantengan, disminuyan o aumenten una respuesta emocional en curso (Fredrickson, 2001).

Existe evidencia reciente de que la habilidad de distinguir emociones personales tiene directa consecuencia en la capacidad de un sujeto de regular dichos afectos. En este sentido, cuanto más hábil es un individuo en diferenciar un estado interno y experimentarlo como una emoción, mayor posibilidad tiene de regular aquella experiencia (Feldman, Barrett, Gross, Conner, & Benvenuto, 2010).

A partir de estudios que manipulan la respuesta emocional induciendo estados de ánimo negativo (por ejemplo, desagrado), han utilizado diversos parámetros para la evaluación y medición de las distintas formas de regulación, incluyendo reportes autoaplicados; en donde la persona debe reportar que está sintiendo, por cuanto tiempo lo siente y con que frecuencia, medidas fisiológicas e índices conductuales, cambios de conducta, frecuencia y duración de ésta. En términos generales, la atención se ha centrado en el momento de ocurrencia de las distintas formas de regulación a lo largo del proceso emocional. En este contexto se diferencian: a) estrategias de aparición temprana (focalizadas en los antecedentes), por ejemplo, aquellas que versan sobre el contexto, situación y significado atribuido a la fuente de activación, entre otras; y b) estrategias de aparición más tardía (focalizadas en la respuesta), por ejemplo, sobre los cambios somáticos experimentados una vez que la emoción se inició completamente (Feldman & Gross, 2001).

Evidencias recientes han mostrado que la regulación emocional como proceso depende de un grado de diferenciación emocional previo. En otras palabras, la habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros. Así, en la medida que las personas delimitan más detalladamente su experiencia, pueden manipular con mayor precisión sus estados afectivos. Cuando la diferenciación emocional es deficiente los niveles de psicopatología son más altos. De hecho, se produce un efecto de acentuación de la esfera somática del estado afectivo en la conciencia del individuo que dificulta aún más sus esfuerzos autorreguladores. Por todo lo anterior, se sostiene que la diferenciación emocional tiene un efecto significativo pero inespecífico en la psicopatología debido a su influencia en la regulación emocional (Barra, 2003).

Por lo tanto, conocer el modo de manipular la regulación emocional (por ejemplo, entrenar cierto tipo de estrategia), y su sustrato cerebral, son tareas sumamente relevantes dentro de las ciencias del comportamiento.

3.5 Programa Terapéutico que trabaja en base a la Psicología Positiva

Uno de los Centros de Servicios Psicológicos que se encuentra en el Distrito Federal y que trabaja con base en la Psicología Positiva en el ámbito infantil a través de un programa especializado, es el Centro de Servicios (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” que se ubica en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual fue inaugurado en el año de 1981; siendo coordinado y dirigido en el 2013 por la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz; con el objetivo primordial de ofrecer a los estudiantes una formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superiores y posgrado, proporcionando al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa. Busca ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación y además ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y al sector social.

En Agosto del 2001 el CSP contó con un programa que se encarga del tratamiento para los niños y sus familias basado en la Psicología Positiva, el cual es llamado “Programa de apoyo psicosocial para niños y sus familias: El juego del Optimismo” y se especializa en la población infantil para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de éstos. El objetivo inicial de este programa, fue evaluar los efectos de la intervención en el establecimiento de conductas de autocuidado, reestructuración cognitiva, solución de problemas y habilidades sociales para mejorar la adherencia a los tratamientos, así como la calidad de vida de niños con cáncer y sus familias (Valencia, 2007). Los contenidos del programa fueron modificados con la finalidad de que pudiera ser implementado como tratamiento para distintos problemas psicológicos infantiles; a continuación se presentan los módulos generales; éstos están basados en los aspectos y fundamentos de la Psicología Positiva para el mejoramiento de la calidad de vida en los infantes (Valencia, 2007).

3.6 Módulos de Intervención basados en Psicología Positiva: “El Juego del Optimismo”

La intervención realizada dentro del programa “El Juego del Optimismo” se lleva a cabo con apoyo de un manual dividido en módulos (Valencia, 2007), el cual se va modificando de acuerdo a la problemática y edad del paciente, cada módulo incluye información, ejercicios de práctica y tareas asignadas.

Durante el desarrollo y conocimiento de este manual a lo largo de la intervención, se presentan dos personajes, los cuáles hacen comprender a los niños de una manera fácil y eficaz los modelos comparativos de respuesta ante una misma situación vista desde puntos diferentes, puesto que uno de los personajes es optimista y el otro es pesimista. El tratamiento se lleva a cabo en un ambiente cordial, con claves (reglas) establecidas que se acuerdan con los niños y con los padres, para que conozcan que las sesiones serán realizadas a través de juegos que les brindarán habilidades importantes para adaptarse al entorno social y reducirán el motivo de consulta.

El manual está elaborado para que el usuario pueda realizar ejercicios por escrito, ensayos conductuales, lecturas guiadas, diversas actividades de práctica junto con su terapeuta. Los participantes solo pueden avanzar a un nuevo módulo cuando hayan comprendido y tengan claro las habilidades adquiridas durante el módulo que se está viendo. En los módulos se emplean caricaturas, historias que van a llamar la atención del niño, al igual que se realizan diversas y diferentes actividades para que el niño pueda comprender de manera novedosa, correcta y pueda desarrollar las habilidades que se le están forjando.

Cada nueva sesión se pregunta que se vio la sesión pasada, que aspectos son los importantes; para poder observar que el niño comprendió y recuerda de manera correcta lo visto anteriormente, al igual que se les pregunta si cree que lo aplicó de alguna manera a su vida y cómo lo hizo, de esta manera podremos saber si es un buen momento para continuar con el siguiente módulo; las sesiones para la comprensión de un módulo dependen de la capacidad cognitiva del paciente.

3.6.1 Módulo de Introducción: Salud

El primer módulo brinda información sobre las características de su cuerpo y la importancia de algunos hábitos que benefician su estado de salud, que previenen alguna enfermedad y que los hace estar saludables como son: tener una buena alimentación; esto se da a conocer a través del plato del bien comer, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, lavarse los dientes tres veces al día, asistir al pediatra, dormir al menos ocho horas diarias, conocer todas las partes del cuerpo y aprender a lavar cada una de éstas de la manera correcta, la importancia de bañarse todos los días, realizar ejercicio; etc. Este módulo permite explorar las creencias del niño y de sus padres con respecto a la importancia de estos hábitos, también se puede explorar la comunicación que tiene el niño con sus padres y así poder observar el impacto que tendrá este conocimiento en su vida cotidiana. Se le explica el porqué es importante que realice estas actividades y se realizan actividades para la

comprensión de éste, el niño es capaz de aprender a cuidarse por sí mismo y la importancia de tener salud y ser autoeficiente.

3.6.2 Módulo 1: Cambiando nuestro pensamiento

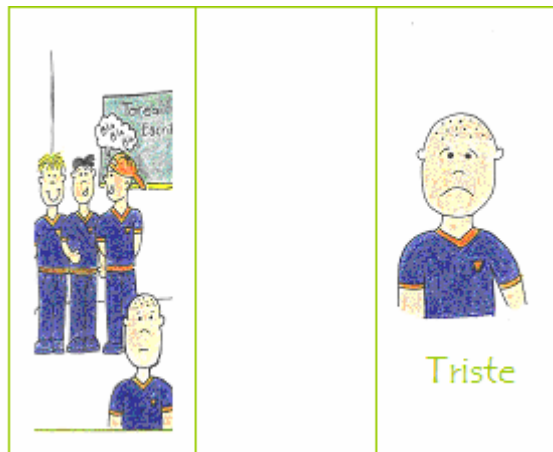
Este módulo permite a los niños identificar patrones automáticos de pensamiento; esto quiere decir, que el niño conozca y se de cuenta de su manera de pensar en una situación. Se emplean historias con los personajes pesimistas y optimistas, donde los protagonistas describen cuáles son sus pensamientos ante diversas situaciones. El niño debe identificar cuál de esos pensamientos es el que él tiene ante diversas situaciones como lo son: el área familiar, social, escolar y personal; el niño se da cuenta de cuál es su manera de pensar. Una vez que realizaron esto, se prosigue introduciendo el modelo ABC (Adversity, Beliefs, Consequences). En donde se les explica que en una situación (componente A) se pueden tener diferentes pensamientos o creencias (componente B) y estos pensamientos traerán una consecuencia, en este caso se utiliza como consecuencia la respuesta emocional (componente C) que el niño presenta ante esta situación (Ellis, 1980). Cada uno de estos componentes se enseña a través de viñetas con caricaturas (ver figura 2) para posteriormente emplear viñetas que deben completar, ya sea en la columna de creencias o de pensamientos (componente B) o en la columna de consecuencias, es decir, de la respuesta emocional (Componente C) (ver figura 3).

Figura 2. Valencia, 2007. Se muestra el componente del Modelo ABC, con viñetas de práctica donde se indican los tres componentes.



2

Figura 3. Valencia, 2007. Se muestra el componente del Modelo ABC, donde se debe completar uno de los tres componentes (creencia o pensamiento).



3

Los participantes deben identificar el tipo de pensamiento que puede estar teniendo el protagonista para estar sintiendo un estado emocional específico, al igual que a través de leer el pensamiento de la situación el niño debe llegar a ser capaz de identificar cuál es la emoción que el protagonista debe tener de acuerdo al pensamiento que tiene de la situación (familiar, social,

escolar) al finalizar este módulo el usuario debe ser capaz de generar al menos tres pensamientos con tres diferentes emociones para una misma situación.

3.6.3 Módulo 2: Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas

En este módulo, los participantes inician con el proceso de reestructuración cognitiva. En esta sesión el niño debe comprender e identificar el Estilo Explicativo Pesimista (EEP) y comenzar a cambiar este estilo de pensamiento pesimista por un pensamiento optimista (Seligman, 1998). Al comenzar se registra junto con los participantes los conceptos que ellos tienen sobre una persona optimista y una persona pesimista y a partir de estos podemos dar un concepto general de cada tipo de persona y la manera de pensar de cada uno; esto se realiza a través de historias con personajes con éstas características para poder reforzar el aprendizaje.

Posteriormente, se inicia el proceso de identificación de patrones de pensamientos pesimistas e irracionales, a través de actividades, como lo es: el teatro guiñol, ejercicios, dibujos y juegos; los usuarios deben identificar las diferencias entre un pensamiento permanente y un pensamiento temporal, así como las consecuencias emocionales que cada uno de estos pensamientos conlleva. Un ejemplo de esta actividad sería la actuación en el teatro guiñol de un niño y una niña uno con pensamiento permanente y otro con pensamiento temporal sobre la situación. En la actuación aparece una niña diciendo: “Saqué malas calificaciones, siempre me pasa soy muy mala estudiante, nunca sacaré buena calificación” (pensamiento permanente) la niña se encuentra muy triste como consecuencia de sus pensamientos; mientras que en esa misma situación actúa el niño con un pensamiento temporal: “Saqué malas calificaciones, no le entendí al tema y también no estudie el tiempo que debía estudiar pero para el próximo examen estudiaré más y haré preguntas de las dudas que tenga” (pensamiento temporal) el niño como consecuencia de su pensamiento se encuentra tranquilo de lo que ocurrió y sabe que es lo que debe mejorar.

Una vez identificado y comprendido el tipo de pensamiento de una persona optimista y una persona pesimista, se inicia la práctica para adquirir la habilidad de cambiar un pensamiento permanente, global e interno (pesimista) a uno temporal, específico y externo (optimista) e identificar la consecuencia emocional de cada uno de ellos reconociendo y utilizando el Modelo ABC (Ellis, 1980); esto se realiza de igual modo a través de juegos, ejemplos, historias actuadas, participación de cada uno de los participantes y ejercicios de comparación; terminando con ejemplos reales que cada uno de ellos comente. Como ejemplo podríamos mencionar a una mamá que llega enojada a la casa y regaña a su hija; la niña pesimista piensa “Mi mamá siempre me regaña (pensamiento permanente) es por que estoy fea y no me quiere (pensamiento interno) nadie me va a querer si ni siquiera mi mamá me quiere (pensamiento global). Mientras que por otro lado está la niña con un pensamiento optimista “Mi mamá llegó enojada hoy (pensamiento temporal) ha de haber tenido un mal día en el trabajo (pensamiento externo) yo creo que mejor le hago caso y hago lo que me diga para que ya no se enoje (pensamiento específico).

Para finalizar el módulo el niño debe ser capaz de realizar ejercicios que incluyan situaciones reales cotidianas que le causan problemas o se les complican a los usuarios y ellos deben proponer todos los estilos de pensamiento que puede haber en una situación e identificar la consecuencia emocional que ese pensamiento tendría en cada uno de ellos.

3.6.4 Módulo 3: Investigando y analizando nuestro estilo para explicar las cosas

Este módulo es un seguimiento o continuación del proceso de la reestructuración cognitiva. En esta sesión se trabaja con historias lo visto anteriormente, se refuerza ese aprendizaje y se les enseña a los niños a que sepan que existen o conozcan evidencias; estas evidencias van a ayudar a que el niño se dé cuenta de las razones por las cuales están pensando de esa manera una situación y que conozcan que existen evidencias que niegan o afirman los pensamientos que se están teniendo; a través de historias y

ejercicios los participantes aprenden a descatastrofizar; es decir, eliminar el pensamiento de la peor consecuencia o de la consecuencia negativa y aprenden a evaluar cuál de las posibles consecuencias tienen mayor probabilidad de ocurrir. Por ejemplo, se encuentran varios niños riéndose y un niño que está alejado de ellos pero cree que se están riendo de él; el niño piensa “Se están riendo de mí, voltean a ver hacia acá y se ríen” por lo tanto el niño debe aprender que no solo existe esa razón por la cuál los niños se estén riendo, debe aprender a pensar en varias opciones de lo puede estar ocurriendo puesto que los niños se están riendo de un cartel que se encuentra atrás del niño; por lo que él debe aprender a observar y no ha limitarse con su pensamiento interno.

