



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ**  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 8967-25



**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES  
EN UN ADOLESCENTE CON TDAH**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
**VELÁSQUEZ MONTERO DAVID JONATHÁN**

ASESORA:  
**PSIC. BERTHA MARÍA MEDINA GUZMÁN**

**ORIZABA, VERACRUZ.**

**AGOSTO 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **Agradecimientos**

Al Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz, como mi formador académico durante el transcurso de la licenciatura, así como a todo el personal que lo integra y que siempre me brindaron su apoyo en los momentos en que más lo necesitaba.

Al Centro Integral Orizaba A. C. (CRIO), por permitirme el desarrollo y aplicación del punto central de esta investigación dentro de sus instalaciones y al personal que lo integra, destacándose por manifestarme su respaldo en todo momento.

A mis maestras y personal docente en general, que dedicaron su máximo esfuerzo y empeño a la enseñanza dentro del aula y manteniendo siempre una ética y profesionalidad pulcra para permitirme lograr mi mejor desempeño académico.

A mi asesora, la Psicóloga Bertha M. Medina Guzmán, por su enseñanza y guía para el adecuado diseño de este trabajo, manteniendo un profesionalismo ejemplar.

A la Neuropsicóloga Christal E. Jarquin Ramírez, por su asesoría y apoyo profesional para el diseño, elaboración y aplicación del programa central de este trabajo.

A todas las familias y personas, que me apoyaron como voluntarios en las diferentes horas de práctica realizadas a lo largo de la carrera y que nunca se negaron a colaborar como pilar fundamental en mi proceso de aprendizaje profesional.

A todos mis amigos, conocidos y seres queridos en general que, de una u otra manera, siempre me hicieron sentir la confianza y el apoyo que necesitaba para seguir adelante en esta etapa tan importante en mi vida académica.

A mi familia, que estuvo conmigo en todo momento, en las situaciones más difíciles, así como en los pequeños logros conseguidos a través de los diferentes semestres cursados durante la licenciatura.

## **Dedicatorias**

El presente trabajo de investigación va dedicado a:

Mis padres Emilio Velásquez Reyes y Griselda Montero Hernández que, con su apoyo, paciencia e infinito amor me permitieron llegar hasta donde estoy, personal y profesionalmente. Los amo.

Mi abuelo, el Dr. José Montero Valencia quien, en vida siempre estuvo a mi lado y me demostró su amor incondicional y apoyo a mis decisiones, las despedidas son difíciles, pero siempre nos dejan un aprendizaje.

Mi abuela, Isabel Hernández Córdova, quien me brindó su apoyo hasta sus últimos días y siempre me abrió las puertas de su casa para ofrecerme el alimento y hospedaje cuando lo requería, además de su amor incondicional.

La Psicóloga Alma Rosa Martínez, pues sin su dedicación como docente durante mi último año de preparatoria, nunca hubiera logrado comenzar este camino, como futuro profesional, que hoy llega a su fin.

Y, finalmente, quisiera dedicar este trabajo a todas las personas que se vieron involucradas en estos 4 años que duró todo este proceso que culmina como un gran logro y éxito en mi vida personal y académica, aun sin su nombre explícito en estas líneas, pueden tener por seguro que estoy infinitamente agradecido por su apoyo y respaldo hacia mí y hacia mis intereses personales como profesional en formación. Muchas gracias.

# Índice

**Agradecimientos**

**Dedicatorias**

**Resumen**

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Marco Teórico</b> .....	8
<b>Capítulo 1. Habilidades Sociales</b> .....	11
1.1 Concepto de Habilidades Sociales.....	11
1.2 Habilidades Sociales según Goldstein.....	15
1.3 Habilidades Sociales Relacionadas con los Sentimientos.....	16
<b>Capítulo 2. Modelo Cognitivo Conductual y su Intervención</b> .....	19
2.1 Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales.....	19
2.2 Antecedentes del Modelo Cognitivo Conductual.....	21
2.3 La Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual.....	24
2.3.1 Antecedentes de la Terapia de la Conducta.....	26
2.3.2 El Trastorno Mental desde el Modelo Cognitivo Conductual.....	30
2.3.3 Pautas de Intervención del Modelo Cognitivo Conductual.....	32
<b>Capítulo 3. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b> .....	44
3.1 Etiología del Trastorno.....	45
3.2 Prevalencia.....	47
3.3 Habilidades Sociales en Pacientes con TDAH.....	47
3.4 TDAH en Adolescentes.....	48
3.5 Diagnóstico.....	49
3.6 Tratamiento.....	52
<b>Capítulo 4. Metodología</b> .....	55
4.1 Diseño.....	55
4.2 Objetivos de Investigación.....	56
4.3 Preguntas de Investigación.....	56
4.4 Hipótesis.....	57

4.5 Variables.....	57
4.6 Instrumento.....	58
4.7 Sujeto.....	59
4.8 Marco Contextual.....	60
4.9 Procedimiento.....	61
<b>Resultados.....</b>	<b>64</b>
<b>Análisis.....</b>	<b>72</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>76</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>77</b>

### Índice de anexos

Anexo 1. Oficio de autorización para la aplicación del PEHS.....	84
Anexo 2. Consentimiento informado.....	85
Anexo 3. Escala de Evaluación de Habilidades Sociales (Test).....	86
Anexo 4. Escala de Evaluación de Habilidades Sociales (Re-test).....	89
Anexo 5. Formato de entrevista semiestructurada.....	92
Anexo 6. Carta descriptiva sesión no. 1 del PEHS.....	95
Anexo 7. Carta descriptiva sesión no. 2 del PEHS.....	96
Anexo 8. Carta descriptiva sesión no. 3 del PEHS.....	97
Anexo 9. Carta descriptiva sesión no. 4 del PEHS.....	98
Anexo 10. Carta descriptiva sesión no. 5 del PEHS.....	99
Anexo 11. Carta descriptiva sesión no. 6 del PEHS.....	100
Anexo 12. Carta descriptiva sesión no. 7 del PEHS.....	101
Anexo 13. Carta descriptiva sesión no. 8 del PEHS.....	102
Anexo 14. Carta descriptiva sesión no. 9 del PEHS.....	103
Anexo 15. Carta descriptiva sesión no. 10 del PEHS.....	104
Anexo 16. Evidencia fotográfica de la sesión no. 1.....	105
Anexo 17. Evidencia fotográfica de la sesión no. 2.....	106
Anexo 18. Evidencia fotográfica de la sesión no. 3.....	107
Anexo 19. Evidencia fotográfica de la sesión no. 4.....	108

Anexo 20. Evidencia fotográfica de la sesión no. 6.....	109
Anexo 21. Evidencia fotográfica de la sesión no. 7.....	110
Anexo 22. Evidencia fotográfica de la sesión no. 9.....	111
Anexo 23. Evidencia fotográfica de la sesión no. 10.....	112

### **Índice de tablas**

Tabla 1. Definición de Habilidades Sociales según autores – Parte 1.....	10
Tabla 2. Definición de Habilidades Sociales según autores – Parte 2.....	15
Tabla 3. Características del condicionamiento clásico y operante.....	22
Tabla 4. El trastorno mental según el enfoque conductista y el enfoque cognitivo.....	31
Tabla 5. Diferencias entre refuerzo, reforzamiento y reforzador.....	33
Tabla 6. Reducción o eliminación de una conducta.....	34
Tabla 7. Criterios diagnósticos DSM 5 para el TDAH.....	50

### **Índice de figuras**

Figura 1. Tipos de instrumentos de autoinforme.....	38
Figura 2. Puntos a considerar para una correcta retroalimentación.....	42

### **Índice de gráficas**

Gráfica 1. Comparación de resultados test y re-test Escala de Evaluación de Habilidades Sociales.....	64
---	----

## Resumen

En la psicología existe una necesidad muy grande de la investigación en el área socioemocional en pacientes diagnosticados con TDAH, puesto que, si bien es cierto que hay material científico muy vasto acerca de las principales afectaciones que este trastorno conlleva para ellos, esto se establece de manera más general y no específica hacia esta área, y es que el área emocional es de gran importancia para el desarrollo social de la población nombrada y en general para cualquier persona (Pincheira, 2020), de esta manera, se pretende brindar una aportación a esta problemática en específico, a fin de que la atención hacia las dificultades socioemocionales en los pacientes con TDAH pueda ser mayor y, por tanto, las alternativas de tratamiento para ello aumenten. Para esto, partiendo de una base teórica rica en información, se ha diseñado un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual, esto debido al alto porcentaje de eficacia demostrada por él (Frontiers in Psychiatry, 2018). El diseño se basó una metodología experimental con estudio de caso exploratorio, tratándose de un adolescente de 15 años de edad, diagnosticado con TDAH con predominancia de déficit de atención, al cual se le aplicó la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004) con el fin de medir su nivel de desarrollo de los diferentes grupos de habilidades sociales presentes en este instrumento y focalizar la intervención en el puntaje más bajo. Así pues, se presenta igualmente el diseño y contenido del programa de entrenamiento de habilidades sociales que se elaboró y aplicó como punto central de este trabajo, así como el desarrollo detallado de las diferentes sesiones que lo conformaron y sus respectivas actividades de trabajo. Posteriormente, se encuentran los resultados obtenidos, su análisis y su contraste con la hipótesis, así como las preguntas de investigación surgidas durante el proceso y los demás elementos metodológicos que permiten realizar una mejor abstracción final de los datos esenciales arrojados en los resultados y, así, culminar con las respectivas conclusiones.

*Palabras clave:* habilidades sociales, emociones, cognitivo-conductual, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad



## **Introducción**

La psicología es considerada actualmente como una ciencia, y siendo tal, sus alcances, logros, cuestionamientos y quehacer científico se mantienen en un nivel de complejidad alto, esto tiene su razón de ser en el centro de su estudio, que encuentra en los procesos mentales y la conducta humana, aunque al considerar esto último desde una perspectiva más general, llegaremos a la conclusión de que el objeto de estudio de la psicología, tratándose de una ciencia social, es el hombre. De acuerdo con Bonfil (2018), las ciencias sociales pueden ubicarse en un peldaño de la complejidad científica mayor que las ciencias naturales, pues, a diferencia de éstas, su objeto de estudio no puede describirse como estático o inmutable, por el contrario, está en un constante cambio.

Partiendo de esto, la psicología tiene la capacidad y el quehacer científico para abordar la investigación del hombre desde diferentes perspectivas, las cuales se conocen como ramas o campos de estudio de la psicología, un ejemplo de éstos son la psicología clínica, psicología social, psicología laboral, psicología criminal, psicología educativa, por mencionar sólo algunos. Particularmente, para la psicología clínica, encontramos que se define como la rama que se encarga de la investigación, la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y la rehabilitación de todas aquellas cuestiones que afectan a la salud mental y que puede generar malestar o sufrimiento en las personas. La psicología clínica estudia los elementos que tienen algún tipo de incidencia en los trastornos mentales o de conducta desadaptativa de las personas con el objetivo de restaurar su equilibrio psicológico.

Manteniendo este objetivo mencionado, es menester que exista entonces un procedimiento apto y válido para lograrlo, esto a través de la intervención, donde encontramos diferentes niveles, para Fernández (2001) existen 3 en particular, el primero de ellos es el nivel psicoeducativo, el cual responde a una necesidad sistematizada y meramente informativa sobre las cuestiones que rodean al foco de atención del proceso de intervención psicológico; como segundo nivel se halla el de asesoramiento, que responde a la necesidad de potenciar las capacidades básicas, en este caso, del sujeto, corresponde con un nivel de intervención más profundo; por

último, el tercer nivel es el de tratamiento terapéutico o también conocido como psicoterapia o terapia psicológica, éste tercero responde a la necesidad de elaborar nuevas pautas que permitan una mayor funcionalidad en la vida de la persona que asiste a la terapia.

Dentro del nivel de tratamiento, existen distintos enfoques psicológicos sobre los cuales puede basarse un proceso terapéutico, retomando sólo algunos de los más comunes, se puede mencionar el enfoque humanista, psicoanalítico, gestáltico o el cognitivo conductual, este último es, considerado por muchos miembros del gremio del psicología como el que posee una mayor validación científica, de acuerdo con un artículo publicado recientemente en la revista online *Frontiers in Psychiatry* en el año 2018, el modelo cognitivo conductual es el más aceptado por diferentes motivos, tales como que es la forma más investigada en psicoterapia, además de que ningún otro tipo de psicoterapia ha presentado pruebas contundentes acerca de ser sistémicamente superior a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), igualmente, los modelos teóricos de cambio de la TCC han sido los más estudiados y pueden considerarse en sintonía con los paradigmas predominantes de la actualidad acerca de los procesos mentales y el comportamiento humano.

Entendiendo que como modelo de psicoterapia mantiene como finalidad la rehabilitación de aptitudes humanas en los pacientes para mejorar su calidad de vida, y que como enfoque clínico está centrado en los trastornos mentales y sus diferentes afectaciones, se entiende la competencia del modelo cognitivo conductual en la intervención hacia la población que padece de estas afecciones. Uno de los trastornos con mayor prevalencia en el mundo (3-5%) es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), aunque no existen cifras exactas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que alrededor de 1 millón y medio de adolescentes en México podrían presentar este padecimiento (Dirección General de Comunicación Social [DGCS] Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2017).

El TDAH se caracteriza por afectaciones a nivel cognitivo, conductual, emocional y social (Shirin, 2020a), manteniendo una influencia en la calidad de vida de la persona diagnosticada y, generalmente, mermando su nivel. Si bien es cierto que

hay mucha evidencia de la efectividad de la intervención del modelo cognitivo conductual en distintos aspectos de este trastorno, no es tanta la evidencia obtenida en el caso de la parte emocional, como pudiera ser en el área cognitivo, por mencionar un ejemplo. De acuerdo con Pincheira (2020), en la cuestión social, las emociones nos permiten introducirnos en las relaciones interpersonales, generando no solo vínculo entre las personas, sino dinámicas de relaciones, para Goldstein (1989) existen habilidades sociales específicamente relacionadas con las emociones, dentro de las cuales se da especial importancia a la identificación de las emociones propias, así como las de cualquier persona que interactúe con nosotros y, de igual manera, la expresión de las emociones una vez identificadas.

La relevancia en el trabajo de desarrollo socioemocional en pacientes con TDAH responde, por supuesto, a una necesidad muy grande de adaptación por parte de los mismos en su entorno, puesto que, como se ha mencionado, este trastorno discurre hacia diferentes áreas sociales de la persona generando, por tanto, distintos conflictos y dificultades para un desenvolvimiento adecuado en lo que a relaciones interpersonales se refiere. De acuerdo con una investigación realizada en 2009, por Pardos et al., algunas de las principales afectaciones derivadas de este padecimiento son la dificultad de establecer vínculos adecuados no sólo con compañeros en el aula de clases, sino también con profesores o, incluso, con los propios padres; en pacientes infantiles incluso se reveló que existe una mayor tendencia hacia una autoimagen negativa en aspectos como el escolar, social, físico y, de manera general, en su autoaceptación personal. Koonce et al. (2004) realizaron un estudio acerca de la relación entre la etiqueta que surge del diagnóstico del TDAH con el juicio y trato por parte de los profesores hacia los alumnos, se encontró que, en la mayoría de los casos, eran peores las apreciaciones por parte de los educadores hacia los alumnos en cuanto a sus expectativas sobre la atención y disposición, además de que había prejuicios de por medio que afectaban de manera directa el desempeño y autoestima de los alumnos. Así como lo mencionado hasta ahora, todos los estragos a nivel social y emocional derivados de manera directa o indirecta del TDAH, pueden ser tratados mediante un adecuado diseño y aplicación de algún programa de entrenamiento adaptado

específicamente a las necesidades del paciente en cuestión, bajo los principios del modelo más adecuado metodológicamente hablando, en este caso, el cognitivo conductual. Hasta este punto, podemos notar la relación estrecha entre el manejo adecuado de las emociones y la destreza social esperada en un nivel de desarrollo adecuado, sin embargo, podemos comprender con base en lo presentado hasta ahora que las personas que han sido diagnosticadas con TDAH no necesariamente tienen el nivel mencionado, siendo que es necesario un trabajo específico que permita potenciar sus aptitudes socioemocionales hasta un grado de mayor avance, permitiendo cubrir las necesidades presentadas en las relaciones personales de modo que éstas gocen de una mayor calidad para los individuos involucrados.

La intervención cognitivo conductual, basada en su alta efectividad empíricamente comprobada, promete un aporte grande para estas áreas de afectación por este trastorno. El desarrollo de las habilidades sociales depende en una gran medida de la interacción social y viceversa, así pues, la calidad de las relaciones interpersonales tiene también una base directa en el nivel aptitudinal que posea la persona en cuestión, puesto que ante una mejor identificación, comprensión y expresión de las emociones, la comunicación fluye de forma adecuada y se logra una interacción en la cual las barreras u obstáculos que pudieran dificultarla, sean disminuidos o, en algunos casos, anulados, asimismo, para la psicología, la expresión de las emociones es favorecedor para la salud mental.

La presente investigación es una propuesta de tipo preexperimental para el campo de la psicología clínica, definida así considerando lo establecido por R. Hernández (2014) acerca del uso de este diseño cuando menciona que “sirven como estudios exploratorios y son útiles como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad” (p. 141), dado que el diseño metodológico se trata de un estudio de caso exploratorio, el cual se caracteriza por no buscar necesariamente una causalidad e identificar una hipótesis que pueda ser comprobada científicamente con investigaciones superiores, además de carecer de investigaciones previas detalladas (R. Hernández, 2014), resulta lo más adecuado para la misma. Así pues, la base teórica, estrategias y técnicas expuestas que conforman este trabajo, así como sus respectivos

resultados, se extienden a distintas áreas de alcance científico, clasificadas y descritas de la siguiente manera: a nivel social, difundir información acerca de este trastorno en específico, los cuidados propios de un paciente que lo padece, conductas adaptativas que beneficien las relaciones interpersonales entre él y las personas que le rodean, etc. a través de la psicoeducación, permiten fomentar una cultura psicológica más basta que la que actualmente vivimos, logrando, además, colaborar con la desmitificación de diversos constructos sociales en torno a las personas con diagnóstico de TDAH, y que resultan perjudiciales para ellos, como lo son estereotipos, rechazo social, falta de oportunidades, prejuicios, etc.

Consecuentemente, en un estrato comunitario, brindar apoyo a un adolescente con esta condición, específicamente hacia una de las principales carencias o afectaciones que presenta, en este caso, habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, le brinda la oportunidad de aumentar sus propias expectativas en cuanto a su calidad de vida, evitando en él la permanencia de ideas que pudieran obstaculizar su correcto desenvolvimiento en la sociedad.

Por consiguiente, al llevar a cabo este proyecto con el apoyo y respaldo de Centro de Rehabilitación Integral (CRIO) ubicado en la ciudad de Orizaba, Veracruz, siendo una asociación ejemplar de oportunidades para personas con diferentes discapacidades, se logra abrir una nueva ventana de herramientas especializadas para pacientes que presenten una condición diagnóstica similar y soliciten, a futuro, atención en esta institución; de la misma manera, aportar una nueva alternativa a la comunidad de especialistas de la salud en cuanto a métodos de tratamiento para personas diagnosticadas con TDAH se refiere, puesto que, en esencia, este trabajo puede ser de utilidad como antecedente para futuras investigaciones relacionadas con el eje central de ésta, teniendo en cuenta la poca abundancia de investigaciones basadas en el mismo modelo dirigiéndolo al área emocional.

No obstante, los alcances posibles de este proyecto, también es conveniente y obligado considerar y mencionar las distintas situaciones que pudiesen condicionar su proceso y modificar el resultado esperado, es decir, especificar lo general y válido de este estudio.

A saber, las condiciones geográficas de la zona de donde es oriundo el sujeto de investigación, pues es sabido que el entorno en que una persona se desarrolla, influirá inevitablemente en él, por esto, los resultados obtenidos tras la aplicación de este programa de intervención, podrían variar al aplicarse a una población distinta; asimismo, la postura respecto a la disposición por parte del sujeto de estudio y sus tutores para participar en esta investigación, puede cambiar debido a factores externos que se encuentran fuera de los alcances de este trabajo; la decisión por parte de los tutores de no inscribir al menor a una institución educativa para el ciclo escolar 2021-2022, puesto que la posibilidad de contar con un mayor número de interacciones sociales se ve disminuida considerablemente, siendo la escuela un espacio donde se establece un número relevante de relaciones interpersonales y, con ello, oportunidades de desarrollo de algunas habilidades sociales.

Considerando que el diseño metodológico de este trabajo se trata de un estudio de caso (R. Hernández, 2014), es decir, aplicado en un solo individuo, los avances logrados si bien representan un aporte para futuras investigaciones, no pueden establecerse necesariamente como un antecedente aplicable a cualquier investigación futura, pese a las características que pudieran compartir con ésta, debido a que la cantidad de variables dentro de otros trabajos influirían igualmente en su respectivo proceso y/o resultado, por lo cual es preferible evitar la generalización de las conclusiones obtenidas en este proyecto; por otro lado, la contingencia sanitaria por la que atravesamos en la actualidad, podría limitar altamente la oportunidad de mantener contacto de manera presencial con el menor partícipe del programa diseñado, condicionando o incluso interrumpiendo el proceso de la investigación, a causa de un aumento en los niveles de riesgo para la salud por motivos de la enfermedad COVID-19.

Una vez revisado lo anterior, y teniendo en cuenta la forma en que las Habilidades Sociales (HHSS) resultan condicionadas por la presencia del TDAH, esta investigación se enfoca entonces en la influencia de dicho trastorno sobre las HHSS relacionadas con los sentimientos y, basado en el modelo psicoterapéutico cognitivo conductual, desarrollar un programa de entrenamiento y lograr una mejoría en el área

socio-emocional de un adolescente con diagnóstico de TDAH. Por ello, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Un programa de entrenamiento basado en el modelo Cognitivo Conductual mejorará las HHSS relacionadas con los sentimientos en un adolescente con TDAH?

Por esto, se pretende el diseño y aplicación de un programa de entrenamiento que contenga actividades que resulten favorecedoras para las principales necesidades del sujeto de estudio, todo esto sustentado en técnicas cognitivo-conductuales como el role-playing, el modelado y la retroalimentación. Al considerar esta propuesta es importante recalcar que, como en cualquier otra investigación, una parte fundamental es la hipótesis, buscando dar esta respuesta predictiva ante la pregunta principal planteada, por esto, se propone que: si se aplica un programa de entrenamiento basado en el modelo cognitivo-conductual en un adolescente con TDAH, entonces mejorarán sus habilidades sociales relacionadas con los sentimientos.

Dicha hipótesis basada en las observaciones realizadas al sujeto de estudio, así como la información obtenida a través de la entrevista llevada a cabo con su tutora, apuntando a un probable puntaje bajo en HHSS relacionadas con los sentimientos, y corroborado así con la aplicación de la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004) donde, tal como se esperaba, dicho rubro resultó con el puntaje más bajo de los 6 grupos de HHSS evaluadas por este instrumento, los cuales son los siguientes: habilidades sociales básicas, habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, habilidades sociales alternativas a la agresión, habilidades sociales para hacer frente al estrés y habilidades sociales de planificación. Considerando una postura positiva respecto a los resultados finales de la investigación, además del sustento teórico, el cual se aborda en su respectivo capítulo, acerca de la eficacia del modelo cognitivo-conductual en lo que a intervención se refiere, además del apoyo, asesoría y confianza puesta en las personas implicadas en este trabajo.

Derivado de la hipótesis surgen las dos variables a considerar en esta investigación, primeramente la variable dependiente: Habilidades Sociales: que, de acuerdo con Goldstein (1989) hace referencia al conjunto de habilidades y capacidades

(variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socio-emocional, estas habilidades se subdividen a su vez en: habilidades sociales básicas, habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas con el manejo de sentimientos, habilidades sociales alternativas a la agresión, habilidades sociales para hacer frente al estrés y habilidades sociales de planificación, como se ha mencionado con anterioridad, el programa de intervención de este trabajo se ha diseñado específicamente para atender las necesidades del grupo de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos. Dicha variable medida con la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein. (Goldstein, et al., 1997). La segunda variable, la variable independiente, resulta en el programa de entrenamiento de HHSS: definido como un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas que se derivan de las teorías del aprendizaje social, la psicología social, terapia de la conducta y modificación de la conducta. Que se aplican para que las personas aprendan HHSS que les permitan mantener interacciones satisfactorias en diferentes áreas sociales (Labrador, 1993). En este trabajo, específicamente se ha diseñado un programa de entrenamiento de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos para trabajar con un adolescente con TDAH.

Para tener en cuenta, este trabajo apunta hacia el cumplimiento de un objetivo, aplicar un programa de entrenamiento basado en el modelo Psicoterapéutico Cognitivo Conductual para mejorar las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en un adolescente con TDAH. De esto mismo, se desprenden los siguientes objetivos específicos: brindar información a los tutores del menor sobre el TDAH a través de la psicoeducación, medir el nivel de desarrollo de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el adolescente mediante la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004), desarrollar y aplicar un programa de entrenamiento de habilidades sociales basado en el modelo Cognitivo Conductual que permita mejorar el nivel de HHSS relacionadas con los sentimientos y, finalmente, evaluar el grado de eficacia del programa aplicado mediante el re-test de la escala ya mencionada.



A continuación, se mencionan y describen los temas que conforman el sustento teórico de esta investigación, los cuales son los siguientes:

Como primer capítulo, Habilidades Sociales: donde se define el concepto de HHSS tomando de referencia a distintos autores, incluyendo a Arnold Goldstein; posteriormente se presenta la clasificación de este mismo autor sobre las HHSS, se realiza hincapié en las HHSS relacionadas con los sentimientos y la importancia social de las emociones, específicamente abordando de manera principal su identificación y expresión, así como su influencia en las relaciones interpersonales.

En el segundo capítulo denominado Modelo Cognitivo Conductual y su Intervención, se presentan primeramente los principios de este modelo, su conformación desde la bifurcación hacia el modelo cognitivo y el modelo conductual, la intervención psicológica desde el modelo Cognitivo Conductual partiendo desde los antecedentes históricos del mismo y su evolución a lo largo de los años como modelo psicoterapéutico, su postura hacia los trastornos mentales y las principales técnicas de intervención en que se basa.

Finalmente, el tercer capítulo se denomina Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en el cual se realiza una descripción del trastorno, basándose principalmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psicología (APA) en 2014, presentando elementos importantes como la prevalencia, el diagnóstico, el tratamiento específico y las características en cuanto a HHSS se refiere en pacientes que lo presentan.

Posterior al marco teórico, el capítulo 4 que abarca todo lo referente a la metodología de esta investigación, presente de manera más explícita el diseño, la planeación, el procedimiento, etc. de la misma, además del instrumento utilizado, las preguntas de investigación, descripción y datos relevantes del sujeto, el marco contextual, entre otros elementos que aportan información importante para enriquecer el trabajo y favorecer una mejor comprensión por parte del lector.

Por último, los resultados y su respectivo análisis contienen un desglose de las distintas sesiones del programa de intervención, el desarrollo de las mismas, los puntos

importantes sobre la evaluación del sujeto y conclusiones generales del proyecto, tomando como base el contraste necesario hacia los elementos metodológicos planteados y que, con anterioridad, fueron mencionados de manera más vasta, como resultan ser la hipótesis, el objetivo principal, objetivos específicos, preguntas de investigación, por mencionar algunos.

## Marco Teórico

### Capítulo 1. Habilidades Sociales

#### 1.1 Concepto de Habilidades Sociales

Cuando se menciona el término “habilidades sociales” (HHSS) cada uno que lo escuche puede atribuirle un significado o interpretación diferente, puesto que no es un tema comúnmente definido a una sola voz ni utilizado con la frecuencia como muchos otros, es por ello que, en este apartado, se pretende mostrar un conjunto de definiciones de distintos autores a través de una recopilación sobre lo que son las HHSS para, posteriormente, hacer referencia a la definición sobre la que se basa esta investigación, es preciso mencionar que ello no significa que dicha definición sea considerada como absoluta ni mayormente aceptada que alguna del resto, tan sólo ha sido la que mayormente se adecúa a los objetivos del presente trabajo.