3.6.5 Módulo 4: Solución de problemas

En este módulo se aprenden habilidades de comportamiento social que fortalecen los cambios cognitivos adquiridos durante las sesiones pasadas. Se da a conocer el proceso de solución de problemas el cual incluye cinco pasos básicos:

- 1) “Tomar las cosas con calma”: Se les presenta mediante historias y ejercicios los principios del pensamiento caliente; el cual es, un pensamiento sin evidencia que conlleva un comportamiento agresivo inicial; al igual, se les presentan los principios de un pensamiento frío, el cual se quiere que los participantes adquieran, puesto que es, un pensamiento que conlleva a un comportamiento tranquilo, a través de buscar evidencias y sustentar los hechos sucedidos. Se realizan juegos y actividades que nos ayuden a que los niños comprendan estos dos patrones de pensamiento, sus consecuencias y la manera en que podemos cambiar éstos, al igual de comprender la razón por la cual es importante poder identificarlos y modificarlos. Como ejemplo ponemos la situación en donde un niño está tomando agua de un bebedero y detrás de él hay varios formados; de repente alguien lo empuja y se moja la ropa; el piensa “Lo hicieron a propósito, se enoja y él empuja al que está

formado detrás de él” (pensamiento caliente) si el averiguará la situación se daría cuenta que un niño que iba pasando se tropezó y empujo al que estaba formado hasta atrás, por lo cual este empujo al que estaba adelante y así sucesivamente y pensaría “El empujón que me dieron no fue a propósito ni intencional” (pensamiento frío) y por lo tanto se sentiría tranquilo.

- 2) “Tomar la perspectiva”: Significa poder lograr ser empáticos con las emociones, comportamientos y necesidades de la otra persona que está involucrada en la misma situación en la que se encuentra el niño, esto se realiza a través de representaciones en las cuáles se toman en cuenta los puntos de vista de cada participante y se identifica y comprende “la perspectiva” del compañero; se realizan cambios de papeles para que el niño comprenda la situación por la que está pasando el compañero.

Estos dos pasos son de suma importancia para poder continuar con los siguientes tres, por lo que, se realiza una actividad en la cual se involucran estos dos y al igual se continúa en todo momento con la reestructuración cognitiva.

- 3) “Establecimiento de metas”: Se le presentan a los usuarios distintas situaciones problemáticas reales y ellos deben establecer la meta principal, la meta por alcanzar. Se les da la explicación del porqué es de suma importancia el establecimiento de una meta. Ejemplo: Un infante con bajas calificaciones estableció como meta el subir cada mes una calificación.
- 4) “Elegir un camino a seguir”: Una vez con la meta establecida, se debe realizar una lista de pros y contras para poder conocer que camino es el eficaz para alcanzar la meta establecida realizando un balance decisional sobre cuál alternativa o camino es el que representa la mejor opción. Ejemplo: Para elevar la calificación de una materia cada mes

debo estudiar diario 1 hora o debo ir a asesoría para que me ayuden a estudiar o debo hacer que mi mamá me haga preguntas del tema que vi ese día en clase, el niño elige estudiar diario 1 hora.

- 5) “Identificar si el camino elegido funcionó”: Los usuarios deben comprender que no en todas las situaciones se obtendrá el resultado esperado; sin embargo, deben conocer que se puede volver a elegir otro camino para la misma meta para poder conseguir lo que se proponen; los niños deben comprender que no en todas las situaciones se va a tener lo que se quiere, por situaciones externas a uno mismo; sin embargo, existen alternativas en las que pueden apoyarse para lograr una meta. Ejemplo: El niño no eleva su calificación con el camino elegido que fue estudiar 1 hora diaria; por lo que ahora debe elegir otro camino para alcanzar la meta que se propuso, así que elige el pedirle ayuda a su mamá para que lo lleve a asesorías con un profesor después de clases y de esta manera aprende que tiene otros recursos y maneras de conseguir lo que se propuso.

En la sesión estos tres pasos se unen a través de un juego “El detective” en el cual, no pueden proseguir hasta haber completado cada uno de los pasos, puesto que sin el establecimiento de cada uno de éstos no pueden adquirir las pistas, lo cual evitará que obtengan las pistas necesarias para llegar al objetivo.

3.6.6 Módulo 5: Habilidades Sociales para relacionarnos mejor

En esta sesión se trabaja la asertividad y negociación. Los niños adquieren habilidades a través de historias en el cual se dan a conocer tres tipos de personajes en la misma situación: el agresivo, el pasivo y el asertivo; a través de una misma historia pero con diferente respuesta y diferente solución se le pide a los niños que identifiquen las características principales de cada personaje y sus consecuencias en relación con otras personas. Al igual que se introducen aspectos o componentes no verbales que se necesitan para poder ser una persona asertiva y tener una buena comunicación. A través de espejos

los niños deben comprender y darse cuenta de las expresiones faciales que realizan o deben tener de acuerdo a la emoción que se comenta que deben demostrar en ese momento; se introduce también la importancia que tiene el acompañamiento de la expresión facial con el tono de voz y la importancia del tono de voz para expresar diferentes emociones, se les demuestra y se hace que identifiquen con una misma palabra las diferentes emociones o los diferentes mensajes que cada uno de éstas adquiere de acuerdo a la modulación del tono de voz; finalmente se da a conocer o se hace la unión de la expresión no verbal (facial) con el tono de voz y los participantes deben de realizar una expresión verbal que concuerde a la emoción y la expresión facial. Se les da la explicación de la importancia de la expresión de la emoción tanto de manera verbal como no verbal y él porque es necesario que adquieran esta habilidad.

Se trabajan los cuatro aspectos o pasos para “sentirnos bien con los demás” los cuales son:

- 1) Explicar la situación y lo que te molesta de ésta
- 2) Expresar lo que estas sintiendo emocionalmente de acuerdo a esta situación.
- 3) Comentar que es lo que te gustaría que cambiará de la situación, pedir un pequeño cambio.
- 4) Expresar como te sentirías si se realizará este pequeño cambio.

Los niños deben comprender que pueden decir que no a algo que no les guste o que no quieren realizar, pero, no deben de lastimar e insultar o hacer sentir mal al otro (Módulo 4); por lo tanto, se le ponen ejemplos y ejercicios de pareja a los participantes para que puedan identificar lo aprendido en situaciones cotidianas y aprendan a responder de manera asertiva; de igual manera, se les da a conocer los derechos de los niños y a través de juegos los niños los pueden conocer y aprender la importancia de hacerlos valer en sí mismos y con las demás personas con las que convive.

Para finalizar este módulo se trabajan los aspectos de la negociación, para poder realizar una buena negociación y poder desarrollar esta actividad, los niños deben ser capaces de comprender a través de juegos y de opiniones dadas por ellos, los pasos de la negociación que son los siguientes:

- 1) Tener claro lo que se quiere (algo razonable) saber qué es lo que si puedes llegar a pedir.
- 2) Pedir lo que se quiere a través de los cuatro pasos aprendidos para “sentirnos bien con los demás”
- 3) Escuchar lo que la otra persona quiere o tiene que decir sin interrumpirla.
- 4) Si no se está de acuerdo con lo que quiere la otra persona, se puede estar de acuerdo en algún aspecto de lo que propone y se debe comentar al otro en que si se está de acuerdo.
- 5) Después de haber expuesto los dos lo que les gustaría o lo que quieren entonces es momento de llegar a un acuerdo o compromiso.
- 6) Para comprometerse se deben preguntar ¿Qué están dispuestos a dar para llegar a un acuerdo y sentirse bien con este?
- 7) Se deben comprometer y decir “Yo estoy dispuesto a hacer esto si tu estas dispuesto a hacer esto; y de esa manera pueden aceptar o rechazar la oferta
- 8) Si alguno de los dos no acepta la propuesta se pueden realizar más hasta que los dos lleguen a sentirse bien con ésta.

Estos pasos se explican al niño de acuerdo a su edad; para que puedan comprenderlo de la mejor manera, uno de los ejemplos con los que se trabajo fue el siguiente: Se les proporcionó un billete de 100 pesos de juguete y se les puso por parejas, tuvieron que sentarse y llegar al acuerdo de qué es lo que iban a hacer con ese dinero ya que uno de esos niños quería ir al cine y el otro niño quería ir a la feria, así que hubo diversas negociaciones entre ellos una de las negociaciones que un par de niños hizo fue la siguiente: Niño A: Yo quiero ir al cine y tu quieres ir a la feria, me gustaría que fuéramos esta vez al cine y para la próxima ahorramos y vamos a la feria; el niño B respondió: Pero solo

vamos a hacer algo que tu quieres y yo no voy a tener algo que yo quiero; a lo que A respondió: Esta bien, que tal si vamos al cine pero tu eliges la película que quieras y aparte también eliges los dulces que quieres comer y ahorramos para luego ir a la feria, a B le gusto la idea porque le encanta comprar icee cuando va al cine. Estos ejercicios en parejas ayudan a practicar la habilidad de la asertividad y la negociación en donde se llegue a una buena negociación para los dos participantes y luego se comentan al grupo las negociaciones a las que llegaron para que cada uno vea que se pueden llegar a distintas ofertas o acuerdos en una misma situación de acuerdo a los puntos de vista de cada uno y que observen que para poder llegar a un acuerdo se debe ser asertivo en lo que se quiere y lo que no se quiere.

Método

4.1 Planteamiento del Problema

Los problemas externalizados son aquellas conductas que se muestran de manera extrema, como la agresión, los comportamientos antisociales, el berrinche, los golpes, la mala conducta; estos comportamientos se constituyen en estados psicológicos que se activan en situaciones sociales, con expresiones emocionales hostiles. Los problemas de conducta son un problema muy frecuente en la población infantil, en el ámbito escolar y familiar y se asocian a un déficit en la comprensión de las propias emociones y por ende, en la vivencia y expresión de la emocionalidad negativa; existe una falta de inhibición de las conductas socialmente inadecuadas que se producen por la falta de modelos adaptativos de autocontrol acordes con la situación social (Esquivel, 2010).

Los niños con trastornos externalizados parecen estar fuera de control, se pelean con frecuencia, hacen pataletas, son desobedientes, destructivos, no ponen atención, son activos, rompen reglas, tienen problemas de conducta; y por lo tanto, son etiquetados por sus mayores y son menos aceptados por sus iguales que otros niños con habilidades sociales adaptativas; provocando un mayor desequilibrio en área emocional (Trianes, 2003).

Los niños que son propensos a experimentar emociones intensas, especialmente negativas y no logran un autocontrol de éstas, son los que presentan altos puntajes en problemas externalizados. Los factores que contribuyen al desarrollo de dichos problemas son: las características individuales en un 19%, factores asociados a pares en un 13%, los factores parentales en un 6% y los factores socioculturales en un 4%. En México el 35% de los menores de 4 a 16 años presentan de 1 a 3 problemas externalizados y el 16% presenta 4 o más problemas externalizados; en cuanto al tipo de problemas que presentan se encuentran: inquietud (19%), irritabilidad (17%),

nerviosismo (16%), desobediencia (14%), explosividad (11%) y conducta dependiente (9%; Betancourt, 2008).

En el estudio realizado en diferentes países por Ivanova, Achenbach, Dumenci, Rescorla, Almqvist, Weintraub, et al. (2007), se encontró una alta frecuencia de problemas de conducta, en la India 46%, Uruguay alrededor del 53% y en Chile un 15%. En cuanto a la edad de inicio de los problemas de conducta en México, Medina-Mora et al. (2003) reportaron que éstos inician en promedio a los 8 años de edad. En cuanto a la prevalencia de los problemas del comportamiento en México, Caraveo, Colmenares y Martínez (2001) encontraron que en general 16% de una muestra de 1932 niños presentaban algún tipo de psicopatología, de este porcentaje, presentaba inquietud (19%), irritabilidad (17%), déficit de atención (14%), desobediencia (13%) y explosividad (11%; Moreno, 2012).

Por lo tanto es de suma importancia la necesidad de implementar un tratamiento especializado para el trabajo adecuado de éstos y para el conocimiento apropiado del control de emociones y pensamientos, así como de los factores que contribuyen al desarrollo de éstos; logrando una disminución de los síntomas asociados a problemas externalizados. Dentro del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” una de las mayores demandas dentro del Programa “El Juego del Optimismo” son los problemas externalizados; ya que por cada veinte motivos de consulta se presentan cuatro casos de los síntomas mencionados previamente.

4.2 Objetivo General

Dotar a niños que presentan problemas conductuales, de habilidades y competencias que les permitan mejorar su calidad de vida y mantener una buena relación en el ámbito familiar, social y escolar; disminuyendo los síntomas internos asociados a dichos problemas como lo es depresión, ansiedad y estrés; aumentando la identificación de emociones y buscando un

cambio de pensamiento con un estilo atribucional de pesimista a optimista; a través de una intervención cognitivo-conductual basada en Psicología Positiva

4.3 Objetivos Específicos

- Disminución de los síntomas internalizados asociados a problemas externalizados (ansiedad, depresión, estrés).
- Aumento de identificación de emociones (tristeza, enojo), mejorando la regulación emocional.
- Cambio de un pensamiento pesimista a un pensamiento más optimista.
- Disminución de conductas disruptivas.

4.4 Hipótesis

Hipótesis nula

H0: Al concluir la intervención los participantes no habrán disminuido niveles de estrés, depresión, ansiedad ni su mal comportamiento y no habrán modificado los estilos atribucionales con los que se presentaron inicialmente.

Hipótesis Alterna o de trabajo

H1: Al concluir la intervención los participantes habrán disminuido niveles de estrés, depresión, ansiedad y su mal comportamiento y habrán modificado los estilos atribucionales con los que se presentaron inicialmente.

4.5 Variable Independiente

- Intervención Cognitivo-conductual basada en Psicología Positiva: “El Juego del Optimismo”

4.6 Variables Dependientes

- Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión Infantil
- Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Estrés en los niños
- Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Lo que siento y pienso para medir ansiedad.
- Promedio obtenido en los Registros Comportamentales para medir la frecuencia de las conductas disruptivas.
- Aciertos obtenidos en el Cuestionario de Análisis de Contenido de Explicaciones Verbales (CAVE) para medir estilos atribucionales o cambio de pensamiento.

4.7 Participantes

Participaron cinco niños y dos niñas con edades entre los 7 y los 9 años ($N=7$). El nivel socioeconómico de las familias se clasificó como bajo para seis de los participantes y como medio para uno de ellos.

La edad de la muestra oscila entre los 7 y los 9 años, teniendo una media de $x= 7.86$ y una desviación estándar de $\sigma= 1.345$ y en cuanto al género, la mayoría de los participantes son varones con un porcentaje de 71.4% y las mujeres con un porcentaje de 28.6%.

4.8 Criterios de Inclusión

Niños de 7 a 9 años que hayan sido canalizados al Programa “El Juego del Optimismo” a través de un proceso de admisión del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y se haya categorizado su problemática como leve o moderada; debían presentar sintomatologías asociadas a problemas externalizados o falta de límites de parte de los padres.

4.9 Criterios de Exclusión

Se excluyeron niños de menor o mayor edad y niños que no presentaban sintomatología asociada a problemas externalizados, al igual que se descartaron niños con un motivo de consulta considerado grave.