#### Tabla 1

*Definición de Habilidades Sociales según autores – Parte I*

Autor (es)	Definición
Libet y Lewinsohn (1973)	“La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás” (Libet y Lewinsohn, 1973, p.304) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).
Rimm (1974)	“La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos” (Rimm, 1974, p.81) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).
Rich y Shoeder (1976)	“La habilidad de buscar, mantener o mejorar el

	<p>reforzamiento de una situación interpersonal, a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo” (Rich y Shroeder, 1976, p.81) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5- 6).</p>
Hersen y Bellack (1977)	<p>“La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social “(Hersen y Bellack, 1977, p 512) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).</p>
Wolpe (1977)	<p>“La expresión adecuada, dirigida hacia una persona, de cualquier emoción que no sea el resultado de ansiedad” (Wolpe, 1977, p. 96) Citado en (Caballo, pp. 5-6).</p>
Combs y Slaby (1977)	<p>“La capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado y valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso para los demás” (Peñañiel, 2010, p.9).</p>
Alberti y Emmons (1978)	<p>“La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente, sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás” (Alberti y Emmons 1978, p.2) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).</p>
Mac Donald (1978)	<p>“La expresión manifiesta de las preferencias</p>

---

	<p>(por medio de palabras y acciones) de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta” (Mac Donald, 1978, p.889) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).</p>
<p>Phillips (1978)</p>	<p>El grado en que una persona se pueden comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc., con los demás en un intercambio libre y abierto (Phillips, 1978, p. p13) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).</p>
<p>Rinn y Marke (1979)</p>	<p>El repertorio de comportamientos verbales y no verbales a través de los cuales los niños incluyen las respuestas de otros individuos en el contexto interpersonal. Este repertorio actúa como un mecanismo a través del cual los niños inciden en su medio ambiente obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas o no deseadas en la esfera social... en medida que tienen éxito para obtener las consecuencias deseadas y evitar o escapar de las no deseadas sin causar dolor a los demás, se considera que tiene habilidades sociales (Peñañiel, 2010, p.9).</p>
<p>Hargie, Saunders y Dickson, (1981)</p>	<p>“Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo” (Hargie, Saunders y Dickson, 1981, p. 13) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).</p>

---

Kelly (1982)	“Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente” (Kelly, 1982, p.3) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).
Lineham (1984)	La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuestas que optimicen la influencia interpersonal y las resistencias a la influencia social no deseada (eficiencia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficiencia en a la relación) y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficiencia en el respeto a uno mismo) (Lineham, 1984, p.153) Citado en (Caballo, 2007, pp. 5-6).
Caballo (1986)	La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2007, p.6).

*Nota: Adaptación de Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: un análisis psicossocial en niños de 6 a 8 años en la ciudad de Victoria de Durango. (p. 16), por M. E. Ibarra (2020).*

A fin de complementar la información acerca de la conceptualización de las HHSS y, así, enriquecer el aporte teórico de esta investigación, se presentan dos definiciones más del concepto en cuestión en la siguiente tabla.

**Tabla 2**

*Definición de Habilidades Sociales según autores – Parte 2*

Izuzquiza, D. y Ruíz, R. (2007)	Las habilidades sociales son un conjunto de conductas y destrezas específicas que nos permiten interactuar con los demás del modo más adecuado posible a la situación en que nos encontramos, y de manera mutuamente beneficiosa (Izuzquiza, D. y Ruíz, R., 2007, p. 23).
Goldstein (1989)	Conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socio-emocional.

**1.2 Habilidades Sociales según Goldstein**

Cierto es que existe una gran variedad de definiciones y, por tanto, de clasificaciones de las HHSS, para Goldstein, como se citó en Rodríguez, et al. 2018, “éstas se podían clasificar de la siguiente manera primeras, avanzadas, relacionadas con los sentimientos, alternativos a la agresión, hacer frente al estrés y habilidades de planificación” (pp. 154-155).

Si tomamos en cuenta la definición de este autor: *conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socio-emocional* (Goldstein, 1989), podemos entender que existe una relación directa con la esfera social de la vida humana, ya sea en un nivel intrapersonal o interpersonal. Para propósitos de esta investigación nos enfocaremos en las HHSS relacionadas con los sentimientos, no nos centraremos en el

resto de las clasificaciones puesto que excede los parámetros de indagación de este trabajo.

### **1.3 Habilidades Sociales Relacionadas con los Sentimientos**

Citando a Rodríguez et al. (2014):

Las habilidades relacionadas con los sentimientos son las destrezas relativas a un manejo adecuado de las propias emociones y a su expresión socialmente aceptada, de acuerdo a las normas de comportamiento de una determinada sociedad o grupo social. Aglutinan las capacidades para comprender, reconocer y expresar las propias emociones y las de los demás, preocuparse por otros, y recompensarse por una buena acción. (pp. 155-156)

Siguiendo a estos mismos autores, las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos permiten que la persona:

- Comprenda y reconozca sus emociones.
- Exprese sus emociones.
- Comprenda las emociones de los demás.
- Comprenda el enfado de otras personas.
- Muestre interés o preocupación por otros.
- Reconozca y maneje sus propios miedos.
- Se recompense por realizar una buena acción.

Ahora bien, al hablar de sentimientos, indiscutiblemente nos encontraremos con otra palabra muy relacionada y que suele ser, incluso utilizada como sinónimo de estos, y es “emociones”, aquí cabe resaltar que emociones y sentimientos, aunque sí tienen una estrecha relación, no son equivalentes, sin embargo. ambos se complementan y funcionan simultáneamente. Para Frijda, como se citó en Escudero, (2019), la emoción es un proceso inconsciente y, por tanto, incontrolable, éste surge de manera espontánea, a diferencia del sentimiento, el cual, según el mismo autor, es la interpretación de la emoción, sobre la cual reflexionamos al percibirla y, entonces sí, tomamos una decisión al respecto.



Toda vez que se comprende la definición de este tipo de HHSS, su importancia y el discernimiento de los conceptos de “emociones” y “sentimientos”, surge la cuestión de ¿en qué se relacionan las emociones con las HHSS? ¿Cuál es la importancia de las emociones en las relaciones interpersonales? Entre algunas otras preguntas, es por ello que, en los siguientes tópicos de esta investigación, se destinará un espacio para esclarecer éstas y otras dudas al respecto.

***Relevancia Social de las Emociones.*** Las emociones, como cualquier elemento en nuestro pensamiento, cumple una función especial. Si organizamos los diferentes aspectos de la vida en los que las emociones tienen una participación activa, podemos encontrar que son muchos los puntos de acción, por ejemplo, como se mencionó antes, la toma de decisiones tiene una influencia emocional a través del manejo de los sentimientos. Así mismo, las emociones tienen relevancia en otros ámbitos, de acuerdo con Pincheira (2020), en la cuestión social, las emociones nos permiten introducirnos en las relaciones interpersonales, generando no solo vínculo entre las personas, sino dinámicas de relaciones.

Del mismo modo, Divulgación Dinámica (2017), abordando el tema de la expresión de las emociones nos dice que ésta ayuda a las demás personas a predecir nuestro comportamiento y a nosotros el suyo, permitiendo un mejor entendimiento y una mejor comunicación en la relación que mantengamos con ellos, así como facilitar la adaptación al entorno social. Al ser visible la emoción, realizamos así un intercambio informativo con nuestro semejante, siendo que la emoción puede externarse no sólo por un lenguaje verbal, si no también corporal. De acuerdo con esta misma asociación “prestando atención a esas señales podemos conocer los estados e intenciones de un sujeto en relación a los otros, con lo cual afectan al comportamiento o a las acciones de los otros y, a su vez, las emociones expresadas por los demás vuelven a influir en el primero”. Parfraseando esto, entendemos que, a través del manejo de los sentimientos, las emociones expresan nuestro pensar, estado anímico, opinión, etc. pero a su vez, influyen en la manera en que los demás reaccionan ante nosotros. Así como la expresión de las emociones tiene un impacto en las relaciones sociales, el manejo de la

inhibición de algunas, también, puesto que, en ocasiones es socialmente aceptado omitir ciertas reacciones emocionales.

Al revisar la expresión de las emociones, no podemos omitir un punto importante previo a éste y es que, para expresar algo, antes hay que conocerlo. Las emociones son parte de nuestra vida desde la edad más temprana, poco a poco es que logramos identificar cada una de ellas para luego expresarla. Conforme vamos creciendo mejoramos nuestra habilidad de reconocer nuestras emociones, es decir, nuestro actuar ante una emoción no será igual teniendo 27 años que cuando teníamos 4, a esta habilidad, algunos autores la llaman “conciencia emocional”. De acuerdo con KidsHealth (2021):

La conciencia emocional nos ayuda a develar lo que necesitamos y queremos (o no queremos). Nos ayuda a construir mejores relaciones. Esto se debe a que el ser conscientes de nuestras emociones nos ayuda a hablar claramente sobre nuestros sentimientos, evitar o resolver mejor los conflictos y superar los sentimientos difíciles con mayor facilidad. (párr. 5).

De esta manera, podemos notar que tanto el conocimiento como la expresión de las emociones, así como el manejo de los sentimientos, tienen un impacto de gran consideración en las relaciones interpersonales que establecemos en el aspecto social, el adecuado desarrollo y/o trabajo con las emociones nos puede permitir mejorar nuestra calidad de vida en lo que a relaciones sociales se refiere, por tanto, las actividades destinadas al mejoramiento de las HHSS relacionadas con los sentimientos tienen así una base sólida.

## Capítulo 2. Modelo Cognitivo Conductual y su Intervención

### 2.1 Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales

De acuerdo con la definición proporcionada por el diccionario Lexico de Oxford Languages, la palabra “entrenamiento” se define como la “preparación para perfeccionar el desarrollo de una actividad” (párr. 1). A saber, que no resulta ajena este concepto en la psicología, puesto que la práctica-aprendizaje, son términos recurrentes para esta ciencia.

Ahora bien, si hablamos específicamente de un programa de entrenamiento de HHSS, entendemos que es “un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas que se derivan de las teorías del aprendizaje social, la psicología social, terapia de la conducta y modificación de la conducta. Que se aplican para que las personas aprendan HHSS que les permitan mantener interacciones satisfactorias en diferentes áreas sociales” (Labrador, 1993, pp. 573-574).

Siguiendo a Hidalgo y Abarca (1952), el entrenamiento en HHSS (EHS) trata de enseñar a las personas a interactuar de forma más efectiva con otras personas en diferentes tipos de situaciones. Una de las ventajas de la intervención basada en el EHS es que el tratamiento se dirige directamente al cliente, hacia los problemas interpersonales reales que se han observado.

Aunque es cierto que el eje central de esta investigación gira en torno a el entrenamiento en HHSS, en la psicología, al ser una ciencia tan amplia en sus campos de aplicación, existen también diferentes tipos de programas de entrenamiento, dentro de los más comunes se hallan los 3 siguientes:

**Entrenamiento Psicológico en el Deporte.** En la psicología es bien sabida la importancia de la dualidad cuerpo y mente para un mejor desempeño y funcionalidad de las personas, independientemente del ámbito en el que se desarrollen, y en el deporte no es la excepción. Cobra una especial importancia al relacionarse el desempeño del deportista con la capacitación o entrenamiento psicológico recibido, así lo enunciaron Barbi y Hall (2009), como se citó en Domínguez (2012), “a medida que aumentaba el nivel del deportista, mayor tiempo se le dedicaba al entrenamiento psicológico,

realizando más entrenamiento psicológico los deportistas de nivel nacional, que los de nivel regional y estos a su vez que los de nivel provincial, no existiendo diferencias entre sexos” (párr. 4). Estos programas generalmente se caracterizan por fases de educación, adquisición y práctica de diferentes técnicas dirigidas a mejorar su capacidad de desarrollo en las actividades físicas que realizan, así como el impacto psicológico que pudieran tener en ellos (Domínguez, 2012).

**Entrenamiento Psicológico Militar.** En estos programas de entrenamiento se trabaja con diferentes niveles de intervención hacia el personal militar, dentro de los que generalmente se hallan la promoción o potenciación de las aptitudes militares, la prevención hacia problemas psicológicos y el tratamiento de los mismos, asimismo, existe lo que se conoce como modelo positivo y negativo, que se basan en las fortalezas y debilidades de los participantes., aunque si bien puede variar la estructura y el objetivo de estos programas de entrenamiento, generalmente se basan en mayor medida en la resiliencia por parte de los involucrados, igualmente buscando estrategias de prevención o de tratamiento basado en los riesgos psicosociales a los que se expone el personal militar en sus distintas actividades (Bardera y García, 2013).

**Entrenamiento Psicológico Organizacional.** Uno de los rubros más conocidos en el gremio de la psicología, es el organizacional, la psicología organizacional “se encarga de evaluar, monitorear y supervisar el comportamiento de los trabajadores, así como la integridad con sus compañeros, la resolución de conflictos y su adaptabilidad” (Conexión ESAN, 2019, párr. 4). Como puede notarse, está más dirigido al campo laboral y empresarial, por tanto, los programas de entrenamiento en estos casos, mayormente se enfocan en lograr una mejor cohesión para el desarrollo ideal del trabajo en equipo entre los miembros de una empresa u organización, A. Hernández (2016) menciona que “el trabajo en equipo constituye una estrategia de trabajo efectiva debido a que posibilita compartir la responsabilidad y la ejecución de la tarea, brindando diferentes puntos de vista y aligerando el tiempo que se le dedica” (párr. 9).

## 2.2 Antecedentes del Modelo Cognitivo Conductual

En este apartado se describirá de manera concisa una semblanza general del modelo Cognitivo Conductual, revisando únicamente los puntos esenciales acerca de la base histórica, sus principales proposiciones, técnicas de intervención entre otros puntos de relevancia para esta investigación.

Siguiendo a Batlle, 2008 como se citó en Ruiz, 2012, los modelos cognitivos-conductuales combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas durante la infancia y la adolescencia. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva; integra los factores internos y externos del sujeto. Supone la integración de una metodología rigurosa y un estilo de actuación orientado a las técnicas conductuales con la evaluación y el tratamiento de los fenómenos que determinan la cognición. La teoría pone un gran énfasis en los procesos de aprendizaje y en la influencia de los modelos que el sujeto tiene en su propio ambiente. Se da mucha importancia a la manera de procesar la información para intentar comprender el desarrollo y el posible tratamiento de trastornos psicológicos.