4.10 Instrumentos

- *Lo que siento y pienso (CMAS-R: Children's Manifest Anxiety Scale)*

Reynolds & Richmond (1997) se diseñó para aplicarse en forma individual o grupal en niños entre 6 hasta 18 años. Es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes, los reactivos están divididos en tres subescalas de ansiedad: Ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad y preocupaciones sociales y concentración, así como reactivos de la subescala de mentira. La suma de las respuestas positivas, nos determina la puntuación de ansiedad total. Reynolds y Richmond reportan que la escala cuenta con consistencia interna adecuada, con un valor de .83 para mujeres y .82 para varones estimado con la fórmula Kuder-Richardson para ítems dicotómicos. Asimismo, en el manual de la escala se reportan numerosos estudios con evidencia de consistencia interna adecuada. Finalmente, se reporta una gran cantidad de evidencia respecto a la validez de constructo, concurrente y divergente. Es así que la escala cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.

- *Cuestionario de Estrés en los niños (Valencia & Ayala, 2002)*

El Cuestionario de Estrés está integrado con 25 reactivos en una escala Likert que va de nunca a siempre; para conocer qué tanto preocupan a los niños algunas situaciones de la vida diaria en las áreas familia, higiene, amigos y salud. Con respecto a los factores realizados,

se encuentran como propiedades psicométricas los siguientes índices de confiabilidad: Familia tiene una media de 19.22 y una desviación estándar de 5.92, Higiene tiene una media de 6.30 y una desviación estándar de 2.93, Amigos tiene una media de 11.15 y una desviación estándar de 3.80, y por último Salud tiene una media de 18.43 y una desviación estándar de 6.65.

- *Inventario de Depresión Infantil (CDI: Children's Depression Inventory)* (Kovacs, 2001)

Este cuestionario es autoaplicable y se aplica a una población de 7 a 17 años de edad y mide: estado de ánimo negativo, ineficacia, autoestima negativa, anhedonia y problemas interpersonales; consta de 27 reactivos y las opciones de respuesta son en escala tipo Likert con respuesta: sí, a veces y no. En cuanto a sus propiedades psicométricas su índice de confiabilidad obtuvo un valor de .91 en una muestra de 730 niños de ocho a catorce años (Adaptado por Meave & Ayala, 2004).

- *Análisis de Contenido de Explicaciones Verbales (CAVE: Content Analysis of Verbatim Explanations, 1985)*

Schulman, Castellon y Seligman (1989) es una técnica de análisis de contenido verbal de las explicaciones. El CAVE evalúa el estilo atribucional (pesimista, optimista) de los niños en situaciones cotidianas dentro del área escolar, familiar, social y personal. El niño debe dar diferentes respuestas de a qué atribuye las situaciones que se presentan; para lograr conocer si tiene un pensamiento interno o externo, temporal o permanente y global o específico. Se compone de 10 situaciones en donde en la primera parte debe mencionar que piensa de acuerdo a esa situación y en la segunda parte debe elegir la emoción que le produce cada pensamiento que se asigna a la situación dada. Se encuentra en proceso de adaptación (Valencia, en prensa).

- *Cuestionario de Estilos Atribucionales para niños (CASQ; Children Attributional Style Questionnaire, 1984)*

Este cuestionario evalúa el estilo explicativo en los niños en sus tres dimensiones: temporal-permanente, interno-externo y global-específico. El CASQ consta de 27 preguntas de respuesta abierta y evalúa situaciones cotidianas a las que el niño debe enfrentarse en las áreas: social, escolar, familiar. En proceso de adaptación (Valencia & Ayala, 2002).

- *Registros Comportamentales:*

Son registros ACC (antecedente, conducta, consecuencia) (Valencia, 2007) en donde los padres anotan las conductas disruptivas que identifican en sus hijos, el número de veces que las identificaron, que fue lo que sucedió antes de que éstas se presentaran y que fue lo ocurrido después de haberse presentado la conducta. En este trabajo únicamente se utilizó el total de las diferentes conductas de cada participante, sin hacer distinción en qué tipo de conducta fue, ni su antecedente y consecuencia.

4.11 Procedimiento

Una vez que los usuarios pasan por un proceso de admisión (Pre-consulta, historia clínica y aplicación de instrumentos de evaluación psicológica) un grupo de especialistas se encarga de realizar un análisis y dar el diagnóstico oportuno conforme a los resultados obtenidos de éstos; posteriormente canalizan a cada paciente a diversos programas de atención a la comunidad dentro del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Uno de los programas que se encuentra en este Centro es el de Apoyo Psicosocial para niños y sus familias: “El Juego del Optimismo”.

Este programa fue adaptado para atender principalmente a la población infantil y sus familias, que presentan distintos diagnósticos o motivos de consulta, de entre los que destacan: estrés, ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, procesos de duelo, problemas externalizados, entre otros (Valencia, 2007). Dentro de este programa se encuentra la Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para niños con problemas externalizados y esta intervención se basa en la Psicología Positiva; los usuarios que ingresaron a este Taller debían tener un motivo de consulta con una sintomatología de problemas conductuales y el caso debía ser considerado como leve o moderado.

La primera fase fue la aplicación de los instrumentos de evaluación a cada uno de los participantes, la cual permite conocer diversos aspectos con los cuáles el/los usuarios inician el tratamiento. Al terminar la evaluación, las dos partes (terapeuta-usuario) firmaron el consentimiento informado, estableciendo reglas sobre tiempos, ausencias y confidencialidad; y luego comenzó la fase de tratamiento.

Para poder realizar una sesión eficiente y eficaz se realizan cartas descriptivas, las cuáles sirven como guía cada semana para no olvidar el material que se necesita ese día, conocer los objetivos, el tiempo y las actividades que se realizarán durante las dos horas de sesión, en estas cartas se establecen los temas y el orden de cada sesión (ver anexo 1).

A través de la Pre-consulta e Historia Clínica realizada en el proceso de admisión se hizo la formulación de caso, esto es, se crearon el Mapa Clínico de Patogénesis, el Mapa de Alcance de Metas y el Mapa de Fortalezas, esto a nivel grupal; es decir, se tomaron las variables de mayor relevancia y de mayor repetición en cada uno de los participantes.

Se realizó un intervención con un diseño cuasi-experimental simple de procedimiento Pre-Post de un solo grupo; se realizó la evaluación de las pruebas para identificar si el tratamiento fue eficiente y poder hacer una comparación Pre y Post test (Martin & Pear, 2007). Finalmente para obtener

una significancia clínica se realizó un seguimiento después de los ocho meses de tratamiento, ya fuera de manera presencial o vía telefónica, esto de acuerdo a los horarios y disponibilidad de cada uno de ellos, esto con el fin de conocer la situación del usuario una vez concluido y aplicado lo aprendido.

A través de una intervención basada en Psicología Positiva con estrategias cognitivo conductuales los niños pueden favorecer su bienestar físico y emocional, brindando estrategias que permitan modificar el estilo atribucional y conducta inadecuada así como mejorar la interacción del niño con su entorno y sus pares; el tratamiento consistió en doce sesiones en las cuáles cada una presentaba su objetivo específico y su criterio de adquisición para poder pasar al siguiente módulo, cada uno de éstos se presenta a continuación (ver tabla 2):

| Sesión | Tema | Objetivo | Criterio de adquisición |
|--------|-------------------------------|--|--|
| 1 | Pre-evaluación | Conocer el estado previo de los participantes al taller. | Que todos los niños hubieran realizado las pruebas psicométricas de manera correcta. |
| 2 | Presentación y bienvenida | Establecer rapport y los acuerdos de convivencia del taller, conocer a cada participante y que entre ellos se conozcan. Promover la inclusión en el grupo y en la vida cotidiana, promoviendo el buen trato, la buena conducta y el respeto a lo largo del taller. | Que cada uno de los participantes fuera capaz de comentar sobre lo que entendió acerca de la inclusión y dar un ejemplo sobre si le ha sucedido en la escuela. |
| 3 | Salud (1º parte) | Que el niño conozca los beneficios de estar sano y nombre las partes de su cuerpo, debe aprender a identificar situaciones de riesgo y tener conciencia sobre la importancia de la higiene personal y de asistir al médico. Técnica de modelamiento | Cada uno de los participantes debió conocer y decir cada una de las partes de su cuerpo incluyendo el nombre de pene y vagina (con el consentimiento de los padres). Debió comprender el video que se les puso sobre prevención de riesgo sexual y la importancia de ir al doctor. |
| 4 | Salud (2º parte) | Que el niño recuerde lo visto en la sesión anterior, que conozca los diferentes tipos de alimentos sanos que debe ingerir y la importancia de beber agua para estar saludable, así como la importancia de la actividad física, la relajación y los hábitos de sueño para una vida más saludable y libre de estrés. Técnica de modelamiento y entrenamiento de respiración. | Que cada uno realizará de manera correcta su plato del buen comer; que fueran capaces de realizar los ejercicios de calentamiento, y que cada uno completará las técnicas de relajación propuestas en la sesión sin moverse, reírse o jugar. |
| 5 | Cambiando nuestro pensamiento | Que el niño comprenda la relación entre nuestros pensamientos, nuestras conductas y emociones. Que identifique cómo ante diferentes situaciones se generan diferentes pensamientos y sean capaces de identificar sus creencias y consecuencias de las mismas. | Los participantes deben verbalizar la creencia inicial ante una situación y su consecuencia emocional, escribiendo los componentes del modelo ABC (adversidad, creencia y consecuencia) en todos los ejercicios del módulo. |

| Sesión | Tema | Objetivo | Criterio de adquisición |
|--------|--|---|---|
| | | Técnica de moldeamiento, reestructuración cognitivo, retroalimentación. | |
| 6 | Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas | Que el niño se familiarice con la persona optimista y con la pesimista y que el grupo compare los pensamientos como cada uno afecta nuestro sentir y actuar. Técnica de reestructuración cognitiva. | Que el niño haya verbalizado o escrito el cambio de su estilo de pensamiento de pesimista a optimista en todos los ejercicios y que hayan podido reafirmar lo aprendido en las sesiones pasadas (Ver anexo 6). |
| 7 | Habilidades Sociales | Que el niño conozca habilidades importantes para relacionarse con su familia, amistades y en su ambiente escolar. Que aprendan habilidades de comportamiento pro-social, es decir, conducta de comunicación asertiva y de negociación. Técnica de entrenamiento en habilidades sociales. | Que todos los participantes fueran capaces de verbalizar y ejemplificar los pasos de la asertividad y la negociación en todos los ejercicios que se realizaron (Ver anexo 7). |
| 8 | Solución de Problemas (1º parte) | Que los niños aprendan a distinguir un pensamiento frío de un pensamiento caliente y las diferentes emociones que cada uno de éstos desencadena y la manera en que deben manejar un problema considerando al otro. Técnica de Solución de Problemas. | Los participantes debieron realizar todos los ejercicios propuestos de manera correcta sobre cambiar un pensamiento caliente a uno frío (Ver anexo 8). |
| 9 | Solución de problemas (2º parte) | Que los niños aprendan a elegir que es lo que les gustaría que ocurriera como solución ante un problema y de esa manera conozcan como llevarla a cabo, así como el que comprendan que ante un problema hay diversas soluciones. Técnica de moldeamiento, modelamiento, solución de problemas y retroalimentación. | Que los usuarios fueran capaces de dar diversas soluciones ante diversos ejercicios propuestos y pudieran ponerse de acuerdo entre todos para decidir lo que debían hacer, sin discusiones y escuchando las opiniones de todos (Ver anexo 9). |

| Sesión | Tema | Objetivo | Criterio de adquisición |
|--------|-----------------|--|---|
| 10 | Autoestima | Que cada participante logre reconocer lo que los hace felices comprendiendo que cada quien es responsable de su felicidad, que aprendan a protegerse de sentimientos negativos e identifiquen sus propias cualidades positivas. | Que cada usuario logrará identificar por lo menos cinco cualidades que los hace felices y especiales (Ver anexo 10). |
| 11 | Acoso Escolar | Que el niño conozca qué es el acoso escolar y en donde se puede dar, así como las diferentes emociones que esto puede provocar. Que sepa lo que puede hacer cuando es víctima de éste. Técnica de retromalimentación y autoconciencia. | Que cada participante diera su propia definición de bullying y realizará un dibujo correcto sobre algún aspecto de éste, ya sea prevención, acción o reacción (Ver anexo 11). |
| 12 | Post-Evaluación | Hacer una evaluación final, un post-test para conocer las habilidades adquiridas en el taller. Reconocimiento al esfuerzo y un cierre emotivo. | Que todos los participantes hayan resuelto las pruebas psicométricas de manera correcta (Ver anexo 12). |

Tabla 2. Tomado de Cartas Descriptivas
Objetivos y Criterios de adquisición de Intervención Grupal

4.12 Análisis Estadístico

Para los datos cuantitativos se realizó una base de datos de las puntuaciones de cada uno de los instrumentos de los participantes utilizando el programa de análisis estadístico SPSS versión 15.0 y se seleccionó la prueba de Wilcoxon. Esta prueba pertenece a las pruebas no paramétricas de comparación, nos permite observar cambios estadísticamente significativos entre los datos del pre-test y post-test en muestras relacionadas con una N pequeña y el nivel de medición de las variables que utiliza es el ordinal; nos ayuda a identificar si existe una mejora en las variables analizadas para poder conocer si la intervención fue efectiva. Se eligió esta prueba ya que tiene mayor sensibilidad al medir la N que se está utilizando en este trabajo y de esta forma evitar cometer el error Tipo 2.