Con relación a aspectos psicopatológicos los modelos cognitivos plantean que las cogniciones son vías causales de un trastorno; si bien no excluyen la coexistencia de otros factores que también puedan explicar su etiopatogenia. El uso de modelos explicativos de tipo cognitivo responde a la idea de que cognición, conducta y emociones suelen estar fuertemente interconectadas y retroalimentadas; pudiendo ser estratégicamente útil promover cambios incidiendo en aspectos cognitivos; sin negar la intervención en factores co-causales. Sus principios combinan elementos teóricos del modelo conductual y del modelo cognitivo, elementos que pasamos a valorar en adelante.

***El Modelo Conductual.*** El modelo conductual se centra fundamentalmente en cómo la conducta humana se aprende o se adquiere y abarca los principios y técnicas de la teoría del aprendizaje. En el modelo conductual se subraya la conducta individual observable, así como los factores medioambientales que pueden precipitar y/o mantienen una conducta determinada; sosteniendo que cuando hay unos factores

constantes (biológicos...) lo que determina la diferencia en las conductas entre los individuos es el aprendizaje. Así pues, la influencia del medio ambiente es fundamental en la adaptación de las conductas.

En la siguiente tabla se presentan algunas de las bases teóricas de los 2 tipos de condicionamientos de este modelo de acuerdo con Vila (2008).

**Tabla 3**

*Bases teóricas del condicionamiento clásico y operante*

<b>Condicionamiento Clásico</b>	<b>Condicionamiento Operante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se basan en los trabajos del fisiólogo ruso Iván Pavlov (1849-1936).</li> <li>● Pavlov utilizó estímulos medioambientales para incitar la respuesta esperada.</li> <li>● Según Pavlov las conexiones entre los estímulos medioambientales y las reacciones de los animales era el resultado del aprendizaje.</li> <li>● El Condicionamiento Clásico se interesa en los estímulos que evocan las respuestas.</li> <li>● Con Pavlov surgen los conceptos de estímulo neutro, estímulo incondicionado y respuesta.</li> <li>● Los trabajos de Pavlov los continúan Watson y Rayner con el experimento del pequeño Albert (11 meses de edad). Las investigaciones de Pavlov,</li> <li>● Watson y Rayner demuestran que si se conocen los estímulos asociados es posible tratar los miedos de manera terapéutica y el método para tratarlos consiste en hacer el proceso a la inversa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En este tipo de condicionamiento el énfasis recae en la conducta y en las consecuencias de sus acciones. En general, si a una acción le sigue una recompensa, un refuerzo positivo, la acción se repetirá cuando el sujeto se encuentre en la misma situación. Si la recompensa cesa, aparecerán otros tipos de comportamientos. En el condicionamiento instrumental u operante, la atención recae en la utilización de refuerzos, negativos o positivos, para modificar la conducta.</li> <li>● La probabilidad de que una respuesta se incremente o decrezca es proporcional al grado de refuerzo o castigo que se reciba por ella.</li> <li>● Thorndike fue el máximo responsable del desarrollo de los principios del condicionamiento operante basándose en una técnica en la que se priorizan las condiciones de</li> </ul>

---

investigación.

- Surge así la Ley de Efectos, que postula que son las consecuencias que siguen a la conducta las que ayudan a aprender.
- Skinner sigue en esta línea de trabajo y desarrolla la teoría de las consecuencias de la conducta.

---

*El Modelo Cognitivo.* Así como en la perspectiva conductual el fenómeno observable juega un papel esencial en cómo se inician y se desarrollan los trastornos humanos, en la perspectiva cognitiva son mucho más importantes los pensamientos y las sensaciones. Se muestra un énfasis especial en las creencias personales, las actitudes, las expectativas, las atribuciones y otras actividades cognitivas para procurar entender y predecir la conducta, especialmente la conducta psicopatológica.

Para Amaro, F. y Tomás, J. (s. f.):

Algunos autores como Beck, Ellis o Bandura han legitimado la importancia de los procesos cognitivos ocultos. Las teorías cognitivas aseguran que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas. La manera de procesar (reconocer, percibir, razonar y juzgar) la información tiene un papel importante para intentar entender los posibles trastornos. Según Beck el individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante. Cuando aparece algún síntoma de psicopatología se hipotetiza que los esquemas activados son desadaptados, como resultado una persona puede sistemáticamente mostrar errores en el procesamiento de la información, de manera que puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar o minificar, personalizar o hacer arbitrariamente referencias sobre la información que recibe. Un ejemplo de esto sería la

tendencia a culparse a uno mismo por los errores, la percepción errónea de las situaciones interpersonales o la tendencia a ser pesimista. (p. 5)

### **2.3 La Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual**

Siguiendo la definición de Plaud, la terapia cognitivo conductual actualmente se define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (como se citó en Ruiz, 2012).

Históricamente hablando, desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de la Conducta (denominada a partir de aquí como TC) se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliado su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología. (Ruiz, et. al, 2012, p. 32).

Durante los años 50 se considera el auge y surgimiento de este tipo de terapia, viendo la luz en el ámbito de la psicoterapia como principal contraparte del psicoanálisis, considerada en aquella época como la psicoterapia más popular y con mayor número de casos de aplicación. La TC parte de la idea de que toda conducta, ya sea adaptativa o desadaptativa, es aprendida y puede ser modificada mediante los principios del aprendizaje. Tomando en cuenta lo anterior, los especialistas conductistas, comenzaron a enfocarse ya no en estructuras mentales o conflictos del aparato psíquico, sino más bien en toda aquella conducta observable y el entorno en que se producía. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica, es decir, basando su naturaleza como ciencia en el método científico como base de la indagación. (Ruiz, et. al, 2012).

Continuando sobre esta línea histórica, estos mismos autores especifican que estos principios convirtieron a la TC en una orientación psicoterapéutica revolucionaria, cuya contribución al desarrollo de la psicoterapia científica, apartada



de su anterior carácter artístico, ha sido determinante. No obstante, mencionan, los avatares e inconvenientes han sido muchos a lo largo de su existencia, por ejemplo, la ausencia (aún a día de hoy) de una teoría unificada del aprendizaje, las controversias de las variables cognitivas, así como su naturaleza y medida, el pragmatismo clínico apartado del debate teórico, o el surgimiento de paradigmas epistemológicos cuestionadores de los modelos racionalistas subyacentes a algunas de las orientaciones más influyentes, son algunas de las circunstancias y motivos que han sido y son responsables del proceso de transformación de la TC en lo que es en la actualidad.

Finalmente, como producto del devenir histórico de este enfoque, en la actualidad existen diferencias significativas entre las diferentes variantes de intervención terapéutica derivadas de este modelo, diferencias principalmente de carácter teórico y epistemológico. Pese a esto, asimismo podemos hallar, además de un objetivo común: la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas, coincidencias relevantes como puntos rectores de cualquiera de las posibles variantes de la TCC, los cuales, de acuerdo con Ruiz et al. (2012) son 4:

Primero. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

Segundo. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la

naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.

Tercero. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

Cuarto. La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual. (p.33)

### ***2.3.1 Antecedentes de la Terapia de la Conducta***

Desde la psicología, encontramos que, como ciencia que es, puede dividirse en diferentes ramas o enfoques, según los cuales, cada situación presentada como caso puede ser abordada y tratada de manera distinta, entre estos enfoques está ubicado el modelo de terapia cognitivo conductual que, de acuerdo con Ruiz, M. et. al (2012), se configuró a partir del desarrollo científico de la psicología y tomó como elementos básicos de su cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta, además, en este recorrido, el interés por la conducta desviada o desadaptada fue tornándose el objetivo principal. La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió, de hecho, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología de forma diferente. (Ruiz, M. et. al, 2012).

De este modo, con la influencia de distintos paradigmas del aprendizaje se fue forjando la evolución de la TC. Rachman (1997) y O'Donohue (1998 y 2009) citados en Ruiz et al. (2012) han resumido la evolución conceptual de la Terapia de Conducta diferenciando secuencialmente lo que denominan tres estadios (Rachman) o generaciones (O'Donohue) en el desarrollo de la TCC.

*Consideraciones sobre la Primera Generación.* La primera generación o también llamada primer estadio de terapeutas de conducta, se refiere mayormente a una particular, exclusiva y estrecha relación, de manera especial, con las teorías del aprendizaje, esto representado por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. Si hemos de referirnos a una característica fundamental de esta primera generación, es preciso mencionar la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. Así pues, el papel del terapeuta se convierte, prácticamente, en un investigador cuyo objetivo es aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos. Aunque, ciertamente, no se utilizan de manera exclusiva los principios del aprendizaje cuando se trata de formular intervenciones, pues, la idea en sí consiste en generar, a partir de estos principios, modelos de génesis y mantenimiento de los diversos problemas cotidianos. De esta forma, la conducta tipificada como normal o como anormal es considerada generada pero también mantenida por los principios del aprendizaje, es decir, no sólo tiene su origen en ellos, sino también el porqué de su prevalencia hasta ese momento (Ruiz, et al., 2012). A este primer estadio corresponden las aportaciones de los grupos de Sudáfrica, Inglaterra y EEUU y que se consideran las muestras palpables del surgimiento de la Terapia de Conducta como enfoque clínico establecido.

La mayoría de las principales aportaciones hacia esta primera generación fueron proporcionadas por el trabajo de John B. Watson, quien, pese a dedicar casi 20 años de su vida en investigaciones científicas sobre el comportamiento humano, en realidad lograría una trascendencia de varias décadas posteriores incluso a su muerte. (Schultz, D. P. y Schultz, S. E., 2011)

Para Watson, los conceptos psíquicos o mentales, no tenía ninguna relevancia para la ciencia de la Psicología además de que era un gran partidario de la utilización de animales como sujetos de prueba en la investigación del comportamiento humano (Schultz, D. P. y Schultz, S. E., 2011), adoptando así una conceptualización del hombre guiada más por instintos y demás procesos meramente conductuales.

Del mismo modo, otro de los autores que surgió como principal representante de esta etapa, pero de la psicología como ciencia en general, fue B. F. Skinner. La

influencia del conductismo de Watson y el pensamiento tajante de esta generación enfocada tanto en la conducta pura, era muy manifiesto en su teoría, así lo establecen Schultz y Schultz (2011):

A Skinner no le preocupaba especular sobre lo que podría estar ocurriendo dentro del organismo. Su programa no incluía presunciones sobre entidades internas, ya fueran variables intervinientes, impulsos o procesos fisiológicos. Lo que pueda ocurrir entre el estímulo y la respuesta no es el tipo de datos objetivos con los que trata el conductista skinneriano. (p. 244)

Aunque, de acuerdo con Obando y Parrado (2015), la terapia surgida de esta primera generación en realidad no resultaba satisfactoria para varios de sus pacientes, puesto que al aplicar una metodología de Estímulo-Respuesta o Estímulo-Respuesta-Consecuencia, solamente resultaba efectivo para casos de problemas meramente comportamentales y conductas específicas, pero al tratar problemas psicológicos diferentes y más complejos, como la depresión o la ansiedad, por mencionar algunos ejemplos, el resultado era muy precario e insuficiente.

***Consideraciones sobre la Segunda Generación.*** Para Ruiz et al. (2012) la segunda generación está principalmente marcada por una heterogeneidad en la TC (cuyas semillas ya habían sido sembradas por la generación anterior), y recoge a quienes tratan de superar algunas deficiencias y limitaciones mostradas por las teorías del aprendizaje, para ello tratan de apoyarse en distintos ámbitos y aportaciones teóricas y aplicadas de la psicología. De acuerdo con las aportaciones de los terapeutas de esta segunda generación, el explicar el comportamiento humano únicamente basándose en los principios del aprendizaje (conductismo) es un gran error metodológico, puesto que se reduce a un contexto sumamente limitado, y se considera que, tanto la psicología experimental como la cognitiva, como la social, proponen una cantidad equitativa de aportaciones teóricas que dan pauta para poder conocer, analizar, interpretar y explicar lo complejo de la conducta humana.

Para esta generación, si bien es cierto que, así como con las otras dos, existen muchos autores cuyas aportaciones fueron fundamentales, aquí se destacan 2 principales con sus respectivas teorías, Aaron Beck con la Terapia Cognitiva y Albert

Ellis con la Terapia Racional Emotiva. Ambos comparten objetivos similares: “corregir, desactivar, modificar los errores del procesamiento cognitivo sin dejar a un lado totalmente la terapia comportamental, puesto que sigue siendo un medio para adquirir información” (Obando y Parrado, 2015, p. 55).

En realidad, para esta segunda generación, la diferencia con la primera se marca aún más respecto a la consideración de las emociones y demás procesos cognitivos para lo que la investigación y posterior intervención se refieren, así lo establecen Lega, Caballo y Ellis (1997) cuando enuncian que “el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente, la misma cosa” (p. 20).

Por su lado, la Terapia Cognitiva de Beck tiene también un enfoque hacia la conducta, sí, pero igualmente considera importante todo lo referente a la cognición, de ahí su nombre, además de presentar propuestas de intervención que, a diferencia de las terapias de la primera generación, pudieran ser eficaces también para problemas psicológicos que resultaban más complejos, “el doctor Aaron Beck desarrolló la Terapia Cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales” (Beck, 2000, p. 17).