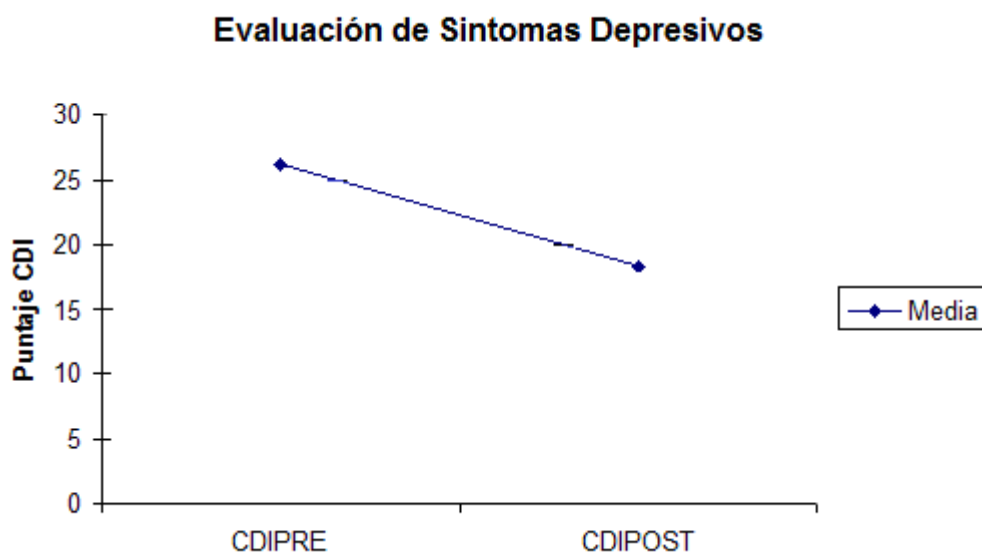
La regla de decisión para poder aceptar o rechazar la Hipótesis Nula es la siguiente: Si la puntuación z es mayor o igual a 1.96 (sin tomar en cuenta el signo) se rechaza la hipótesis nula, esto es porque este valor equivale al 95% del área bajo la curva (nivel de significancia de 0.05) con un valor menor debemos aceptar la hipótesis nula. Al igual que si el valor de significancia es menor o igual a 0.05 se debe rechazar la hipótesis nula, si es mayor a 0.05 debemos aceptar la hipótesis nula (Juárez, Villatoro & López. 2002).

Para los datos cualitativos se realizó un análisis de contenido (descriptivo) sobre la información que los padres proporcionaron durante y al final del tratamiento. Del mismo modo se presenta información verbal sobre lo que los padres comentaron durante el seguimiento que se dio a cada paciente después de 8 meses de tratamiento.

Resultados

5.1 Análisis Cuantitativo

Puntuaciones grupales obtenidas en la Prueba CDI que mide depresión con niños de 7 a 9 años de edad (ver Tabla 3), comparando el Pre test y Post test (Ver Gráfica 1).



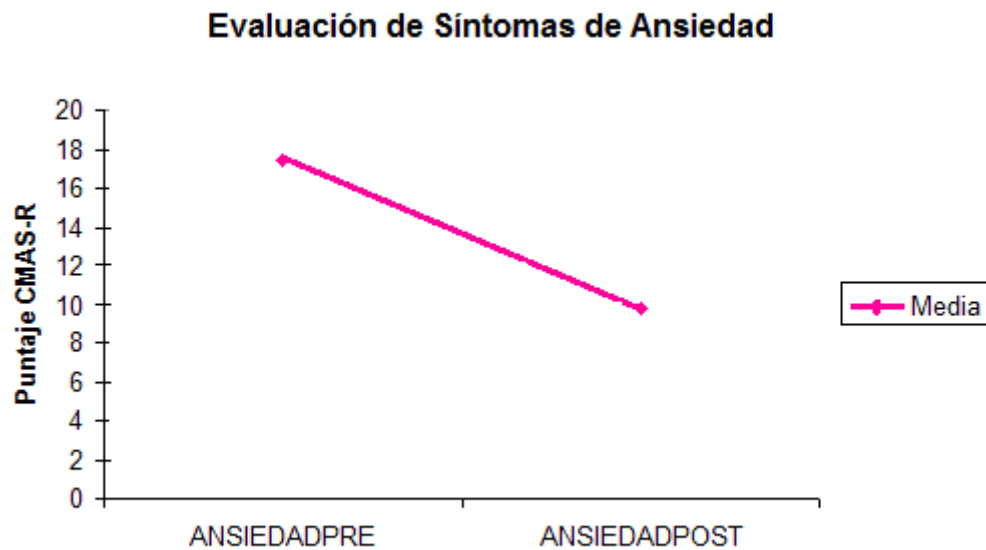
Gráfica 1. Evaluación de Síntomas depresivos, pre y post

Test Statistics^b

| | CDIPOST - CDIPRE |
|------------------------|---------------------|
| Z | -2.375 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .018 |

Tabla 3. Nivel de significancia obtenido de los puntajes de depresión.

Puntuaciones grupales obtenidas en la Prueba CMAS-R que mide ansiedad con niños de 7 a 9 años de edad (ver Tabla 4), comparando el Pre test y Post test (Ver Gráfica 2).



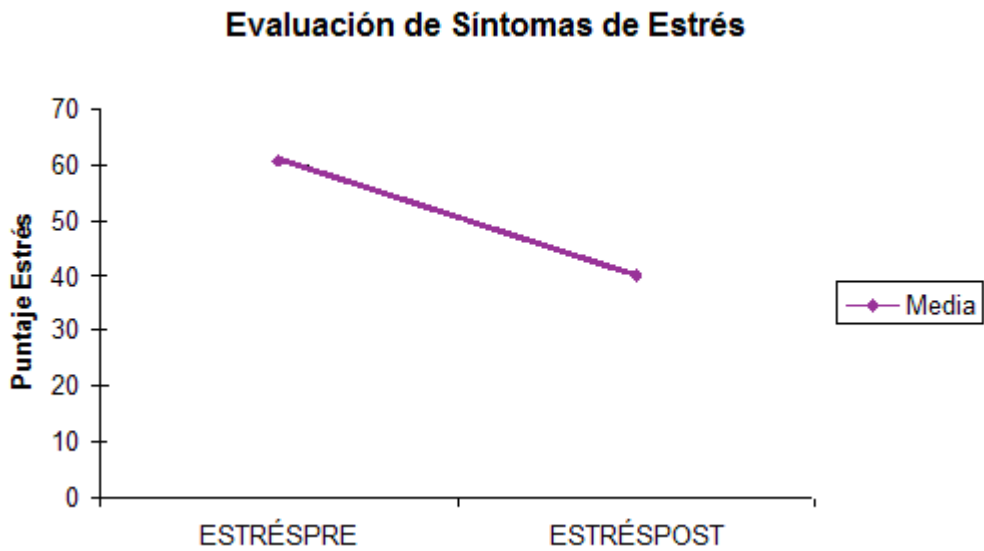
Gráfica 2. Evaluación de Síntomas de ansiedad, pre y post

Test Statistics^b

| | CMASPOST - CMASPRE |
|------------------------|-----------------------|
| Z | -2.371 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .018 |

Tabla 4. Nivel de significancia obtenido de los puntajes de ansiedad.

Puntuaciones grupales obtenidas en la Prueba de Estrés con niños de 7 a 9 años de edad (ver Tabla 5), comparando el Pre test y Post test (Ver Gráfica 3).



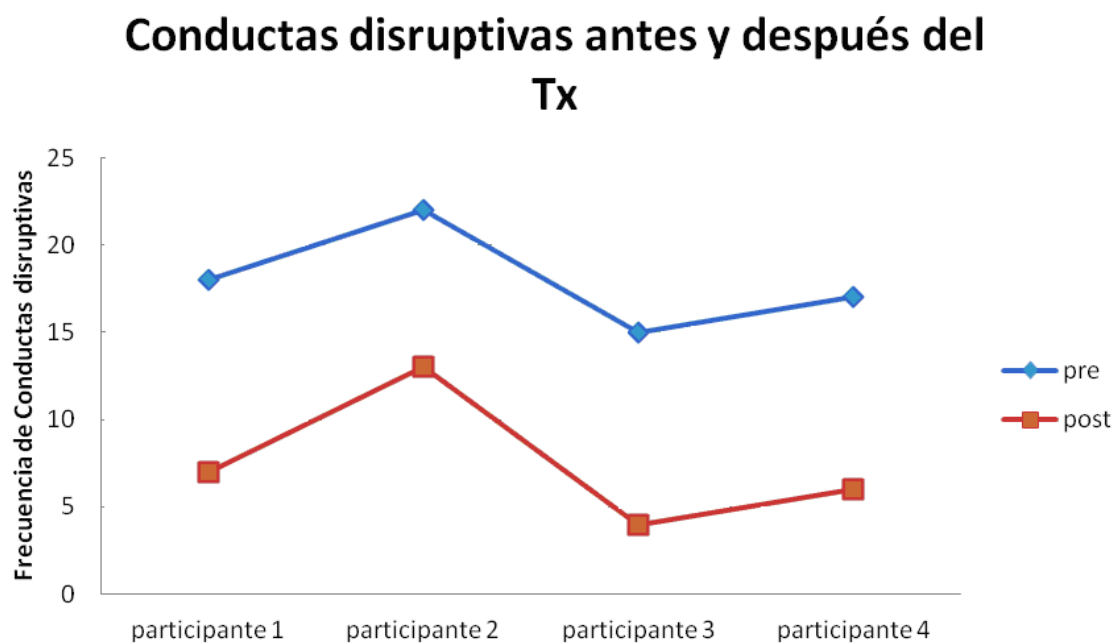
Gráfica 3. Evaluación de Síntomas de estrés, pre y post

Test Statistics^b

| | ESTPOST - ESTPRE |
|------------------------|---------------------|
| Z | -2.201 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .028 |

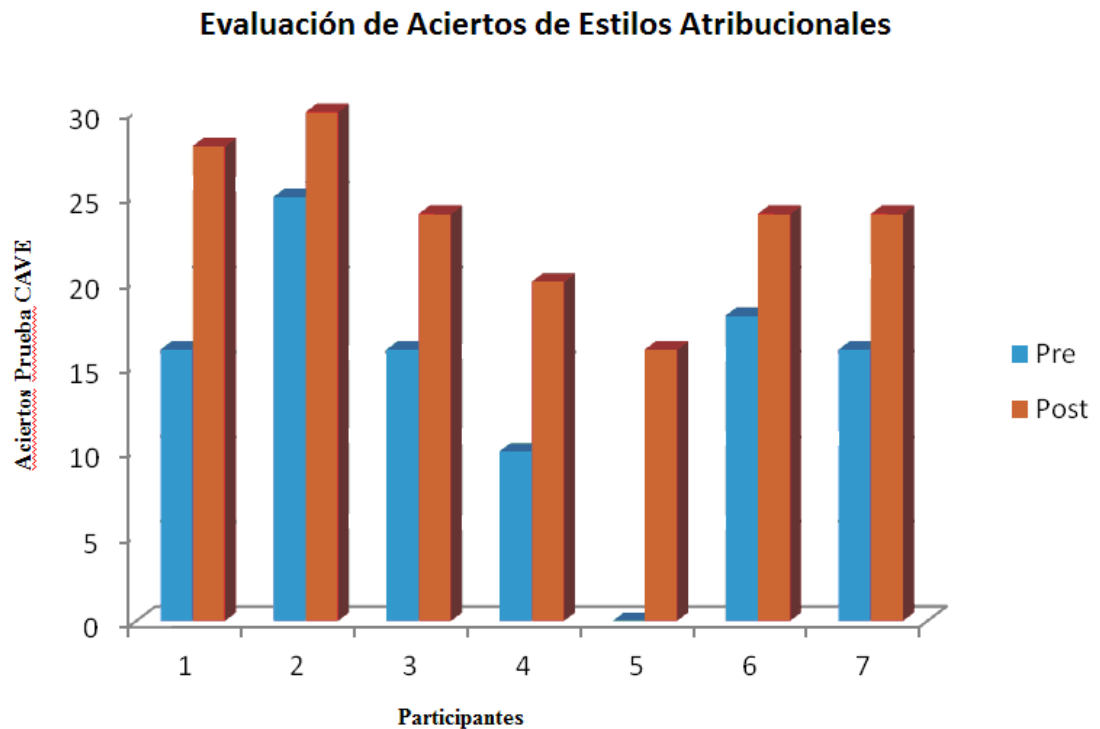
Tabla 5. Nivel de significancia obtenido de los puntajes de estrés.

De acuerdo a los resultados de frecuencias obtenidas en los registros Comportamentales (Registros ACC) con cuatro de los participantes de 7 a 9 años de edad (Ver Gráfica 4) podemos observar que las conductas disruptivas tuvieron una disminución en cada uno de los niños después de realizar la intervención. Los registros Comportamentales fueron individuales, los padres fueron capacitados para que los llenaran durante toda la intervención y se tomó la frecuencia de las conductas disruptivas del primer y último registro para conocer el cambio en la frecuencia de éstas.



Gráfica 4. Evaluación de frecuencias de conductas disruptivas, pre y post

De acuerdo a los resultados que arroja la gráfica, podemos observar el aumento de los aciertos en las respuestas dadas por los participantes del cuestionario de Estilos Atribucionales CAVE (Ver Gráfica 5), una vez concluida la intervención. Estos aciertos nos hablan de que el niño fue capaz de identificar emociones que anteriormente no había podido hacer.



Gráfica 5. Evaluación de aciertos dados en Estilos Atribucionales, pre y post

5.2 Análisis Cualitativo

Formulación de Caso

De acuerdo con lo propuesto por Nezá (2006), se desarrolló un Mapa Clínico de Patogénesis grupal (MCP), un Mapa de Alcances de Metas grupal (MAM) (y un Mapa Clínico de Fortalezas (MCF), este último se realiza con base en la teoría aportada de Psicología Positiva como herramienta terapéutica y se encuentra en proceso de adaptación ya que es una aportación que está realizando el programa “El Juego del Optimismo” (Valencia & Flores, 2013).

Mapas Grupales: “El Juego del Optimismo”

Las características que se mencionarán a continuación, de cada una de las variables de los mapas grupales, son las que se consideraron de mayor relevancia dentro del grupo de “El Juego del Optimismo”; las cuales fueron tomadas en cuenta para la realización de una intervención grupal adecuada.

Mapa Clínico de Patogénesis (MCP)

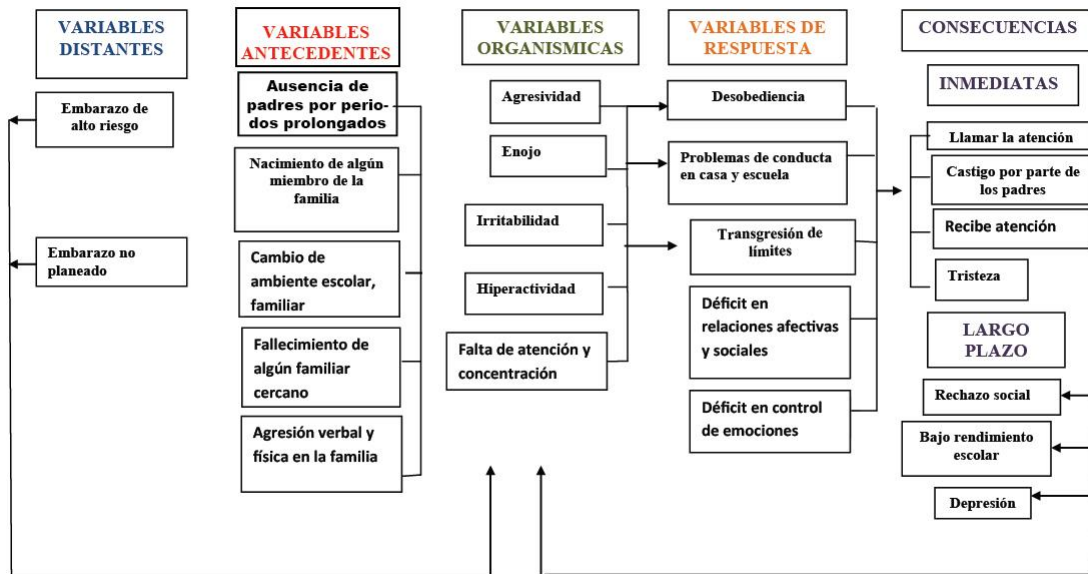
Las variables que interactúan con los usuarios para la manifestación del problema actual son (ver figura 4): Dentro de las variables distantes un embarazo no planeado al igual que un embarazo de alto riesgo.