***Consideraciones sobre la Tercera Generación.*** Esta generación se ve marcada en esencia por una particular apertura a una gran cantidad de variantes en psicoterapia basadas en un mismo modelo, Ruiz et al. (2012) mencionan que:

La tercera generación de terapeutas que llegaría hasta la actualidad, incluiría a quienes tratan de retornar a los orígenes buscando nuevas alternativas terapéuticas extrapolando los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental; el concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias, y de contingencias competidoras pasa a ser central. (p. 51)

En esta tercera generación, se tiene muy presente la intención de retomar y fomentar de nuevo la relación existente entre la investigación básica y la aplicación

clínica que, incluso, durante el periodo respectivo a la primera generación dio tan buenos resultados. Nuevamente Ruiz, et al. (2012) refieren al respecto, citando un estudio estadístico:

No hay que olvidar que algunos de los tratamientos con mayor apoyo empírico recogidos por la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Treatments (1995) pertenecen a ese primer estadio (exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, biofeedback), y que posteriormente, hasta el día de hoy, no se han desarrollado nuevas técnicas a partir de una base experimental. (p. 51)

Aunque, en realidad, la tercera generación se compone por una cantidad más abundante todavía de alternativas terapéuticas: “este grupo de intervenciones está compuesto por la Terapia de Aceptación, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia Integral de Pareja y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness” (Mañas, 2007, como se citó en Obando y Parrado, 2015, p. 56).

A diferencia de otras terapias como la cognitiva o también la cognitivo-conductual, este nuevo grupo tiene en consideración aspectos del ser humano tales como su flexibilidad y complejidad, pero proponiendo como meta el cambio en la función de la cognición más que en su contenido como tal (Obando y Parrado, 2015).

### ***2.3.2 El Trastorno Mental desde el Modelo Cognitivo Conductual***

Al considerar el concepto de “trastorno mental” es importante recordar que, pese a existir diferentes definiciones que pudiesen ser consideradas como generales o universales, en la psicología clínica y, específicamente, en un ámbito de intervención, existe un abordaje diferente en la concepción de dicho término según el modelo terapéutico desde el que se analice. Es así que, desde el modelo cognitivo conductual, y partiendo entonces desde las consideraciones teóricas de sus bases y tomando en cuenta sus raíces epistemológicas desde las corrientes conductista y cognitiva respectivamente, hallamos, acerca de los trastornos mentales, lo siguiente:

## Tabla 4

### *El trastorno mental según el enfoque conductista y el enfoque cognitivo*

---

#### **Enfoque Conductista**

- Parte de los constructos básicos del condicionamiento (clásico y operante) y considera a la enfermedad mental como resultado del aprendizaje de hábitos inadecuados que pueden surgir en cualquier momento de la vida;
- Rechaza las categorías médicas tradicionales y considera que la conducta “anormal” se diferencia tan solo cuantitativamente de la “normal”;
- El diagnóstico médico tradicional queda sustituido por el diagnóstico funcional de la conducta;
- Adopta una perspectiva dimensional (continuidad entre hábitos correctos ⇒ anómalos); y,
- Acentúa la importancia de los factores del ambiente, que condicionan el aprendizaje que ha recibido el individuo desde la infancia.

#### **Enfoque Cognitivo**

- Considera la enfermedad mental como el resultado de una representación distorsionada de la realidad, con estrategias de conducta inadecuadas;
- En vez de referirse a conductas anormales o enfermedades mentales, utiliza términos más amplios y difusos como experiencias inusuales o anómalas, conceptualizados como actividades mentales con sus correlatos físicos y comportamentales; y,
- Existe una continuidad entre las estructuras cognitivas normales y las anómalas.

---

*Nota:* Tomado de *Modelos explicativos en psiquiatría* (p.5), por Torales, J. et al (2017). Revista Científica de la UCSA.

Entonces, de manera conjunta ya, el modelo cognitivo-conductual, según Torales, J. et al. (2017), propone que:

Las cogniciones son las que guían el comportamiento de las personas, y viceversa, es decir, existe una relación bidireccional entre lo que pensamos y lo

que realizamos, por tanto, una modificación en alguno de estos dos aspectos afectará al otro de alguna manera. Así pues, que un trastorno mental persista tiene su fundamento en la existencia de errores constantes en las cogniciones y conductas desadaptativas (p. 5).

De acuerdo con Tyrer (2010), como se citó en Torales (2017), el modelo cognitivo-conductual ha sido probado en la casi totalidad de los trastornos mentales, con algún grado de éxito en todos ellos, y ha demostrado gran adaptabilidad, para el tratamiento de un gran número de tratamientos psicoterapéuticos.

### ***2.3.3 Pautas de Intervención del Modelo Cognitivo Conductual***

Tomando en consideración el crecimiento exponencial que ha tenido este modelo y sus tan amplios campos de aplicación, es de suponer que una intervención abordada desde dicho enfoque guarde un número de variantes considerable dentro de las técnicas utilizadas, si se toma en cuenta la idea de técnicas de manera individual, el número de elementos teóricos crece en comparación con sus posibles agrupaciones, aún si se enlistan las técnicas según su tipo, continua siendo un cúmulo de muchos elementos que rebasan los límites de la fundamentación teórica de esta investigación, por ello, únicamente se plantearán ideas centrales acerca de los siguientes tipos de técnicas de intervención de modelo cognitivo-conductual:

- Técnicas operantes para el incremento, mantenimiento o adquisición de conductas
- Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas
- Técnicas de entrenamiento en HHSS (Ruiz, M. et al., 2012, pp. 153-313)

**Técnicas Operantes para el Incremento, Mantenimiento o Adquisición de Conductas.** Estas técnicas, específicamente para incremento o mantenimiento de conductas, tienen un eje central, el reforzamiento, el cual es importante diferenciarlo de un par de conceptos que pueden prestarse a confusión de acuerdo con Vila y Fernández (2004) como se citó en Ruiz et al. (2012) dichos conceptos se muestran en la Tabla 5.



**Tabla 5**

*Diferencias entre refuerzo, reforzamiento y reforzador*

Refuerzo	Es el proceso de aprendizaje que tiene que ver con el aumento de la probabilidad de la conducta por su asociación con un cambio estimular tras su emisión. Se considera un proceso único porque en todos los casos aumenta la probabilidad de la conducta.
Reforzamiento	Es el procedimiento mediante el cual las consecuencias producen el aprendizaje (aumento de probabilidad de ocurrencia de la conducta). El procedimiento se lleva a cabo de dos formas: bien introduciendo un estímulo placentero (reforzamiento positivo) o bien retirando un estímulo aversivo (reforzamiento negativo).
Reforzador	Es el estímulo concreto (tangibles, simbólicos, etc.) que se utiliza para que se produzca el reforzamiento positivo o negativo.

*Nota:* Tomado de *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (p. 158), por Ruiz, M. et al. (2012).

Establecido este importante discernimiento y siguiendo la misma fuente, cabe aclarar que existen distintos tipos de reforzamiento: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y programas de reforzamiento, descritos a continuación.

**Reforzamiento positivo**

- Es la incrementación de una conducta ante la presentación de un estímulo gratificante como consecuencia de la realización de la misma.
- A diferencia de la “recompensa”, para hablar de reforzamiento, es necesario que haya un incremento de la conducta que lo precede.
- Entre los tipos de reforzadores que componen el reforzamiento positivo están: reforzadores primarios o también llamados incondicionados, cuyo valor suele asociarse a necesidades básicas del ser humano, como comida o bebida por ejemplo; los reforzadores secundarios o condicionados son contraparte de los primarios, pues estos no responden a ninguna necesidad básica, su valor se ha adquirido mediante un proceso de aprendizaje; los reforzadores tangibles sencillamente son objetos que pueden entrar en cualquiera de las dos categorías

anteriores; los reforzadores sociales pueden resumirse como las muestras de atención, valoración, aprobación, reconocimiento, etc. que recibe una persona por parte de otras como consecuencia de la realización de una conducta.

### **Reforzamiento negativo**

- Se refiere al aumento de la probabilidad de que una conducta se repita ante la retirada de un estímulo aversivo o desagradable inmediatamente después de que ésta se realizó.
- Es común encontrar este reforzamiento ante la presencia de fobias.

### **Programas de reforzamiento**

- Son las reglas que describen cómo fomentar, incrementar y mantener una conducta en función de la aplicación de los reforzadores una vez emitida la conducta.
- Existen dos tipos: el continuo, el cual implica que se presente un reforzador siempre que se realice la conducta esperada; y el intermitente, que se caracteriza por presentar el reforzador ante la conducta esperada pero no en todas las ocasiones en que ésta se suscite. (Ruiz, M. et al., 2012)

**Técnicas Operantes Para la Reducción o Eliminación de Conductas.** Para Ruiz et al. (2012), existen solamente 3 procedimientos importantes a tomar en cuenta al momento de llevar a cabo un proceso de reducción o eliminación de conductas en psicología, los cuales son descritos a continuación:

### **Tabla 6**

#### *Reducción o eliminación de una conducta*

---

#### **Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)**

Incluye:

- Reforzamiento Diferencial de conductas Incompatibles. (RDI)
- Reforzamiento Diferencial de conductas Alternativas (RDA).
- Reforzamiento Diferencial de conductas funcionalmente equivalentes.
- Reforzamiento Diferencial de tasas bajas de respuesta.

Aunque con distintas alternativas, todos estos tipos de reforzamiento diferencial tienen por objetivo lograr una disminución en la frecuencia de la conducta no

---

---

deseada, ya sea sustituyéndola por alguna otra que resulte más adaptativa o logrando una repetición cada vez menor hasta llegar al mínimo posible o incluso la eliminación de esta respuesta.

---

### **Extinción**

- Se refiere a la desaparición de una conducta, basándose en la eliminación del refuerzo o refuerzos que recompensan su aparición.
  - Se debe tener en cuenta que el refuerzo puede provenir de una fuente multifactorial, lo cual podría dificultar el proceso de extinción.
  - El reforzamiento no sólo puede hallarse positivo sino también negativo.
  - Este proceso es gradual en cuanto a su efecto.
  - Es común que, ante el inicio de un programa de extinción, se dé un súbito incremento de la frecuencia y/o potencia de la conducta a eliminar.
- 

### **Castigo**

- Éste se refiere a la reducción a futuro de una respuesta cuando, después de su aparición, se presenta, bien un estímulo aversivo para el sujeto, bien la retirada de un estímulo agradable para el sujeto. Por tanto, puede presentarse también como castigo positivo o castigo negativo, respectivamente.
  - El castigo, ya sea positivo o negativo, debe ocurrir a la inmediatez que se presente la conducta no deseada.
  - El castigo debe de presentarse toda vez que ocurra la conducta que se busca eliminar o reducir.
- 

*Nota:* Tomado de *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 168-179), por Ruiz, M. et al. (2012).

**Técnicas de Entrenamiento de HHSS.** De acuerdo con Segrin, 2009, como se citó en Ruiz et al., 2012, el entrenamiento de las HHSS puede entenderse como un tratamiento cognitivo-conductual en el que se aplica un cierto conjunto de técnicas que tienen por objetivo el mejoramiento de la calidad de las interacciones interpersonales, de comunicación y relacionales.

Ante el déficit de HHSS suele existir una relación a numerosos problemas emocionales y de desadaptación, numerosos estudios demuestran la asociación

entre dicho déficit y problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia, sobre todo en la infancia y la adolescencia. (Ruiz, M. et al., 2012, p. 292)

Para Alberti y Emmons (1978) como se citó en Ruiz et al. (2012) para llevar a cabo la aplicación de algún programa de entrenamiento de HHSS es de vital importancia asegurarse de los siguientes puntos:

- El cliente o paciente puede comprender los principios básicos de la conducta considerada como socialmente apropiada.
- Se encuentra preparado y con disposición para llevar a cabo el programa.
- Los intentos del cliente por llevar a cabo la conducta esperada serán reforzados pese a llegar a ser precarios.
- Se han valorado suficientemente los posibles cambios que se pueden producir en el entorno del cliente al llevar a cabo la nueva conducta que se ha aprendido.

Guiándonos por las recomendaciones de Caballo (1997) como se citó en Ruiz et al. (2012) para que el entrenamiento de las HHSS se considere efectivo, es importante tomar en cuenta el trabajo de los siguientes aspectos:

- Entrenamiento en habilidades propiamente dicho: es, en cuestión el trabajo sobre las habilidades específicas que se han evaluado previamente y se esperan mejorar.
- Reducción de la ansiedad: en situaciones que tienen que ver con interacción social, el riesgo de que se presenten niveles de ansiedad elevados es mayor, por lo cual, la enseñanza de técnicas de relajación o desensibilización sistemática pueden ser útiles para evitar que la ansiedad interfiera con el aprendizaje y aplicación de las herramientas del entrenamiento.
- Reestructuración cognitiva: en ocasiones, las creencias del paciente pueden influir de manera negativa en el proceso de aprendizaje del entrenamiento, por lo cual, la reestructuración, es decir, el cambio o modificación, en estas ideas o pensamientos, permite una mejor evolución en el proceso.
- Entrenamiento en solución de problemas: este entrenamiento se refiere a mejorar la capacidad de análisis ante situaciones que pueden percibirse como obstáculos en

el desempeño social de la persona, al mejorar la capacidad de análisis, se consigue también una mejoría en la aptitud para la toma de decisiones.

Ahora bien, para llevar a cabo una adecuada aplicación de un programa de intervención para el entrenamiento de las HHSS, es importante tener en cuenta la correcta evaluación y selección de las habilidades específicas que se esperan medrar. Para esto, por supuesto, no podemos valernos de un solo procedimiento o técnica, puesto que podría resultar menor la efectividad de la misma, generalmente, para una evaluación se utilizan procesos combinados de al menos métodos diferentes de evaluación y análisis del estado de las características del paciente.

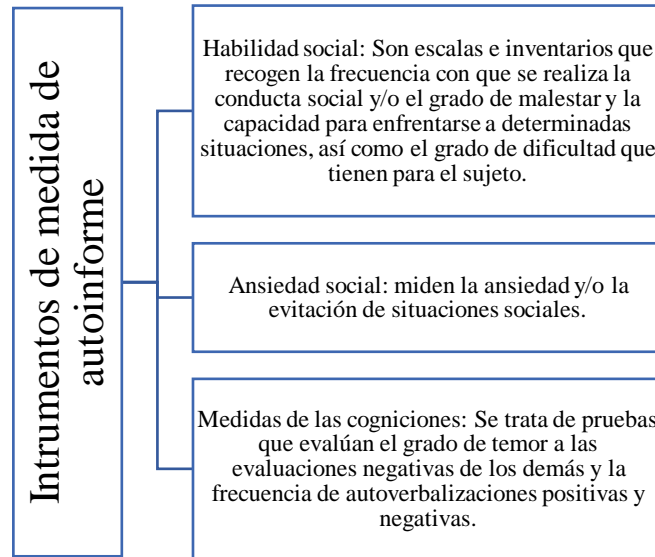
Algunos de los métodos más comunes, de acuerdo con Ruiz et al. (2012), para la evaluación y selección de HHSS, son:

**Entrevista.** Por lo general, este se considera el primer paso para comenzar cualquier evaluación de carácter psicológico. Durante la entrevista se pueden observar diferentes rasgos de HHSS sociales del sujeto, puesto que, obviando la parte de las preguntas y respuestas de forma explícita, la entrevista es, en sí, una situación de interacción social, por lo cual, aspectos como el contacto visual, la fluidez del discurso, la coherencia en la ilación del relato, etc. salen a relucir en cuanto a su nivel de desarrollo actual.