En las variables antecedentes encontramos la ausencia de los padres por periodos prolongados, el nacimiento de un hermano, el cambio de ambiente escolar y/o familiar así como el fallecimiento de un ser querido y la agresión familiar (estilo de crianza desadaptativo). En variables Organísmicas se presentan la agresión, enojo, irritabilidad, hiperactividad y falta de atención y concentración. Como variables de respuesta encontramos desobediencia, problemas de conducta en casa y escuela, transgresión de límites, déficit en relaciones afectivas y sociales, así como déficit en control de emociones.

Las consecuencias a corto plazo son llamar la atención, castigos por parte de los padres, recibir atención y tristeza y las consecuencias a largo plazo si la problemática persiste serían el rechazo social, bajo rendimiento escolar y depresión.

Figura 4. Mapa Clínico de Patogénesis Grupal. Taller “El Juego del Optimismo”

MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS GRUPAL “EL JUEGO DEL OPTIMISMO”



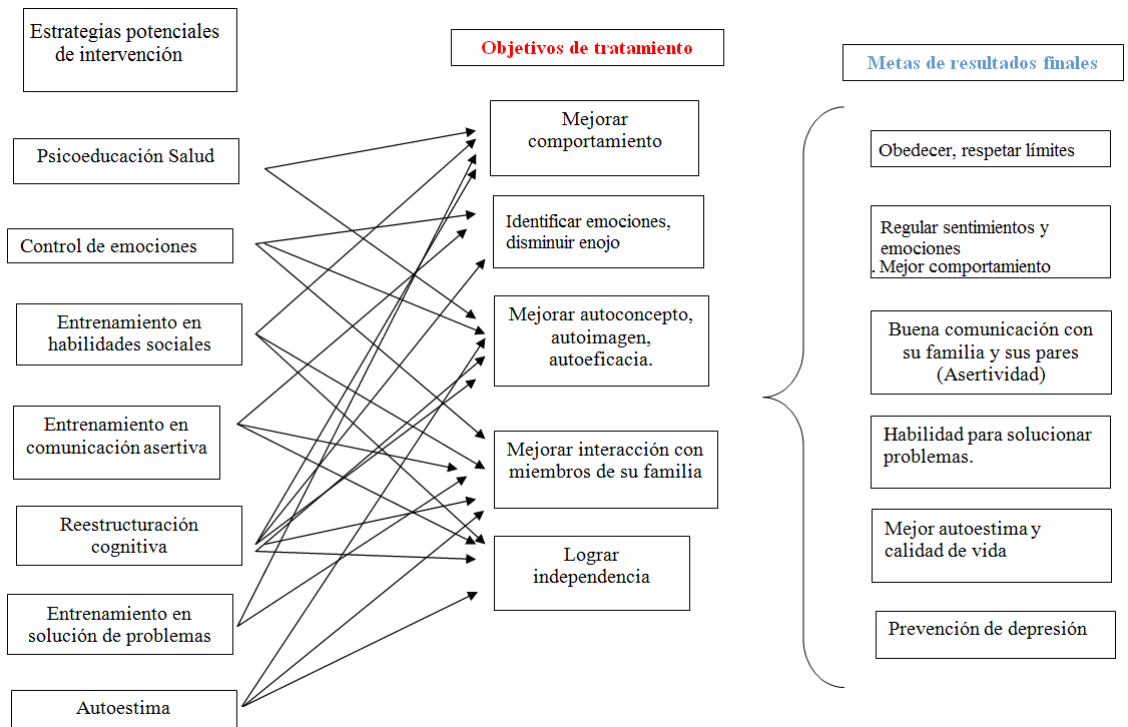
Mapa de Alcance de Metas (MAM)

Las técnicas y/o estrategias utilizadas durante la intervención fueron: Psicoeducación en salud, reestructuración cognitiva, control de emociones, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en comunicación asertiva, entrenamiento en solución de problemas y autoestima. A través de todas éstas se trabaja la obediencia y a través del aumento de las fortalezas y de los síntomas internalizados logramos mayor obediencia.

Los objetivos de tratamiento o variables instrumentales del resultado fueron: Mejorar comportamiento, mejorar autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, mejorar interacción con la familia, eliminar o disminuir enojo y lograr independencia. Las metas del tratamiento fueron lograr un buen comportamiento, tener control de emociones y sentimientos, una buena comunicación con la familia y pares, habilidades para solucionar problemas, mejorar autoestima y calidad de vida así como la prevención de la depresión.

Figura 5. Mapa de Alcance de Metas Grupales. Taller “El Juego del Optimismo”

MAPA DE ALCANCE DE METAS GRUPAL “EL JUEGO DEL OPTIMISMO”



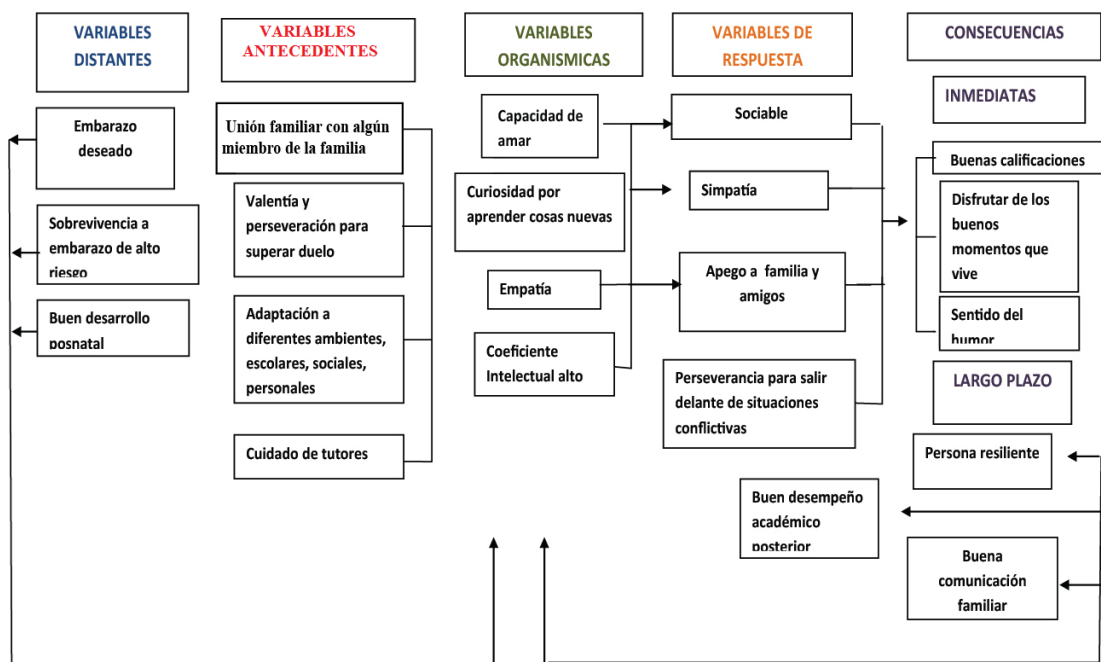
Mapa Clínico de Fortalezas

Las fortalezas y aspectos positivos encontrados en las variables distantes son: un embarazado deseado, sobrevivencia a un embarazo de alto riesgo y un buen desarrollo postnatal. En variables antecedentes encontramos unión familiar con algún miembro de la familia, valentía y perseveración para superar un duelo, adaptación a diferentes ambientes (escolares, sociales y personales) así como el cuidado de tutores.

En las variables organísmicas se destaca la capacidad de amar, curiosidad por aprender cosas nuevas, empatía y un coeficiente intelectual alto. Las variables de respuesta son: Simpatía, ser sociable, apego a familiares y amigos, perseveración para salir delante de situaciones conflictivas. Como consecuencia a corto plazo tenemos las buenas calificaciones, el disfrutar de los buenos momentos que viven y sentido del humor, mientras que a largo plazo se logrará tener un buen desempeño académico, una buena comunicación familiar y social así como será una persona resiliente.

Figura 6. Mapa Clínico de Fortalezas Grupal. Taller “El Juego del Optimismo”

**MAPA CLÍNICA DE FORTALEZAS GRUPAL
 “EL JUEGO DEL OPTIMISMO”**



5.3 Principales Hallazgos en la Sesión de Seguimiento (Significancia Clínica)

En cada uno de los participantes de manera general se puede observar una disminución de los síntomas con los que asistieron inicialmente al tratamiento, los padres comentan que han observado una mejoría en la escuela, en la comunicación que tienen con ellos, ya no hay agresividad, con disminución significativa de las peleas y el uso de gritos en casa. En algunos de los participantes los profesores han realizado comentarios positivos a los padres sobre los cambios conductuales que el niño está teniendo y el progreso académico que están mostrando.

Se realizó con dos de los usuarios un seguimiento presencial, con otros dos usuarios se realizó por vía telefónica, uno de los usuarios no pudo ser contactado. Los últimos dos pacientes fueron canalizados a neuropsicología, debido a los síntomas encontrados durante la fase de tratamiento, por lo que en estos momentos uno de los participantes está iniciando tratamiento en esta área, con un diagnóstico de Déficit de Atención sin Hiperactividad (TDA) y el otro participante entrará en evaluación neuropsicológica.

Discusión

Dado que las conductas desadaptativas representan un obstáculo para la competencia social, familiar, escolar y personal del niño; impactando de manera negativa en su calidad de vida y evolucionando a futuro en distintos problemas y usualmente de mayor gravedad (Hernández-Guzmán, 1999) el propósito del presente trabajo fue dotar a niños que presentan conductas desadaptativas (problemas externalizados) de habilidades y competencias que les permiten mejorar su calidad de vida y de este modo reducir su comportamiento y síntomas internos a través de una intervención cognitivo conductual basada en Psicología Positiva (ver anexo 1).

De acuerdo a Compas y Gotlib (2003) las conductas disruptivas de mayor frecuencia presentadas en la infancia son: alejamiento, quejas somáticas, dependencia, mal comportamiento, problemas de pensamiento y atención, agresión e impulsividad y éstas se presentan la mayoría de las veces a causa de trastornos emocionales existentes en el niño (comorbilidad), debido a experiencias vividas (Compas & Gotlib, 2003). Las alteraciones emocionales están relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo; las más frecuentes en la infancia son: ansiedad, estrés, depresión, inseguridad, baja autoestima, miedos, apatía (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010). Por lo tanto; en este trabajo las variables que se tomaron en cuenta no fueron exclusivamente conductas disruptivas presentadas sino que se consideraron las siguientes variables emocionales: ansiedad, estrés y depresión.

De acuerdo a Seligman la Psicología Positiva (PP) propone enfocarse a aquellas emociones positivas, fortalezas y competencias que actuarán como factores protectores de los trastornos psicológicos y de la salud en general, contribuyendo a aumentar la satisfacción personal y la resiliencia (Sánchez & Méndez, 2009). Tomando en cuenta la PP dentro de esta intervención se incorporaron aspectos como cambio de pensamientos de pesimista a optimista, en el cual se modifican pensamientos irracionales por pensamientos más funcionales y racionales, se trabajó en los aspectos positivos que se pueden

dar durante algunas situaciones específicas; se buscó el conocimiento y la identificación de las diferentes emociones (regulación emocional) que las personas pueden presentar a través de ejercicios y tareas grupales; se enseñaron habilidades para poder tener una mejor relación con sus padres, pares y personas mayores, como lo son: habilidades de comunicación asertiva, negociación, empatía, a través de estos procedimientos y habilidades adquiridas se logra la disminución de los síntomas presentados y expresados en problemas conductuales; al momento en que se adquieren estas habilidades y se modifica el estilo atribucional de pensamiento se logra un aumento de resiliencia; con la práctica continúa, la resiliencia seguirá creciendo (Seligman, 2002).

Enfocándonos en las variables del tratamiento, la intervención en conjunto logró la disminución de los síntomas internalizados, ya que las habilidades aprendidas por los niños como lo es la reestructuración cognitiva (Lyddon & Jones, 2002), solución de problemas (Martin & Pear, 2007), técnicas de relajación (Prada, 2005), asertividad (García, 2007), negociación (Herrera, 2003), conductas de autocuidado (Friedberg & McClure, 2005), fortalecimiento de autoestima y autoconcepto (Segura & Ramos, 2009); lograron en su conjunto que los participantes desarrollaran seguridad en sí mismos, pérdida de miedo ante situaciones cotidianas y entendimiento de qué es lo que ocurre a su alrededor durante una situación adversa; al momento de comprender lo importante que es cuidarse y el cómo deben de hacerlo y el cómo deben protegerse, logran sentir control de su vida; una vez disminuidos estos síntomas internalizados los problemas externalizados comienzan con una disminución (Segura, 2009).

En base a los resultados estadísticos obtenidos se puede destacar que en cada una de las variables a medir se encontró una diferencia estadísticamente significativa tanto para la evaluación de síntomas depresivos ($z = 2.375, p > .018$) como para los de ansiedad ($z = 2.371, p > .018$) y estrés ($z = 2.201, p > .028$); ya que en los tres resultados se encontró una z mayor a 1.96 y un nivel de significancia menor a 0.05 en cada uno podemos rechazar la

hipótesis nula y aceptar que hay diferencias estadísticamente significativas una vez concluida la intervención; es decir, existe una disminución de estos síntomas internalizados.