**Instrumentos de Autoinforme.** En realidad, este tipo de cuestionarios, son de los más utilizados por la comunidad científica en cuanto a evaluación se refiere, debido a su relación coste-efectividad en comparación con otros procedimientos que siguen el mismo objetivo, aunado a esto, existen diferentes motivos por los cuales su uso es de lo más común dentro de las principales situaciones científicas en las cuales se requiera de alguna evaluación o sondeo sobre características específicas de la población, uno de estos motivos resulta también ser su practicidad y fácil uso, además de poca dificultad en la comprensión y realización de las tareas y/o indicaciones correspondientes. Aunque es cierto que existe una cantidad muy grande de modelos de estos instrumentos, para Méndez Olivares y Ross (1999) y Caballo, (1997), se pueden agrupar en 3 categorías diferentes, las cuales se explican brevemente en la Figura 1:

## Figura 1

### Tipos de instrumentos de autoinforme



Nota: Tomado de *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (p. 301), por M. A. Ruiz, 2012, Desclée de Brouwer.

**Informes de Otras Personas.** Las personas que puedan resultar significativas para el paciente, tales como sus padres, hermanos, amigos, pareja, etc., representan una fuente de información muy importante acerca de su comportamiento social y las diferentes circunstancias donde lo manifiesta, debido a la convivencia y relación que mantienen con él. Para lograr una correcta indagación de esta información, es vital llevar a cabo preguntas concretas sobre aquellos aspectos conductuales que se esperan conocer, delimitando de forma adecuada la información útil y centrada para el objetivo que se ha establecido en un inicio.

Para poner en práctica el programa de intervención ya planificado, se deben tener en cuenta distintos elementos. Un programa de intervención adecuado debe incluir varias técnicas y procedimientos adaptados al problema de HHSS que presente el paciente, sin embargo, de manera general, para Ruiz et al. (2012) cualquier programa debe contener 5 componentes básicos, los cuales son: justificación e instrucciones del entrenamiento, modelado, ensayo de conducta, feedback y reforzamiento.

***Justificación e Instrucciones.*** Toda vez que ya han sido identificadas las HHSS a entrenar, debe comenzarse con una explicación hacia el paciente y sus familiares, en caso de estar presentes durante las sesiones, sobre qué son estas habilidades y por qué es importante conocerlas y mejorar en ellas. Para esto, es conveniente que el instructor haga uso de diferentes herramientas o actividades, de tal forma que le permitan, en cada una de las sesiones, presentar un trabajo más dinámico y didáctico para el paciente, facilitando de este modo el seguimiento de las instrucciones y el aprendizaje esperado. Es muy importante llevar una adaptación para cada una de las sesiones según convenga en cuanto a las habilidades identificadas para el trabajo, así como la evolución del paciente y su desempeño hasta el momento. La justificación y explicación de las HHSS específicas sobre las que se piensa basar el programa, exige una gran claridad sobre cada uno de los componentes que lo forman, así como la manera en que se llevará a cabo el entrenamiento. La idea central es ayudar al paciente a centrar su atención desde el primer momento y a lo largo de todas las sesiones en los comportamientos que son objeto de entrenamiento. La utilización de ejemplos en particular suelen ser una herramienta de gran utilidad para esta etapa del proceso.

***Modelado.*** El modelado se refiere a la demostración de la forma efectiva y la forma en que no debe realizarse la conducta en cuestión. Generalmente, se suele encontrar que estas habilidades son de mayor ayuda para aquellas personas que les resulta de mayor complejidad seguir una indicación únicamente escuchándola o leyéndola. Para estos mismos autores, algunos de los aspectos importantes para incrementar la efectividad del entrenamiento de HHSS, son:

- Repetición de la ejecución adecuada de la habilidad entrenada, ya sea con uno o varios modelos, esto le permite al paciente orientarse hacia la forma correcta de llevar a cabo una conducta propia de la habilidad que está siendo ejemplificada en ese momento.
- La similitud del modelo y el observador en cuanto a edad, sexo y otras características personales o de estatus, esto puede contribuir a un mejor aprendizaje.
- La competencia del modelo influye igualmente en el aprendizaje observacional. Si el modelo se realiza desde el primer intento sin ningún fallo, puede resultar menos

efectivo que si logra en varios intentos y poniendo de manifiesto los errores que se han corregido.

- Reforzamiento del modelo. Si el modelo se refuerza por la realización de la conducta, las probabilidades de que sea imitado incrementan.
- Complejidad de la conducta a modelar. Cuando es necesario trabajar con modelos de conducta que resulten complejos para el paciente, es recomendable dividir el modelo en varios componentes y trabajarlos de manera separada, de lo contrario podría generar un atraso en el aprendizaje o incluso frustración o sensación de incompetencia por parte del paciente.

El modelado puede llevarse a cabo de 2 maneras distintas, el modelado en presencia del modelo en sí (modelado in vivo) y el modelado apoyado en medios audiovisuales o de algún otro tipo (modelado simbólico, siendo que éste último presenta la gran ventaja de que la situación representada puede ser repetida el número de veces necesario para poder llevar a cabo una imitación correcta por parte del paciente.

***Ensayo Conductual.*** El ensayo de una conducta es probablemente el elemento principal del entrenamiento de las HHSS, puesto que le da la oportunidad al paciente de tomar un papel activo en la adquisición de habilidades. Toda vez que las conductas modeladas han sido correctamente mostradas al paciente, éste podrá repetir las bajo una situación controlada donde se le permitirá recibir una retroalimentación o feedback y un reforzamiento, todo esto mediante el ejercicio del role-playing. Este método facilita la retención de las técnicas enseñadas en comparación con la presentación únicamente de forma teórica o solamente modelar por parte del instructor el cómo debe de llevarse a cabo.

A saber, para Caballo, 1997, 2010, como se citó en Ruiz et al., 2012, al llevar a cabo un ensayo de conducta se deben de tomar en cuenta aspectos tales como:

- No es conveniente trabajar con varias situaciones a la vez, es decir, se prefiere centrar la conducta hacia una determinada situación.



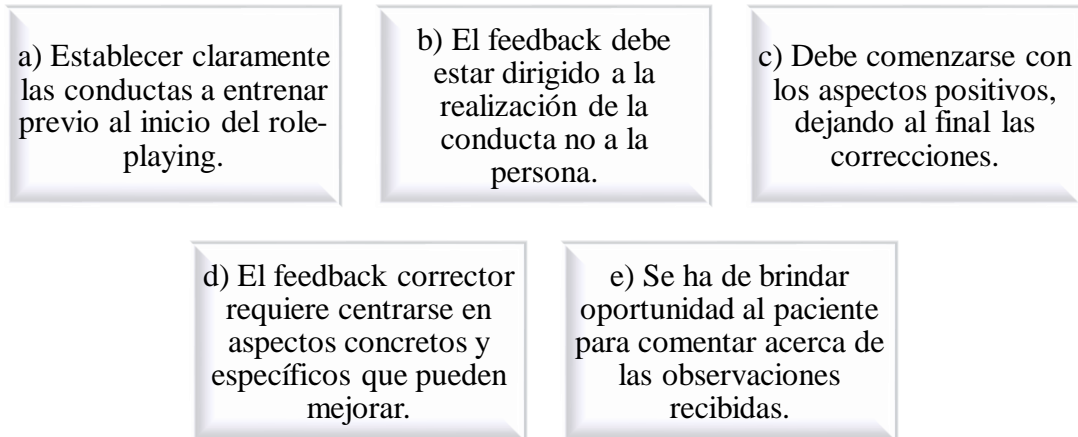
- Se debe de dar un seguimiento de la sesión anterior al inicio de la sesión actual, permitiendo una continuidad en el trabajo y no una variación que pueda manifestar poca consistencia en el proceso.
- La elección de una situación recientemente ocurrida o que probablemente pueda ocurrir pronto puede ser de gran utilidad.
- El ensayo de la conducta debe ser breve, no más de unos 3 minutos aproximadamente.
- Las respuestas dadas deben de ser lo más cortas posibles.

El adecuado seguimiento de estas recomendaciones, además de una correcta adaptación de las diferentes técnicas empleadas durante el entrenamiento en HHSS, pueden considerarse elementos claves para un potencial resultado que permita satisfacer las necesidades del paciente o alumno mediante el cumplimiento de los objetivos establecidos en la estructuración del programa de entrenamiento.

***Feedback o Retroalimentación.*** La retroalimentación posterior al role-playing se refiere a la respuesta verbal por parte del instructor ante la conducta ensayada por parte del paciente, con la intención de resaltar aquello que se realizó de manera adecuada y corregir lo que no, en este mismo orden es conveniente hacer las observaciones, para realizar este tipo de observaciones debe tenerse en cuenta que el objetivo de las mismas es favorecer al paciente en mejorar su desempeño, permitirle ver, de manera asertiva, en qué se ha equivocado y cómo es que podría mejorar, igualmente resaltar lo que ha realizado de forma adecuada, manteniendo un adecuado balance entre ambas cosas y procurando no hacerlo caer en una perspectiva negativa sobre su desempeño, puesto que la cuestión anímica, al trabajar emociones, cobra mucho mayor importancia. Para esto, existen diferentes elementos específicos que deben considerarse como la base para una adecuada intervención como instructor, según lo dictado por Vila y Fernández-Santaella (2004), citados en Ruiz, M. et al. (2012) algunos de estos puntos importantes para la realización de un mejor feedback son los mostrados a continuación en la Figura 2:

## Figura 2

*Puntos a considerar para una correcta retroalimentación*



**Reforzamiento.** Si tomamos en cuenta el modelo base con el que se trabaja esta investigación, no es de extrañarse que este término aparezca como parte de la metodología del programa de intervención. El reforzamiento tiene una enorme importancia en el incremento de conductas sociales y su mayor arraigo mientras más se refuercen, por lo menos durante las primeras fases de la adquisición de dichas conductas. En los casos donde se pretende un aprendizaje para largo plazo, el reforzamiento suele presentarse de manera más intermitente. Lo más común en este apartado es encontrar la felicitación verbal, signos de aprobación tales como aplausos o cuestiones similares como principales reforzadores.

El trabajo específico hacia las HHSS, como puede notarse hasta este punto de la investigación, de acuerdo a la información presentada al momento, requiere de una metodología específica y, por supuesto, un elemento a destacar que no debe odiarse es la experiencia, preparación y competencia de la persona que funja como instructor, el cual, preferentemente debería de tratarse de algún terapeuta o miembro de la comunidad científica del área de la salud mental, por ejemplo, un psicólogo, en caso de ser alguien ajeno a esto o con una preparación escasa, es recomendable entonces mantener una asesoría o tutela por parte de algún experto o de un grupo de conocedores

sobre el tema, con el fin de lograr una mejor y más adecuada aplicación y evaluación de las técnicas utilizadas.

Una vez mencionados los puntos anteriores acerca de las principales técnicas de este modelo, no está de más destacar la importancia que cobran enfocadas hacia un objetivo en particular, tratándose hacia un caso de TDAH, puesto que la aplicación de las técnicas mencionadas no necesariamente fue ideado hacia esa población, resulta entonces una aportación de especial relevancia si consideramos esto, puesto que da pie a un conocimiento nuevo surgido de algo ya establecido (las técnicas descritas) pero aplicado en un entorno nuevo. De este modo, se concluye el segundo capítulo, permitiendo dar paso ahora, a una descripción y profundización hacia este factor mencionado, hablando puntualmente del trastorno en cuestión.

### **Capítulo 3.- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**

La Asociación Americana de Psicología (APA) en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2014) considera el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como:

Un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. (p. 32)

Hoy en día podemos encontrar una cantidad, antes inimaginable, de fuentes de información acerca de este trastorno, en gran parte gracias a la difusión tan grande que se tiene hoy en día por el avance tecnológico de nuestros tiempos, el internet ha sido una herramienta fundamental para esto.

Y es que, actualmente, la sociedad es cada vez más partícipe de la información acerca de este trastorno que, ahora más que nunca tiene un mayor número de casos diagnosticados (Bluth, R. 2018), pese a que, como ya se mencionó, existe una mayor difusión de la información, aún se mantienen a nivel social diferentes ideas equivocadas, mitos y creencias erróneas que pueden desembocar en una cultura de salud mental carente de lo necesario para el trato adecuado hacia aquellos que padecen de este trastorno. Y es que, cuestiones cómo ¿qué es el TDAH? ¿Qué lo causa? ¿Cómo se diagnostica? ¿Cómo se debe tratar a una persona que lo padezca? ¿Es una enfermedad? ¿Se puede curar? Y muchas más, aún están sin una respuesta clara para muchas personas que, principalmente, no pertenecen a algún gremio de la comunidad científica o del sector salud e inclusive en profesionales de sanidad que son más allegados a estos conocimientos.

Históricamente, fue George Still quien se presume fue el primero en dar una descripción clínica moderna del TDAH en el año de 1901. Still fue un pediatra británico que se encargó de documentar una condición que provocaba, principalmente, un comportamiento impulsivo, hiperactivo, desafiante y una falta de atención en muchos

de sus pacientes, debido a que la gran mayoría de estos presentaba un nivel de inteligencia dentro de los parámetros considerados normales, este autor adjudicaba estas características comportamentales a otros motivos.

El primer trastorno registrado por la APA en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales aparece en el año de 1968, y era denominado como “reacción hiperkinética de la infancia”, el cual tenía a la hiperactividad como síntoma central.