Los resultados de frecuencias obtenidas en los registros Comportamentales (Registros ACC) se realizaron únicamente con cuatro de los participantes puesto que entregaron los registros de manera adecuada y sin faltas; a pesar de que las indicaciones fueran claras y precisas de entregar los registros de manera semanal, los usuarios mostraron dificultad para la entrega constante; por lo que se identificó la dificultad para la adherencia en tres de los usuarios, sin embargo, la entrega de tareas (registros) fue mejorando y aumentando la entrega de éstos. Por este motivo se tomó la decisión de dejarlos fuera del análisis, provocando la disminución de la N de la muestra. A pesar de esta situación, al hacer la inspección visual de la gráfica podemos observar claramente la disminución del promedio de las conductas disruptivas antes y después de la intervención en el resto de los participantes. A los padres se les capacitó para que llenaran correctamente estos registros y se les dieron sesiones de establecimiento de límites y obediencia.

Con respecto al nivel de Significancia Clínica, dado a través de un análisis de contenido; en el cual, los padres durante las sesiones y al final de éstas, dieron comentarios sobre los cambios que estaban teniendo sus hijos, se destaca que cuatro de los padres comentaron en el tratamiento (sesiones seis y siete) que las conductas durante un tiempo se habían minimizado; sin embargo, volvieron a aumentar; siguiendo al pendiente de estos comentarios durante las demás sesiones, para conocer como seguían los comportamientos informados por los padres, éstos nos dijeron que las conductas habían vuelto a disminuir y que notaban mayor tranquilidad en sus hijos, menor enojo y mayor obediencia; esto se debe a la curva de aprendizaje en la cual se explica que una conducta antes de ser eliminada o de lograr la extinción aumenta de manera significativa antes de establecerse por completo lo aprendido y la adaptación de una nueva conducta o la eliminación de ésta (Mayor & Labrador, 1993).

Una de las madres comentó que ella había notado un cambio en su hija; ya no era tan enojona y le tenía mayor confianza, ya podían platicar más de lo que su hija estaba sintiendo; esto se debe a que el usuario ahora es capaz de identificar las emociones de alguna situación, presenta mayor regulación emocional (Barra, 2003) y tiene la habilidad de comunicarse asertivamente, esto se debe a que en el tratamiento se trabajó habilidades sociales (Barranco, 2009); aunadas a la identificación de emociones a través de ejemplos de la vida cotidiana; sin embargo comentó que ella esperaba encontrar un mayor cambio en su hija en el ámbito escolar (falta de percepción de los cambios en la madre). Otra de las mamás comentó que su hijo mostraba cambios significativos, que las conductas disruptivas a momentos volvían a él, pero con menor intensidad, esto se debe a que los reforzadores o las técnicas que el tutor utiliza con el niño en ocasiones no son las adecuadas (Servera, 2002) y/o de igual manera podrían ser los intentos del participante por no eliminar la conducta con la cual recibe un tipo de atención específico, a esto se le conoce como extinción (Bornas & Servera, 1996). Un cambio que había notado la madre era que ahora realizaba mayores actividades, por lo tanto, tenía un mayor cansancio, dormía más y comía de manera adecuada, estableciendo aquí lo que es el autocuidado y autoprotección del individuo (Reynoso & Seligson, 2005).

Basándonos en los resultados obtenidos en las pruebas de estilos atribucionales, se puede observar que las respuestas de los participantes en el cuestionario de estilos atribucionales (CAVE) y en la prueba de contenido de explicaciones verbales (CASQ) tienen cambios positivos puesto que en las pruebas antes de la intervención los usuarios contestaron de una manera pesimista ante las situaciones que aparecían en las pruebas, se nota una baja autoestima y una dificultad para responder a algunas situaciones diciendo que no saben que poner o que no saben que es lo que sentirían ante esa situación; en la prueba después de la intervención se puede observar que el niño cambió su manera de pensar, ahora es un tanto externa y específica de una situación adversa; de acuerdo a la teoría de Seligman el tener un pensamiento externo y específico de una situación negativa se enfoca a un Estilo Explicativo Optimista

(EEO; Seligman, 2002); cabe resaltar que todos los usuarios fueron capaces de distinguir las diversas emociones que una situación específica los hace sentir, aunado a que en las respuestas abiertas explicaban que la causa de una situación la mayoría de las veces era externa o en base a su comportamiento más no en base a su persona. Lo que implica que haya estos cambios es que existe un estilo de pensamiento de pesimista a optimista (Prada, 2005), al igual que un aumento en la autoestima (André, 2008) y una existencia de identificación de emociones (Fredrickson, 2001) que los ayuda a comprender que sus pensamientos sobre una situación son los que van a hacer que ellos tengan una emoción en específico y un despliegue de conductas más adaptativo.

En los resultados arrojados después de la intervención los niños fueron capaces de responder de manera más asertiva y optimista ante las situaciones, no respondían de esta manera en todas las situaciones, sin embargo, se nota una diferencia entre las respuestas del antes (Pre) y después (Post) del tratamiento, en las respuestas Post fueron capaces de dar más de una respuesta a una situación cotidiana y la respuesta dada era más bien contemplada como algo ajeno a ellos y no se mencionaban como malos o como culposos de la situación como lo hacían en el Pre; con esto podemos observar lo que es el aumento de autoestima y una vez más involucramos al cambio de estilo explicativo (Seligman, 2002) y a la identificación de emociones (Feldman & Gross, 2001). Esto no ocurrió con dos de los niños puesto que uno de ellos no pudo ser capaz de contestar la prueba CAVE en el Pre test, ya que decía que no comprendía lo que tenía que hacer; en el Post test el niño fue capaz de contestar esta prueba de manera correcta y completa, debido a que fue capaz de concentrarse más, poner más atención y por supuesto el conocer y distinguir las diversas emociones que pueden existir durante una situación determinada. El segundo usuario fue capaz de contestar las dos pruebas Pre y Post test, aunque en el Pre test no fue capaz de identificar las diversas emociones que el sentía, solo conocía la emoción de alegría; en el Post test el niño fue capaz de dar respuestas emocionales diversas ante cada situación

dada. Esto debido a que cada niño presenta una regulación emocional diferente de acuerdo a sus diferencias individuales.

De acuerdo con la literatura se espera que estos cambios en los niños funcionarán como factores protectores a futuro, ya que serán capaces de distinguir que situaciones fueron ocasionadas por su conducta y el cambio de pensamiento los ayudará a tener mayores emociones positivas; por lo cual un niño puede aumentar sus fortalezas (Seligman, 2002), y presenta incremento de emociones positivas (Fredrickson, 2000), trabaja y fortalece sus capacidades y habilidades; tanto sociales como personales, logrará una disminución de síntomas como se puede observar en los resultados de esta intervención, en este caso asociados a problemas tanto internalizados como externalizados y tendrá experiencias más placenteras; por lo tanto, obtendrá un mayor bienestar psicológico aunado a una mejora en la Salud Mental e integral (Oblitas, 2006; González, 2010; Oramas-Viera, Santana & Vergara, 2007; Vielma & Alonso, 2010).

Evidencias recientes han mostrado que en la infancia existe una regulación emocional deficiente; esto es debido a múltiples factores y diferencias individuales como lo son: La edad, el género, la fisiología, el ambiente en que se desarrollan (familiar, social), el nivel de madurez, nivel de desarrollo, experiencias vividas, capacidades cognitivas, entre otras (Barra, 2003); así es como esta deficiencia es normal durante toda la infancia e inicia su desarrollo en la adolescencia, por lo que es de suma importancia que un niño aprenda a identificar sus emociones para lograr una vida más placentera. La regulación emocional se refiere a toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso; por lo que es necesario un grado de diferenciación emocional previo. En otras palabras, la habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros. Cuando la diferenciación emocional es deficiente los niveles de psicopatología son más altos (Eisenberg & Spinrad, 2004; Feldman & Gross, 2001; Bowlby, 1998; Fredrickson, 2001).

Debido a esto en el trabajo realizado los resultados cualitativos sobre estilos atribucionales nos dan la oportunidad de justificar que a través las técnicas trabajadas, actividades y juegos realizados para el logro de la identificación de emociones verbales y corporales en cada uno de los participantes fue favorecida la regulación emocional, por lo tanto mejoró la experiencia afectiva y se disminuyó la psicopatología; la proporción de esta regulación emocional fue variada en cada uno de ellos, en algunos fue mayor que en otros; debido a los factores mencionados anteriormente; sin embargo el objetivo se logró porque todos los niños fueron capaces de poder identificar la emociones al final de la intervención obteniendo mejores resultados.

Los participantes lograron tener factores protectores para mejorar su bienestar psicológico, de acuerdo a la teoría PERMA de Seligman (2011) puesto que a través del cambio de estilo atribucional y de la identificación de emociones pudieron disminuir los síntomas con los que se presentaron y además fueron capaces de experimentar *emociones positivas* y aprendieron como hacerlo (**positive emotions: P**) lograron aprender técnicas y habilidades para tener mejores *relaciones interpersonales* y emocionales así como a controlar sus emociones (**relationship: R**) al aumentar la autoestima y explicarles lo que es el bullying y el daño que ocasiona; al igual que, el que hayan aprendido a cómo defenderse de este y como trabajarlo sintieron seguridad en sí mismos y al final del tratamiento se establecieron metas a corto plazo, esto provocó en ellos sentir un *significado* en su vida, un propósito a cumplir (**meaning: M**) para que de este modo cuando lleguen a cumplir y alcanzar su meta puedan sentirse satisfechos con lo que hicieron y con sus *logros* (**accomplishment: A**) (Seligman, 2011).

Se realizó un seguimiento después de los 8 meses de intervención para conocer el estado actual de cada niño de acuerdo al motivo de consulta con el que se presentó antes de la intervención. Este seguimiento se analizó a través de análisis de contenido, con buen nivel de Significancia Clínica.

De los siete usuarios que participaron en la intervención, dos se canalizaron a neuropsicología debido a que durante la intervención mostraron síntomas característicos de algún daño orgánico. El primero de estos usuarios es un niño con características de síndrome de asperger ya que presentaba movimientos estereotipados, aislamiento, autoagresión, distracción, falta de concentración, entre otros; y el segundo usuario es un niño que presenta falta de atención, desobediencia extrema, un déficit intelectual bajo, sin embargo él si era capaz de controlarse y sus lapsos de atención eran más largos. A pesar de esto se encontraron cambios positivos al final de la intervención y su motivo de consulta no solo es debido al estilo de crianza sino también a factores neurológicos, por lo que necesitarán otro tipo de intervención para poder mejorar de manera integral su condición.

Dándole seguimiento a cada uno de ellos en el área de neuropsicología para el primer caso no han podido comunicarse con los tutores del usuario, en este caso podemos observar que existe una falta de percepción del problema de parte de los padres, con baja sensibilidad a las necesidades de su hijo. En el segundo caso se realizó una evaluación de la cual los resultados de diagnóstico fue trastorno de déficit de atención sin hiperactividad (TDA) por lo que el paciente entro en intervención; sin embargo la madre empezó a llegar tarde a las sesiones y luego dejó de llevarlo a éstas, únicamente se realizaron 5 sesiones y la madre comento que ya no llevaría a su hijo porque no le da tiempo de hacerlo debido al trabajo. Una vez más podemos observar que no existe una adherencia al tratamiento por parte de los padres y que hay un déficit en la percepción de la problemática, puesto que aunque el niño ya fue diagnosticado, los padres se resisten a llevarlo a tratamiento, el niño no podrá mejorar porque depende completamente de la decisión de sus padres, por lo que aunque haya adquirido habilidades sociales y cognitivas su futuro está en riesgo. Cabe mencionar que cuatro de los padres en el motivo de consulta comentan que los profesores los mandaron a tratamiento terapéutico ya que sospechaban que sus hijos tenían Déficit de Atención e Hiperactividad; esto es de suma importancia ya que los profesores diagnostican y etiquetan a sus alumnos con trastornos biológicos cuando los infantes no presentan éstos y

esto provoca un incremento en la conducta y un trato diferente de parte de los pares y profesores; por lo tanto existe una dificultad para identificar los problemas biológicos de los problemas externalizados (Peña & Montiel-Nava, 2003), de este modo esta intervención apoyó la detección o el descarte adecuado de algún daño orgánico en el usuario, diferenciándolo de un problema externalizado; esto en base a la formulación de caso previa para la realización de un tratamiento adecuado.

De los cinco usuarios restantes, dos de ellos se presentaron a una sesión de seguimiento durante 20 minutos, en esta sesión la madre y el niño comentaron lo que recordaban de la intervención y la situación actual en la que se encontraban. En el caso del primer usuario la madre argumenta que ha sentido una mejoría en su hija, menciona que lo primordial en donde se ha dado cuenta del cambio es que ya son capaces de tener una mejor comunicación, hacen acuerdos entre ellas sin pelear, comenta que no siempre es así, pero que de un 100% de las veces un 60% se realiza de ese modo y esto ha provocado una gran disminución de berrinches y gritos, sobretodo de peleas entre ella y sus primos; esto se debe a las habilidades sociales que la niña adquirió como lo es comunicación asertiva, solución de problemas y negociación. Comenta que su hija siempre ha sido de calificaciones altas y hasta la fecha sigue teniendo un buen desempeño académico; comenta que en lo personal se siente satisfecha y menos estresada en su cuidado. Durante la sesión con la niña; se le solicitó que comentará que es lo que recordaba de las sesiones y que es lo que cree que pone en práctica en su casa, en la escuela y con sus amigos. La niña recuerda que hay un plato del buen comer pero que no lo lleva a cabo en casa, esto debido una vez más a la adherencia terapéutica de los padres ya que la menor no puede llevar a cabo una actividad de la que depende completamente de los padres. Sin embargo, la participante recuerda muy bien los personajes (caricaturas) dice que hay una niña alegre, una triste y una enojada y que cada una se siente de ese modo porque piensan en cosas que la hacen sentir de esa manera, dice que ella se siente como Alegría (personaje optimista-asertivo del tratamiento) y que le gusta mucho

hacer acuerdos porque es muy inteligente y que los acuerdos que hace son muy buenos.

En el segundo caso de seguimiento la madre comenta que su hijo sigue teniendo problemas en la casa, sigue desobedeciendo y es muy distraído; sin embargo, en la escuela se ha notado un cambio según lo que la misma madre y profesores comentan; el niño ya no es aislado, actualmente logra tener amistades, es más unido con ellos, participa más en clase; podemos observar que el niño tiene mayor seguridad en sí mismo, una mejor autoestima y desarrolló habilidades sociales; por lo tanto, al ver que sí existen cambios en el niño (reportado por otros significativos como los maestros) se observa la constante de la baja percepción del buen comportamiento del menor por parte de la madre, aunado a expectativas negativas. Identificando que el estilo de crianza desadaptativo de la madre (golpes, gritos y castigos), es un factor de riesgo y mantenimiento de la conducta problemática del menor en el hogar. Sin embargo, en este caso se destaca que la conducta es situacional (distinta en el hogar y en la escuela) y que el menor cuenta actualmente con herramientas que le permiten tener un adecuado seguimiento instruccional en el contexto escolar.