Para la década de 1970, investigadores médicos empezaron a enfocarse en aquellos síntomas de inatención del TDAH como comportamiento. Particularmente, fueron las doctoras Virginia Douglas y Susan Campbell quienes determinaron que esta característica de la falta de atención, “soñar despierto” y la dificultad para mantener la concentración es hallaban relacionadas con la impulsividad verbal, física y cognitiva. De hecho, la versión de 1980 del DSM incluía ya conjuntos de ciertos criterios para el diagnóstico del TDAH con y sin hiperactividad.

A finales de 1980, la APA definió que existen 3 subtipos de TDAH: el subtipo predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo y el subtipo de un subtipo combinado.

### **3.1 Etiología del Trastorno**

La fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH, 2019), grupo compuesto por especialistas en el estudio del TDAH, con años de experiencia en la investigación de este trastorno establecen la siguiente premisa:

Parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Las hipótesis sobre la etiología abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial. (párr. 1)

Siguiendo esta aseveración, podemos desglosar los diferentes factores propuestos de la siguiente manera:

- **Genética molecular.** Se tiene evidencia de que hasta un 70% de los casos de TDAH se debe a factores genéticos en relación con las mutaciones de distintos genes. Debido a alteraciones a nivel molecular en agentes participantes en la neurotransmisión cerebral surge un desarrollo atípico en los circuitos neurológicos que intervienen en la inhibición y el autocontrol. Particularmente se habla de los neurotransmisores dopamina (DA) y la noradrenalina (NA).
- **Factores biológicos adquiridos.** La etapa de la gestación y de los primeros años de vida tiene mucha relación en este caso, la exposición a diferentes sustancias como fármacos o toxinas durante estos periodos pueden considerarse como elementos influyentes para el desarrollo del trastorno.
- **Factores neuroanatómicos.** Es gracias a las diferentes técnicas de imagen cerebral que se logrado averiguar qué variaciones en las dimensiones de áreas cerebrales como la corteza prefrontal y los ganglios basales, así como las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriadas, se correlacionan con la gravedad del TDAH.
- **Factores neuroquímicos.** La producción de la NA y la DA, es de consideración dentro de los factores etiológicos, especialmente en dos sistemas cerebrales, el sistema atencional anterior (ubicado en el lóbulo frontal) y el sistema atencional posterior (ubicado en el lóbulo parietal y cerebelo). Dentro de las funciones que cubren estos neurotransmisores se encuentran: la inhibición motora, cognitiva y emocional; la planificación; la memoria de trabajo a corto plazo; la selectividad en la información, entre otras.
- **Factores neurofisiológicos.** Algunas de las alteraciones en la actividad cerebral que se han observado en pacientes diagnosticados con TDAH son: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la corteza sensoriomotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal.

- Factores psicosociales. La interacción con el entorno es indiscutiblemente un factor a tomar en cuenta en la influencia y modulación que pueda tener hacia el desarrollo de los síntomas del TDAH. El estilo de crianza, la calidad y cantidad de las relaciones interpersonales que sostenga el paciente, la estabilidad familiar, los vínculos formados, el nivel socioeconómico, las condiciones pre y perinatales, entre muchos otros elementos, son ejemplos de este apartado. (Fundación CADAH, 2019)

### **3.2 Prevalencia**

De acuerdo con datos oficiales, el TDAH es un problema de salud pública que afecta el desarrollo y calidad de vida de las personas. Inicia antes de los seis años, con una incidencia del 5 al 7% en niños y un poco más bajo en niñas; en la adolescencia prevalecen los síntomas y en la adultez persiste hasta en un 50%. (DGCS, UNAM, 2017)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial existe una prevalencia de este trastorno de cinco por ciento, y en el caso de México, sin tener una cifra precisa, se estima que afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años. (DGCS, UNAM, 2017)

El TDAH tiene una prevalencia variada a nivel mundial, para algunos se estima que este alrededor de un 7,2%, sin embargo, otros estudios reportan un amplio rango de entre el 4 y el 13,3%. (Llanos, L. et al. 2019)

### **3.3 Habilidades Sociales en Pacientes con TDAH**

La interacción social de una persona desde que es niño es básica para su aprendizaje y correcto desarrollo a nivel personal, mientras mayor estimulación haya dentro de los parámetros adecuados, mejor desarrollo del niño habrá. La comunicación es un punto vital aquí, entendiendo que la comunicación no sólo se refiere al habla, si no a la transmisión del sentir personal a través de diferentes medios, ya sea el lenguaje verbal o no verbal. Así pues, para una mejor comunicación es necesario que el niño tenga un nivel de desarrollo en HHSS óptimo.

Ahora bien, ¿por qué un niño con TDAH tiene mayores dificultades con las HHSS? Un niño con TDAH puede tener dificultades en las HHSS por diversos motivos. Una de las grandes razones es por su impulsividad. Pero también destacan: el reclamo constante e inadecuado de atención social, el escaso conocimiento de sí mismo, la dificultad en el reconocimiento y regulación de sus propias reacciones emocionales, la sobre-personalización de las acciones de los otros y su dificultad para aprender de las experiencias. (Fundación CADAH, 2019)

Como lo propone la Fundación CADAH (2019):

Las dificultades de interacción y HHSS de estos niños y adolescentes están directa o indirectamente relacionadas con la sintomatología del TDAH o de los trastornos asociados o comórbidos: mala lectura de las señales o de las situaciones sociales, mala autoevaluación, dificultad para internalizar y generalizar las normas, dificultad en el control de las emociones, dificultades para respetar promesas, secretos o favores, dificultad para respetar las normas y los límites. (párr. 6)

Las HHSS permiten más y mejores relaciones sociales, parte importante del crecimiento personal del niño, expertos afirman que el tener relaciones sociales positivas en la niñez tiene mayor influencia en la felicidad hacia la edad adulta que incluso logros académicos o estar catalogado con un cociente intelectual alto. (Fundación CADAH, 2019)

### **3.4 TDAH en Adolescentes**

De acuerdo con la OMS, la edad adolescente abarca desde los 10 hasta los 19 años en una persona (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2020). De manera general, las características de la población adolescente que han recibido el diagnóstico de TDAH, no varían demasiado en comparación con el resto de casos de distinta edad, encontrando que síntomas como la dificultad para mantener atención fija, la falta de organización, impulsividad, carencias en la memoria de trabajo, etc. son de los más comunes. Aunque si bien es cierto que cada caso es distinto, de acuerdo con



Shirin (2020b), dentro de las generalidades de este trastorno en adolescentes, se encuentran las siguientes:

**Adolescentes hiperactivos.** Es recomendable trabajar con ellos técnicas que les permitan una mayor relajación y meditación antes de realizar cualquier actividad, de modo que esta no se lleve a cabo de forma apresurada ni genere ansiedad.

**Adolescentes impulsivos.** El trabajo enfocado en las habilidades de paciencia, espera y escucha son las más adecuadas para los casos donde predomina la impulsividad, de manera general, emociones como el enojo o la tristeza son las que suelen generar mayores conflictos en estos casos.

**Adolescentes con problemas de atención.** Las habilidades de planificación y de atención focalizada son las que mayormente requieren de un trabajo más vasto en estos casos, permitiendo, principalmente un mejor desempeño académico.

Referente a la educación y crianza en casa, la misma autora señala especialmente la importancia de las HHSS en estos pacientes:

Es posible que los adolescentes no se den cuenta de que el TDAH puede afectar sus relaciones. Si los adolescentes interrumpen con mucha frecuencia, hablan demasiado, no escuchan bien o tienen actitudes mandonas o molestas, alejarán a las personas. Ayúdelos a detectar cuándo estas conductas pueden afectar una amistad. No lo culpe, pero dígame que esto puede ser parte del TDAH. Dígame, "Sé que no querías interrumpir. El TDAH hace que te resulte difícil esperar cuando quieres decir algo. Y sé que te sientes mal cuando tus amigos te dicen que dejes de interrumpirlos." Luego ayude a su hijo adolescente a pensar en practicar una nueva habilidad. Use una frase que le enseñe qué hacer y que sea fácil de recordar. Por ejemplo, "espera para hablar" o "escucha durante más tiempo". Sea específico sobre el momento y la manera en que debe ponerla en práctica. (párr. 14-15)

### **3.5 Diagnóstico**

Es de vital importancia establecer desde este punto que no existe una prueba específica de tipo médico, ni psicológico, ni psiquiátrico ni ningún otro, hasta esta fecha

que pueda servir exclusivamente y con total seguridad para dar un diagnóstico estricto del TDAH. Sin embargo, se puede llegar a él mediante diferentes métodos complementarios.

De acuerdo con la APA, en el DSM 5 existe una serie de criterios establecidos para poder corroborar un diagnóstico para el TDAH, los cuales se enlistan en la siguiente tabla:

**Tabla 7**

*Criterios diagnósticos DSM 5 para el TDAH*

---

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

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

**a.** Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

**b.** Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

**c.** Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

**d.** Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

**e.** Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los

---

---

materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).

**f.** Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

**g.** Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

**h.** Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

**i.** Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

---

*Nota:* Tomado de *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)* (pp. 59-60), por Asociación Americana de Psicología (APA), 2014.

Aunado a esto, deben presentarse las siguientes características:

- Varios de los síntomas de falta de atención o hiperactividad/impulsividad se presentaron antes de los 12 años de edad.
- Varios de los síntomas se presentan en dos o más contextos (como en el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Hay indicios claros de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, escolar y laboral, o que reducen su calidad.
- Los síntomas no tienen una explicación mejor si se los asocia a otro trastorno mental (como trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad). Los síntomas no ocurren solo durante el curso de episodios de esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (APA, 2014)

De acuerdo con la organización Mayo Clinic (2021), además de los criterios diagnósticos ya mencionados, existen otras herramientas y alternativas para lograr una mayor seguridad en el diagnóstico del TDAH, entre las cuales se encuentran:

- Exámenes médicos: su principal aportación, dependiendo el examen en específico, es la de poder descartar otras causas para los síntomas presentados, las cuales los alejen de su relación con el TDAH. Entre los exámenes más comunes se hallan el electroencefalograma (EEG) y la tomografía computarizada (TC).
- Entrevistas o cuestionarios: dirigidos hacia los familiares y personas cercanas al paciente, estos nos permiten una mayor recopilación de la información hacia los síntomas y características de la personalidad que él presente.
- Escalas de evaluación: entre las escalas más comunes y utilizadas para el diagnóstico del TDAH, se encuentran: la escala CEPO, es un instrumento útil en las investigaciones clínicas y epidemiológicas para el TDAH, valora exclusivamente los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la adolescencia; escalas de Conners, creadas en 1970, son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH, las escalas de Conners son un listado de síntomas con un formato de escala tipo Likert.

### **3.6 Tratamiento**

Al tratarse de un trastorno del neurodesarrollo y teniendo presente que los síntomas y afectaciones varían en cada uno de los casos que se presentan, el tratamiento más adecuado para el TDAH, según especialistas, se basa en un trabajo multimodal o multidisciplinar en el que varios especialistas deberán verse involucrados en su diseño y desarrollo. Lo más aceptado en la actualidad como tratamiento es una división entre tratamiento farmacológico y tratamiento psicoterapéutico, especialmente, terapia cognitivo-conductual. Ambos en conjunto, tendrán por objetivo aliviar o aminorar los diferentes síntomas, mas no desaparecerlos. (Mayo Clinic, 2021)

**Tratamiento Farmacológico.** Los medicamentos pueden ayudar a los niños con TDAH en su vida diaria y el tratamiento farmacológico puede ser una manera eficaz de manejar los síntomas de TDAH. Los medicamentos son una opción que puede

ayudar a controlar algunos problemas de conducta que hayan generado problemas en el pasado con la familia, los amigos y en la escuela. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2020)

De acuerdo con Vásquez et al. (2017) se establece que el tratamiento farmacológico debe ser integral, multidisciplinario y personalizado de acuerdo a las necesidades que presente el paciente. Se habla de 2 tipos de fármacos para este tratamiento: estimulantes, como el Metilfenidato (MFD) y no estimulantes como la Atomoxetina (ATX).

En cuanto al primero de éstos, su mecanismo de acción se da primordialmente por medio del bloqueo del transportador de dopamina, lo que incrementa la cantidad de dopamina disponible en el espacio sináptico. Este medicamento ha sido aprobado por la FDA (por sus siglas en inglés), para usarse en pacientes a partir de los seis años de edad. El MFD disminuye los síntomas claves del padecimiento (inatención, hiperactividad e impulsividad), asimismo, mejora las interacciones psicosociales y el desempeño académico.

Por otro lado, según lo establecido por estos mismos autores, la ATX actúa por medio de la inhibición de la recaptura de noradrenalina a nivel presináptico; ha mostrado efectividad a corto y largo plazo en el tratamiento del TDAH en niños a partir de los seis años, adolescentes y adultos. “Este medicamento se administra una vez al día, tiene un bajo potencial cardiotoxico y no afecta el crecimiento” (

Vásquez, et al., 2017, p. 20).

**Tratamiento Psicológico.** Dentro de las diferentes ramas de la psicoterapia, diversos especialistas coinciden en que la más adecuada para este trastorno es la terapia cognitivo-conductual. CDC establecen que:

Las metas de la terapia del comportamiento son aprender o fortalecer los comportamientos positivos y eliminar los comportamientos no deseados o problemáticos. La terapia conductual puede incluir capacitación en terapia conductual para los padres, terapia conductual con los niños o una combinación de ambas. Los maestros también pueden utilizar terapia conductual para ayudar a reducir las conductas problemáticas en el aula. (párr. 7, 2020)

La terapia conductual en este caso tiene dos directrices, la terapia dirigida a los padres y la terapia dirigida a los hijos. En la primera, se fundamenta en diferentes ventajas que proporciona para el cuidado y la educación de los hijos, tales como:

- La terapia conductual les da a los padres las habilidades y estrategias para ayudar a su hijo.
- La terapia conductual ha demostrado ser tan eficaz como los medicamentos para tratar el TDAH en niños pequeños.
- Los niños pequeños tienen más efectos secundarios por los medicamentos para el TDAH que los niños mayores.
- No se han estudiado bien los efectos a largo plazo de los medicamentos para el TDAH en los niños pequeños. (CDC, 2020)

Según información de CDC (2020), la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés) revisó en el 2010 todos los estudios existentes acerca de las opciones de tratamiento para niños en edad preescolar. En la revisión se encontró evidencia suficiente para recomendar la capacitación de los padres en terapia conductual como una buena opción de tratamiento para los niños de menos de 6 años con síntomas de TDAH y para las conductas perturbadoras en general.