Con los otros dos usuarios se dio un seguimiento vía telefónica puesto que los padres trabajan. El primero de ellos comentó que la situación con su hija apenas empieza a acoplarse debido a que nació su hermanita y que aunque al principio ella intentó tratarla bien y entender la situación después inicio con celos, berrinche y agresividad, en estos momentos su hermanita ya creció, ya no es tan demandante, ella ya perdió el miedo de cargarla y cuidarla; por lo que inicio un proceso de adaptación, empezando a mejorar sus calificaciones y a invitar a sus amigas a la casa, por lo que el padre identifica la mejora en la conducta y su capacidad para adaptarse de forma positiva ante la nueva situación familiar.

A otro de los usuarios que se le dio seguimiento vía telefónica, menciona que se encuentran bien, que su hijo está estable, que los problemas de

conducta han disminuido, tiene una mejor relación con él y que las pocas veces que ve a su padre (son divorciados-lo ve cada 15 días) ya no regresa a casa triste como anteriormente lo hacía; que ahora regresa de la casa de su padre muy contento y comparte lo que hizo con él; relacionándolo con la teoría en este usuario, la habilidad de distinguir emociones personales tiene directa consecuencia en la capacidad de un sujeto de regular dichos afectos. En este sentido, cuanto más hábil es un individuo en diferenciar un estado interno y experimentarlo como una emoción, mayor posibilidad tiene de regular aquella experiencia (Feldman, Barrett, Gross, Conner, & Benvenuto, 2010). La madre comenta que su hijo empezó a escribir en su diario desde principios de este año, lo cual nos dice que el niño empieza a disfrutar más de los momentos que está viviendo, puesto que los quiere tener como un recuerdo.

El último usuario no hubo manera de contactarlo ya que el teléfono que proporcionó fue cambiado y se enviaron varios correos electrónicos sin embargo no hubo respuesta de estos.

Con lo mencionado anteriormente en el seguimiento podemos observar que en la mayoría de los participantes existen cambios adaptativos, a los que los niños deben acostumbrarse ya sea en el ámbito escolar, familiar y/o personal por lo que de acuerdo a la teoría los usuarios están afrontando una situación; todo ser vivo se encuentra inmerso en un medio con innumerables estímulos y situaciones diferentes a las que deben de reaccionar de diversa manera; cada uno cuenta con mecanismos biológicos y psicológicos que le ayudan a elaborar, integrar y responder ante ellos, como un estado de adaptación, a esto se le conoce como afrontamiento (Altamirano & Gutiérrez, 2012) y a través de esta intervención se puede observar que los niños aumentaron habilidades sociales y personales que lograron una disminución de los síntomas con los que se habían presentado antes de la intervención; al igual de que cuentan con fortalezas y habilidades para salir adelante y adaptarse a la nueva rutina, así como un compromiso con ellos mismos de mejorar; aunque se puede contemplar que existen factores que no fueron incluidos para el tratamiento a los cuáles se les debe de brindar atención ya

que se identifica que a través de éstos se afectan los resultados de la intervención, como los son: la falta de adherencia terapéutica de parte de los padres que provoca que en los niños no haya un progreso, la adherencia terapéutica depende de las habilidades con las que cuenta cada uno de los padres y por las expectativas a futuro de cada uno de éstos (Álvarez, 2007); la falta de percepción de los padres en base a los cambios que sus hijos están teniendo y la no modificación de los estilos de crianza desadaptativos (Chainé & Pineda, 2001); la sintomatología de la madre y los problemas de Salud que ella tenga provoca en el niño un aumento en las conductas disruptivas (Moreno, 2012).

Sin embargo cabe resaltar que aunque se presentan estas limitaciones en la intervención es importante dar a notar que los niños tienen la fortaleza de tener a padres que se preocupan por ellos, que se preocupan por llevarlos a un tratamiento para que sean mejores y que los cuidan y los protegen; que las limitaciones hacen que nos demos cuenta lo que se debe trabajar con los padres para que esas fortalezas prevalezcan y a través de eso se puedan eliminar y modificar las conductas y pensamientos desadaptativos. Por lo que únicamente deben elevarse y generarse las virtudes de templanza en los padres durante un tratamiento (Seligman, 2002).

Conclusiones

De acuerdo a los resultados del presente trabajo de investigación, los objetivos se cumplieron con los resultados esperados; aun con los dos niños que fueron canalizados a neuropsicología pues hasta en ellos hubo disminución de síntomas pero sobretodo hubo un aprendizaje de identificación de emociones. Por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna concluyendo que la intervención cognitivo conductual basada en Psicología Positiva para niños con problemas externalizados fue efectiva ya que logra un cambio de estilo atribucional de pesimista a más optimista y a través del aprendizaje de técnicas y el desarrollo de habilidades sociales hay un aumento de autoestima; todo esto logro que se disminuyeran los síntomas

de conductas disruptivas (ansiedad, depresión y estrés) y disminuye las conductas disruptivas en sí; a futuro, lo dicho anteriormente ayudará a mantener una buena relación en el ámbito social, personal, social y escolar y a mejorar su calidad de vida de manera considerada.

Cabe resaltar que las contribuciones y alcances que tiene el presente trabajo son:

- Ofrecer una visión “positiva” en donde no solo se disminuyen los síntomas o la problemática en general a través de diversas técnicas cognitivo conductuales, sino que utilizando las fortalezas, cualidades de las personas y enseñándoles habilidades podemos disminuir estos síntomas aunado al aumento de la resiliencia, de una mejor regulación emocional y por lo tanto mejorando la calidad de vida.
- Aporta a la literatura psicológica y pedagógica la complejidad de los problemas de conducta y la comorbilidad que existe en estos, para que los niños que los presentan sean tomados en cuenta y atendidos y de ese modo evitar problemáticas más grandes en el futuro; así como esta investigación busca la prevención del mal diagnóstico que se les puede llegar a realizar en las escuelas a la mayoría de los niños con TDAH cuando éste no lo es.
- Aporta a la literatura psicológica evidencia empírica para tomarla en cuenta para el desarrollo de programas de prevención de la psicopatología infantil a través de la Psicología Positiva.

Algunas de las limitaciones presentadas durante la intervención y la realización del trabajo es que la Psicología Positiva es un área relativamente nueva por lo que cierta información aún está en proceso de adaptación y existe dificultad para encontrar el estado del arte de algunos temas. Durante la

intervención los dos niños que presentaban problemas orgánicos influyeron en los datos estadísticos; al igual de que llegaban a atrasar y jalar al grupo durante la sesión, los registros comportamentales no fueron entregados por todos los participantes y las inasistencias que llegaba a tener algún participante atrasaba el avance de los demás y el tiempo de la sesión, situaciones que deben ser valoradas y contraladas en las intervenciones grupales de modificación del comportamiento.

Lo sugerido para una mejora de esta investigación es:

- Para un trabajo más completo, tomar en cuenta la intervención realizada con los padres, el establecimiento de límites y sobre todo trabajar con ellos la importancia de la adherencia terapéutica.
- Realizar estudios longitudinales, un seguimiento anual, para conocer la calidad de vida y los logros obtenidos después de la intervención.
- Hacer mediciones y desarrollar estrategias de evaluación de resiliencia, para dar a conocer el nivel de esta variable antes de la intervención y cuanto aumento después de la misma de manera estadística.

Las habilidades profesionales adquiridas durante esta investigación y una vez concluida ésta, fueron las siguientes:

- Valores necesarios para poder ser un buen terapeuta, como lo es: Ética, honestidad, lealtad, optimismo, respeto y responsabilidad.
- Habilidades clínicas u ojo clínico necesarias para poder dar una intervención adecuada y eficaz, entre las que destaco las siguientes: rapport, empatía, observación, tonos de voz y contacto visual.

- La habilidad de la búsqueda bibliográfica y la importancia de la misma.
- El aprendizaje de control de grupos y de control de cantidad de las sesiones.
- La perseverancia ante situaciones estresantes y superación de dificultades existentes.
- Realización de cartas descriptivas a través de la formulación de caso con un enfoque cognitivo-conductual basado en Psicología Positiva. Por lo tanto la realización de una intervención diferente en donde se disminuyen síntomas a través del aumento de fortalezas y habilidades.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buena-Casal, G. & Donald, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferencia a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-41.
- Almonte, T., Montt, M. & Correa, F. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo.
- Alonso, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Mental*, 32 (6), 443-445.
- Altamirano, S.V., & Gutiérrez, M. (2012). Estilos de Afrontamiento ante Eventos Estresantes en la Infancia. *Acta de Investigación Psicológica*, 2 (2), 687-698.
- Álvarez, A. (2007). *Formación del Terapeuta Infantil con enfoque Cognitivo-Conductual*. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychological Association (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. España: Masson.
- André, C. (2008). *Prácticas de Autoestima*. Francia: Kairós.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago: Mediterráneo.
- Barranco, C. (2009). Trabajo Social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 9 (2), 133-145.
- Beck, J. (2001). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B.F. & Emery G. (1982). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer
- Bermudéz, M.P. (2004). *Déficit de autoestima: Evaluación, Tratamiento y Prevención en la Infancia y Adolescencia*. España: Pirámide.
- Beltrán, M.C. & Freyre, M.A. (2012). The Beck Depression Inventory: Its Validity in adolescent population. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 5-13.
- Bissonnette, M. (1998). *Optimism, hardiness, and resilience: A review of the literature. Prepared for the Child and Family Partnership Project*. Documento recuperado el día 28 de junio de 2012.
- Bornas, X & Servera M. (1996). *La impulsividad infantil: Un enfoque cognitivo-conductual*. España: Siglo Veintiuno.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V.E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Vol 1*. España: Siglo XXI
- Caballo, V.E. (2008) *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. & Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Camacho, J.M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires

- Caraveo, J. (2007). Validez del cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Salud Mental*, 30 (2), 42-49.
- Caraveo, A. J., Colmenares, B. E. & Martínez, V. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498.
- Caro, I.C. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós
- Casamayor G, Antúnez S, Armejach R, Checa P, Giné N, et al. (2007). *Como dar respuesta a los conflictos: La disciplina en la enseñanza secundaria*. Barcelona: GRAÓ
- Castro, A., Cosentino, A., & Pawelski, J. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Barcelona: Paidós.
- Chainé, S.M., & Pineda, F.V. (2011). Evaluación de Conocimientos sobre Habilidades de Manejo Conductual Infantil en Profesionales de la Salud. *Acta de Investigación Psicológica*. 1 (3), 428-440.
- Cohn, M. A., & Fredrickson, B. L. (2009). Positive emotions. *Oxford handbook of positive psychology*, 13-24.
- Colli, A.M. & Zaldívar, D. (2002). Factores Curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados. *Adicciones*, 14(3), 381-391.
- Compas. B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw-Hill.

- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Flow: Una Psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos: La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Del Barrio, V. (1997). Estresores infantiles y su afrontamiento. *Estrés y Salud*, 351-378.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcayo, F.J. & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del Estado completo de Salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19 (2), 286-294.
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-336.
- Elisardo, B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.
- Ellis, A. (1980). *Terapia racional-emotiva*. México: Pax México.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Feldman, L., & Gross, J. (2001). *Emotional Intelligence: A process Model of Emotion, Representation and Regulation*. En Mayne, I.J. & Bonanno G.A (2001). *Emotions: Current issues and future directions*. New York: Guildford, 286-310.
- Feldman, L., Gross, J., Conner, T. & Benvenuto, M. (2001) Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15 (6), 713-724.

- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment*, 3 (1), 1.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American psychologist*, 56, 218-222.
- Fredrickson, B., Mancuso, R., Branigan, C. & Tugade, M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion*, 4 (4), 237-258.
- Freeman J., Epston D. & Lobovits D. (2001). *Terapia Narrativa para Niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R.D., & McClure, J.M. (2005) *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Gamboa, S. (2008). *Juego, resiliencia. Resiliencia, juego: Para trabajar con niños, adolescentes y futuros docentes*. Buenos Aires: Bonum
- García, D. (1997). *El grupo: métodos y técnicas participativas*. Buenos Aires: Espacio.
- Gatti, G. (1997). *Ética de las profesiones formativas: ética profesional para el educador, el intelectual, el psicólogo, el agente de la comunicación social, el artista y el hombre del espectáculo*. Bogotá: San Pablo.
- Glantz, M., Johnson, J. (2002) *Resilience and development: Positive Life Adaptations*. New York: Kluwer Academic Publishers.

- Goldfried, M. (1996). *De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gomar, M. & Mandil, J. (2004). *Acá se juega con los problemas: Intervenciones a partir del juego y el dibujo en la clínica cognitiva con niños*. New York: WW Norton & Company.
- González, L. (2010). *Psicología clínica: Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos* México: Universidad de Guanajuato.
- Greco, C., Morelato, G., & Ison, M. (2006). Emociones Psicológicas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicología, cultura y sociedad: Psicodebate*, 7, 80-90.
- Harrington, R., Rutter, M., Weissman, M., Fudge, H., Groothues, C. & Bredenkamp, D. (1997). Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affect Disord.* New York: Elsevier, 42 (1), 9-22.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica. Niños socialmente competentes*. México: UNAM.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: Una oportunidad para la prevención en salud mental*. Universidad Académica de Humanismo Cristiano: Recuperado el 26 de Julio del 2012.
- Juárez, F., Villatoro, J. A. & López, E. K. (2002). *Apuntes de Estadística Inferencial*. México, D. F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Justicia F.J, Rodríguez J.A & López M.M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, España: Pirámide

- Kandel, D.B. & Davis, M. (1986). Adult sequelae of Adolescent Depressive Symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 43 (3), 255-262.
- Kendall, P. & Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York: The Guilford Press.
- Kelleher, K. J., McInerney, T. K., Gardner, W. P., Childs, G. E., & Wasserman, R. C. (2000). Increasing identification of psychosocial problems: 1979–1996. *Pediatrics*, 105(6), 1313-1321.
- Kohn, R., Levav, I., Alterwain, P., Ruocco, G., Contrera, M. y Delta, G. (2001). Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9 (4), 211-218.
- Kovacs, M., Adaptación Meave & Ayala (2001). Children's Depression Inventory (CDI). *North Tonawanda, NY: Multi Health Systems Inc.*
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. California: Martínez Roca.
- Lira, N.A & Sánchez, J.C (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en red.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. 25 (4), 42.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M. & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26 (2), 325-334.

- Lyddon, W. J. & Jones, J.V. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras*. México: Manual Moderno
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martin, G. & Pear, J. (2007) *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: España: Pearson.
- Martínez, M.C. (2005). *Como favorecer el desarrollo emocional y social de la infancia: Haca un mundo sin violencia*. Madrid: Catarata
- Mayor, J. & Labrador, F.J. (1993). *Manual de Modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C *et al.* (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.
- Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J. & Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento Psicológico de la Depresión Infantil y Adolescente ¿Evidencia o promesa?. *Psicología Conductual*, 10 (3), 564-565.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Moreno, J. (2012). *Prácticas Parentales de Madres con Sintomatología depresiva como predictoras de síntomas internalizados y externalizados infantiles*. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nezu, A.M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y*

diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno.

- Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida.* México: Thomson.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares.* España: Morata.
- Oramas-Viera, S., Santana, S. & Vergara, A. (2007). El bienestar psicológico: Un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo.* 7 (1), 34-39.
- Ortega, R., Chaparro, S., & Coll, M. Á. (2010). *Agresividad injustificada Bullying y violencia escolar.* México: Alianza.
- Papalia, D., Wendkos & Duskin R (2009). *Psicología del Desarrollo.* México: McGraw-Hill.
- Peña, J.A. & Montiel-Nava, C. (2003). The attention deficit hyperactivity disorder: ¿Myth or Reality?. *Revista Neurológica.* 36 (2). 173-179.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology.* Oxford University Press, USA.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification.* New York: Oxford.
- Polaino-Lorente, A., Doménech, E., García, A., & Ezpeleta L. (1988). *Las Depresiones Infantiles.* Madrid: Morata.
- Prada, E (2005). Psicología Positiva y Emociones Positivas. *Revista Electrónica de Psicología Positiva.* Disponible en <http://www.Psicologia-positiva.com/revistahtm/>.

- Rey, C., Martínez, J. & Guerrero, S. (2009). Tendencias de los artículos en psicología clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 61-71.
- Reynolds, W. M. (1992). *Internalizing disorders in children and adolescents*. Nueva York: Wiley
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Romero, C., García-Mas, A. & Brustad, R. (2009) Estado de arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 50-70.
- Rutter, J. (1991). Nature, nurture, and psychopathology; A new look and an old topic. *Development and Psychopathology*, 3, 25-100.
- Sánchez, M (2003). Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastorno de ansiedad. *Clínica y Salud*, 14 (2), 183-201.
- Sánchez, M. M., Gutiérrez, R. B., Delgado, M. P., & Rodríguez, J. M. (2009). El problema del maltrato y el acoso entre iguales en las aulas. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 1-13.
- Segura, D. & Ramos, L. (2009) *Psicología de la felicidad*. España: Uniré
- Seligman, M.E. (1998). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M.E. (2002). *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: The Free Press.
- Seligman, M. E. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Vintage.

- Seligman, M.E, Kaslow, N., Alloy, L, Peterson, C., Tanenbaum, R., & Abramson, L. (1988). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*. 16 (2), 163-175.
- Serrano, A. (2006). *Acoso y violencia en la escuela: Cómo Detectar, Prevenir y Resolver el Bullying*. España: Ariel.
- Servera, B.M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid: Pirámide
- Shaffer, D. R. & Kipp, K. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México: Thomson Learning.
- Sotelo, J. (2011) Factores de la teoría motivacional de autodeterminación de Deci y Ryan presentes en la residencia naval de Veracruz. *Revista Observatorio Calasanz*. 2 (4), 197-219.
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: Una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125.
- Thorpe, G.L. & Olson, S.L. (1997). *Behavior Therapy: Concepts, procedures and applications*. Estados Unidos: Allyn & Bacon.
- Trianes M. (2003) *Estrés en la infancia: Su prevención y tratamiento*. España: Madrid: Narcea.
- Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Valencia, A. (2007). *Programa de Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, UNAM.
- Valencia, A. & Flores A. (2013). *Formulación de Casos Clínicos y Psicología Positiva como herramientas terapéuticas*. Presentado en "7th World

Congress of Behavioral and Cognitive Therapies". Perú: Julio 22 a 25.

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible: Despertar en niños maltratados la confianza en si mismos: construir la resiliencia*. Gedisa.

Vázquez, C. & Hervás, G. (2009). *Psicología Positiva Aplicada*. España: Desclée de Brouwer.

Vázquez, C. & Siles, M (1999). Depresión parental y filial: Factores de riesgo, efectos mutuos y una propuesta explicativa. *Familia y Psicología de la Salud*. México, 203-236.

Vecina, M.L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 9-17.

Vielma, R.J. & Alonso, L. (2010) El estudio del Bienestar Psicológico subjetivo: Una breve revisión teórica. *Revista Educere: Artículos Arbitrarios*. 49, 265-275.

Vitero, F. B. (2006). *SOS bullying: prevenir el acoso escolar y mejorar la convivencia*. España: WK Educación.

Walker, J. & Shea, T. (1999). *Manejo Conductual: un enfoque práctico para educadores*. México: El Manual Moderno

Weiner, I.B. (1992) *Métodos en Psicología Clínica*. México: Limusa.

Wilner, R. & Levy, R. (2000). *Terapia Cognitiva en Niños*. Buenos Aires: Lumiere.

Yalom, I.D. (2000) *Psicoterapia existencial y Terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Anexos

ANEXO 1



TALLER PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE 7 A 9 AÑOS.

| CARTA DESCRIPTIVA GENERAL | | Número de Sesiones: 12 | | |
|---|---|---|---|-----------------|
| Participantes: Niños de 7 a 9 años, que presentan problemas de conducta asociados a la crianza. | | Terapeuta: Psic. Verónica Xanat Corte Sánchez | | |
| Objetivo General del Taller: Dotar a los niños de habilidades y competencias que les permitan mantener una buena relación en casa y en la escuela. | | | | |
| Objetivo específico: Observar el estado previo en que llegan los niños con el fin de encontrar mejoras significativas al término del taller. | | | | |
| Contenido temático | Objetivos Específicos | Actividades | Material Didáctico | Duración |
| 1 Pre-Evaluación | Conocer el estado previo de los participantes al taller. | <ul style="list-style-type: none"> Pre-evaluación de los participantes de modo uno a uno | Instrumentos impresos: CAVE CASQ CMAS-R CDI Estrés en los niños Lápiz y goma | 2 horas |
| 2 Presentación y Bienvenida | Generar el rapport entre terapeuta y los participantes así como generar empatía e inclusión entre el grupo dando a conocer los acuerdos grupales. | <ul style="list-style-type: none"> Claves Secretas La Telaraña Reflexión de un cuento y un video La papa caliente Dibujar y colorear | Colores Estambre Hojas Cartulina Cuento: El ratón que vuela Video: Por cuatro esquinitas de nada Pelota | 2 horas |

| | | | | |
|--|--|---|---|---------|
| 3 Salud (Primera Parte) | Dotar al niño de herramientas e información acerca de su cuerpo y salud para generar estilos de vida más saludables y mejor calidad de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas en pizarrón • Simón dice • El juego del lazo • Ver un video y hacer reflexión • Hábitos de higiene • Juego de roles como médicos y padres | Plumones y pizarrón Lazo de plástico Video: El violín de Marcos Imágenes de virus, bacterias y caries. Pastillas reveladoras Juego de médico | 2 horas |
| 4 Salud (Segunda Parte) | Dotar al niño de herramientas e información acerca de su cuerpo y salud para generar estilos de vida más saludables y mejor calidad de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas de sesión anterior • Enseñar plato del bien comer • Hacer con plastilina su propio plato del bien comer • Jugar lotería de frutas y verduras • Regar una planta con agua y otra con coca cola (a partir de hoy durante todo el taller) • Collage grupal de actividades y deportes • Juego del calentamiento • Ejercicio de relajación e imaginación | Plumones y pizarrón Imagen plato del bien comer Plastilina Platos Lotería de frutas y verduras 2 plantas Cartulina Revistas Tijeras Resistol | 2 horas |
| 5 Cambiando nuestro pensamiento | Generar un cambio en las creencias inadecuadas de los niños y demostrarles que las conductas y las emociones están íntimamente ligadas a la forma de pensar de cada uno y no a la situación externa. | <ul style="list-style-type: none"> • Representar las cuatro situaciones del Módulo 1 con títeres, induciendo la opinión de los niños. • Retroalimentación • Dramatizar con ayuda de los títeres las 4 situaciones. • Pedirle al niño que explique con sus propias palabras la pregunta: ¿Tú que piensas? • Hacer una lluvia de ideas para que el niño exprese sus vivencias en situaciones en las que se haya sentido triste, enojado y feliz. • Explicarle al niño el modelo ACC • Completar diferentes ejemplos de diagrama ACC y hacer una reflexión de cada respuesta del compañero. | Teatro guiñol Títeres Módulo 1 impreso Pizarrón Plumones | 2 horas |

| | | | | |
|--|--|---|---|--------------------|
| <p>6 Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas</p> | <p>Mostrar que los pensamientos positivos y una visión optimista ante la vida generan emociones y conductas positivas y viceversa</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Explicar que hay diferencias en la forma en que pensamos y en la forma en que explicamos las cosas. • Representación de historias de módulo 2 • Reflexión sobre las historias (estilos explicativos de cada personaje) • Elección de adjetivos para imágenes de personajes optimistas y pesimistas • Identificar en representaciones (historias) el pensamiento permanente y el temporal • Cada niño debe dar un ejemplo de una situación en donde haya utilizado un estilo explicativo pesimista y luego lo cambiarlo por uno optimista. | <p>Pizarrón Plumones 1 imagen de persona optimista 1 imagen de persona pesimista</p> | <p>2: 30 horas</p> |
| <p>7 Habilidades sociales</p> | <p>Dotar al niño de herramientas de comunicación asertiva, identificación de emociones y lenguaje no verbal para generar mejores relaciones interpersonales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia sobre las habilidades sociales • Representar 3 historias sobre la misma situación pero con personajes diferentes: Un agresivo, un pasivo y un asertivo • El niño deberá dibujar las principales características de una persona agresiva, una pasiva y una asertiva. • Completar el rostro de varios personajes haciendo que concuerden con una emoción determinada. • Con ayuda de los espejos cada niño deberá concordar el tono de voz con el rostro y la emoción. • Escribir en el pizarrón los 4 pasos de la asertividad y explicarlos brevemente. • Juego "El costal mágico" • Representar los pasos para ser buenos negociadores • Juego ¿Y tu que harías? • Los niños practican con ejemplos de la vida cotidiana | <p>Plumones y pizarrón Módulo 5 impreso Hojas recicladas Colores Espejos Frasas en foamy Un costalito</p> | <p>2:30 horas</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|-------------------|
| <p>8 Solución de Problemas (Primera Parte)</p> | <p>Dotar al niño de herramientas para la solución adecuada de sus problemas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hacer lluvia de ideas sobre como solucionan un problema • Ver el video "Ese no es mi problema" y hacer una reflexión • Enseñar que hay 5 pasos muy importantes que forman la pirámide de la solución de problemas, conforme se va explicando cada paso se irá armando la pirámide de madera • Representar con títeres historias del módulo 4 para que vayan identificando los pasos • Explicarle al niño por medio de imágenes lo que es un pensamiento frío y un pensamiento caliente. • Armar el rompecabezas de foamy sobre situación, pensamiento y emoción. • Retroalimentación | <p>Plumones y pizarrón Video: Ese no es mi problema Foamy con los 5 pasos de la pirámide Teatro guiñol Títeres Imágenes sobre pensamiento frío y caliente Piezas de rompecabezas</p> | <p>2:30 horas</p> |
| <p>9 Solución de Problemas (Parte 2)</p> | <p>Dotar al niño de herramientas para la solución adecuada de sus problemas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hacer una lluvia de ideas de la sesión anterior • Realizar "El juego del detective" • El niño será un experto detective en la resolución de un problema: "Los juguetes desaparecieron y nadie sabe dónde están" • Los niños deben establecer la meta, • Llegar a un acuerdo sobre los posibles caminos que existen para alcanzarla y que camino tomarán. • Para encontrar una pista para alcanzar la meta deberán hacer actividades donde se deban poner de acuerdo (varias pistas durante el juego). • Retroalimentación | <p>Plumones, pizarrón Plumones Cartulinas Pistas con actividades Jueguetes</p> | <p>2 horas</p> |
| <p>10 Autoestima</p> | <p>Generar en el niño seguridad y confianza en sí mismo. Fortalecer sus virtudes y conocerse mejor a sí mismo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cada quién cocinará su receta de la felicidad • Cada uno expone y explica su receta • "El escudo de la autoestima": Los niños recortarán todo aquello que se parezca a ellos, lo pegaran sobre una hoja, después deben recortar algo positivo sobre sus compañeros, y lo entregarán a cada uno de sus ellos, los recortes que hallan obtenido de sus compañeros los pegaran al reverso de sus propios recortes. • Cada niño hace una estrella en papel amarillo dibujándose a ellos mismos en el centro, y en cada esquina de la estrella deben poner sus características especiales • Cada uno comparte sus estrellas y luego las colgamos en el techo. | <p>Revistas Papel amarillo Tijeras Diurex Hojas Plumones Colores Hilo</p> | <p>2 horas</p> |

| | | | | |
|----------------------------|---|--|--|---------|
| 11 Acoso Escolar | Prevenir el acoso escolar ya sea como víctima o agresor. | <ul style="list-style-type: none"> • Explicación sobre acoso escolar • Dialogar con los niños sobre sus experiencias sobre el acoso escolar • Cada niño comentará cómo se ha sentido cuando lo han maltratado y las consecuencias. (Enfatizar la importancia de que podemos solucionar la situación y que no nos hagan sentir mal) • Representar las cinco acciones que deben llevar a cabo para defenderse • Juego: La papa caliente • Juego: Imitación de animales | Hojas Colores Plumones Revista ¿Cómo ves? Una pelotita | 2 horas |
| 12 Post- Evaluación | Observar el estado posterior al taller en los niños con el fin de encontrar mejoras significativas. | <ul style="list-style-type: none"> • Realización de la Post- Evaluación • Cierre y entrega de diplomas | Instrumentos impresos: CAVE CASQ CMAS-R CDI Estrés en los niños Lápiz y goma Diploma de cada niño | 2 horas |

Para solicitar y obtener mayor información sobre las cartas descriptivas por sesión mandar correo a vs_8_8@hotmail.com