Por otro lado, la terapia dirigida a los hijos, presenta también grandes resultados, así también distintos tipos de terapia conductual que pueden complementarse para un mejor resultado, por mencionar algunos: “capacitación de los padres en terapia conductual, manejo de la conducta en el aula, intervenciones con pares centradas en la conducta, capacitación en las habilidades organizativas y combinación de tratamientos conductual” (CDC, 2020, párr. 26).

## **Capítulo 4. Metodología**

En cualquier investigación de carácter científico, independientemente de su área de indagación, es imprescindible establecer una metodología clara y adecuada, con el fin de lograr un correcto desarrollo del trabajo y una posterior valoración del mismo de acuerdo a los ejes rectores que lo conformaron, por ello, en el presente capítulo se incluye una descripción metodológica de esta investigación, entre los apartados contenidos se encuentran el diseño de la metodología utilizada para esta investigación, abarcando las preguntas de investigación, variables, instrumentos utilizados, descripción del sujeto de estudio, marco contextual y el procedimiento llevado a cabo a lo largo de este trabajo.

### **4.1 Diseño**

Con el fin de comprobar la eficacia de un programa de entrenamiento esta investigación ha sido estructurada como mixta de tipo preexperimental, con estudio de caso exploratorio (R. Hernández, 2014). Formulada así puesto que permite un análisis profundo y consistente del mismo caso en cuestión; así también posibilita una amplia recopilación de la información (Monroy, S. 2009). El alcance se considera descriptivo puesto que la hipótesis ha sido formulada de manera predictiva hacia el resultado final (R. Hernández, 2014). Además de esto, la investigación se desarrolló en 3 etapas principalmente, la primera de ellas fue la evaluación del nivel de desarrollo de las habilidades sociales en el sujeto mediante la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997), una vez obtenido el puntaje más bajo de los diferentes grupos de HHSS, se trabajó entonces con él, conformando así la segunda etapa del proyecto, el programa de entrenamiento, esto haciendo referencia no sólo a la aplicación, sino también a la estructuración y armado de las diferentes sesiones que lo conformaron, así como su respectiva bitácora de lo sucedido; finalmente, la tercera etapa se refirió a la post-evaluación o retest, la cual consistió en la segunda aplicación del instrumento mencionado con el fin de lograr un contraste con los primeros resultados y así obtener conclusiones posteriores sobre el cumplimiento de

los objetivos, hipótesis, etc. Más adelante, se presentan las evidencias más detalladas del desarrollo del programa de entrenamiento.

#### **4.2 Objetivos de Investigación**

**Objetivo general.** De acuerdo con lo revisado hasta el momento y, basándose en el problema de investigación, además de las variables consideradas para realizar este proyecto, se establece el siguiente objetivo, diseñar y aplicar un programa de entrenamiento basado en el modelo psicoterapéutico cognitivo conductual para mejorar las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en un adolescente con TDAH.

**Objetivos específicos.** Derivado del objetivo general y de manera complementaria, se desprenden los siguientes objetivos mencionados a continuación:

- Brindar información a los tutores del menor sobre el TDAH a través de la psicoeducación.
- Medir el nivel de desarrollo de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el adolescente mediante la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein.
- Desarrollar y aplicar un programa de entrenamiento de habilidades sociales basado en el modelo cognitivo-conductual que permita mejorar el nivel de HHSS relacionadas con los sentimientos.
- Evaluar el grado de eficacia del programa aplicado mediante el re-test de la escala ya mencionada.

#### **4.3 Preguntas de Investigación**

De acuerdo con la base teórica expuesta hasta el momento y la recopilación de información, mediante este trabajo se pretende dar respuesta a las siguientes cuestiones, de manera principal: ¿Un programa de entrenamiento basado en el modelo cognitivo conductual mejorará las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en un adolescente con TDAH? Derivadas del desarrollo del proyecto, surgen las siguientes:



¿Las técnicas cognitivo conductuales utilizadas resultarán adecuadas para cumplir con el objetivo del programa de entrenamiento de habilidades sociales? ¿Se reflejará una mejoría en los demás grupos de habilidades sociales mencionadas en el instrumento de evaluación? Donde las variables, descritas a continuación, se basan en la conducta del sujeto ante situaciones de convivencia social y el impacto o influencia que pueda ejercer un programa de entrenamiento cognitivo conductual en el desarrollo de dichas habilidades.

#### **4.4 Hipótesis**

Otro elemento fundamental que se halla en las investigaciones regidas por el método científico es la o las hipótesis, éstas pueden considerarse como “explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se enuncian como proposiciones o afirmaciones” (R. Hernández, 2014, p. 104), así mismo, puede considerarse a la hipótesis como una respuesta provisional ante la pregunta o las preguntas de investigación, por ello, teniendo a consideración la información expuesta como base teórica, así como el diseño y demás componentes de esta investigación y partiendo de la principal pregunta de investigación anteriormente mencionada, se propone la siguiente hipótesis, *si se aplica un programa de entrenamiento basado en el modelo cognitivo-conductual en un adolescente con TDAH, entonces mejorarán sus habilidades sociales relacionadas con los sentimientos.*

#### **4.5 Variables**

Para La Nuez Bayolo et al., como se citó en Carballo y Guelmes (2016), las variables de la investigación son las “características y propiedades cuantitativas o cualitativas de un objeto o fenómeno que adquieren distintos valores, o sea, varían respecto a las unidades de observación” (p.141). Mientras que para R. Hernández (2014) una variable se refiere a “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (p. 105) Para este mismo autor, las variables cobran una especial importancia en una investigación dada su relación con otras variables, por ejemplo, al formularse la hipótesis, de ahí que surge la variable

independiente (la cual es manipulada por el investigador) y la variable dependiente (varía de acuerdo a la manipulación de la variable independiente). Tomando en cuenta lo anterior, las variables presentadas son las siguientes:

**Variable dependiente.** Habilidades sociales: Conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socio-emocional, estas habilidades se subdividen a su vez en: habilidades sociales básicas, habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas con el manejo de sentimientos, habilidades sociales alternativas a la agresión, habilidades sociales para hacer frente al estrés y habilidades sociales de planificación. Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad, el programa de intervención de este trabajo se ha diseñado específicamente para atender las necesidades del grupo de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos. Dicha variable medida con la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein. (Goldstein, et al., 1997)

**Variable independiente.** Programa de entrenamiento de HHSS: es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas que se derivan de las teorías del aprendizaje social, la psicología social, terapia de la conducta y modificación de la conducta. Que se aplican para que las personas aprendan HHSS que les permitan mantener interacciones satisfactorias en diferentes áreas sociales. (Labrador, 1993) En este trabajo, específicamente se ha diseñado un programa de entrenamiento de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos para trabajar con un adolescente con TDAH.

#### **4.6 Instrumento**

El instrumento de medición en una investigación es aquel que le permite al investigador registrar la información o datos relevantes sobre las variables a desarrollar, es un concepto básico en cualquier investigación cuantitativa, pues permite estandarizar y cuantificar los datos (R. Hernández, 2014). El instrumento seleccionado para esta investigación es la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004). De acuerdo con Rodríguez et al. (2014), esta

escala evalúa las habilidades sociales básicas, habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas con el manejo de sentimientos, habilidades sociales alternativas a la agresión, habilidades sociales para hacer frente al estrés y habilidades sociales de planificación.

La Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004) consta de 50 reactivos organizados por grupos de habilidades. Cada reactivo se responde de acuerdo con una escala del 1 al 5: “nunca utiliza bien la habilidad” (1), “casi nunca utiliza bien la habilidad” (2), “a veces utiliza bien la habilidad” (3), “casi siempre utiliza bien la habilidad” (4) y “siempre utiliza bien la habilidad” (5) (Aguirre, 2004). Su calificación consiste en la sumatoria de las puntuaciones otorgadas por el sujeto a cada reactivo, por grupos de habilidad. La suma por grupo es catalogada en una escala del 1 al 5, donde uno equivale a muy bajo, dos a bajo, tres a medio, cuatro a alto y cinco a muy alto.

Cabe recalcar que este instrumento ya ha sido aplicado anteriormente en estudiantes mexicanos de edad adolescente, como parte de una evaluación hacia el nivel de habilidades sociales durante un estudio de tipo científico (Rodríguez et al. 2004).

#### **4.7 Sujeto**

Para la selección del sujeto se utilizó el muestreo guiado por propósito (R. Hernández, 2014), por lo cual se tomó en consideración la coincidencia de pacientes de CRIO con una serie de especificaciones propias de la patología central de esta investigación. Abordando los datos del sujeto, se trata de un menor de 15 años y 3 meses de edad, siendo el tercero de 4 hermanos. Y que actualmente vive con su madre y su hermana. Proveniente de Ixhuatlán del Café, Veracruz, con domicilio actual en Tehuacán, Puebla desde abril del 2021, aproximadamente. Nacido de 9 meses de gestación, sin complicaciones perinatales. La madre relata que tuvo conocimiento de su embarazo hasta que cumplió casi 2 meses, además, presentó sangrado y amenaza de aborto 1 mes después. Durante su infancia temprana, el menor, comenzó a caminar al año y medio, y pronunció sus primeras palabras cercano a los 5 meses de edad, pasado el primer año de vida comenzó con oraciones completas.

Respecto a antecedentes familiares, la madre no refirió ningún caso registrado hasta el momento. De acuerdo con la información proporcionada durante la entrevista, el sujeto manifestó dificultades para concentrarse y cumplir con sus deberes durante su etapa escolar, específicamente desde el nivel básico, llegando a recibir en diferentes ocasiones llamadas de atención por parte de sus docentes. Acudieron al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.) ubicado en Puebla con el fin de recibir atención especializada, sin embargo, por cuestiones administrativas, esto no fue posible. Fue en el CRIO donde pudo ser evaluado por neurología y diagnosticado con TDAH. Así pues, recibir tratamiento farmacológico (Alpha Lipoico con Vitamina D y Metilfenidato 10 mg) y terapéutico.

#### **4.8 Marco Contextual**

El adolescente asiste a CRIO como parte del tratamiento terapéutico que lleva, dicha institución surge en julio de 2001 con el objetivo de contar con un centro de rehabilitación que garantice la integración total de las personas con discapacidad a su sociedad, asimismo, cuenta la misión y visión que se mencionan a continuación:

**Misión:** brindar amor, apoyo a la integración social y respeto a las personas con capacidades diferentes.

**Visión:** contribuir a la integración total de las personas con capacidades diferentes presentes y futuras, así como la gestión y sensibilización de la sociedad en un marco de valores, respeto y amor.

CRIO cuenta con 3 áreas: 1) Área de Fisiatría, que a su vez se subdivide en 5 salas de terapias: Mecanoterapia (MT), Hidroterapia (HT), Electroterapia (EE), Intervención Temprana en Neurodesarrollo (ITND) y Estimulación Multisensorial (EMS); 2) Área de Psicología, que se subdivide en 3 salas de terapias: Terapia Ocupacional (TO), Terapia de Lenguaje (TL) y Modificación de Conducta (MC); 3) Área Médica, conformada por: Consultorio de Fisiatría y Consultorio de Psicología

Estas salas cuentan con un espacio suficiente para llevar a cabo las actividades propias de cada una, así como con una iluminación y ventilación idónea para la comodidad y correcto desenvolvimiento de los usuarios y personal de la institución,

del mismo modo, en cada uno de estos recintos específicos puede hallarse suficiente material para poder guiar las terapias de forma que se puedan cumplir con sus respectivos objetivos y así, poder brindarle a los pacientes un servicio más completo y que, además, logre cubrir sus expectativas respecto a las necesidades en particular que cada uno de ellos presente, dentro del material se halla desde maquinaria especial para el tratamiento del paciente, hasta herramientas más sencillas que sirvan como auxiliar terapéutico o también material didáctico, incluso juegos o juguetes que resulten útiles, todo esto de acuerdo a las actividades propias de cada sala. Igualmente, en su establecimiento ofrece un espacio específico para comedor, cafetería, baños en condiciones sanitarias apropiadas, así como estacionamiento tanto para personal como usuarios de esta fundación.

Así también, como parte de la asistencia hacia los padres y usuarios de la institución, CRIO cuenta con el servicio de acompañamiento psicológico, el cual les brinda la atención necesaria, en caso de requerirlo, ya sea dirigido hacia una mejor aceptación del padecimiento del paciente, tanto por parte suya como de sus tutores y/o familiares, o como psicoeducación hacia los mismos y, en general, como un apoyo hacia cualquier problemática referida por ellos, en torno al padecimiento del paciente.

#### **4.9 Procedimiento**

Para lograr culminar con el presente trabajo, fue necesario realizar una serie de estadíos en diferentes momentos, cada uno permitiendo un avance paulatino en la investigación y permitir cumplir con los objetivos propuestos, dichos pasos son descritos a continuación:

*1.- Selección del sujeto.* Previamente durante la realización del servicio social en el transcurso del año 2021 se realizó el primer contacto con el sujeto como parte del acompañamiento psicológico brindado por CRIO. Al existir coincidencias suficientes para ser tomado en cuenta como posible candidato para participar en esta investigación, se hizo la propuesta y, posteriormente, el acuerdo verbal con el sujeto y con su madre para que autorizaran.

**2.- Entrevista y evaluación.** El día 14/10/2021 se llevó a cabo la reunión con el sujeto y con su madre para realizar la entrevista semiestructurada (Anexo 5) con el fin de explorar a través de la indagación las diferentes áreas de la historia personal y clínica del sujeto. De igual manera, se aplicó la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004) (Anexo 3) para obtener el nivel de desarrollo en que se encontraba el sujeto en este ámbito. Finalmente, se acordaron las fechas y horario para las 10 sesiones que componen la planeación, resultando en que se trabajarían los días jueves durante 10 semanas en horario de 12:00 – 13:00 horas empezando el 27 de enero de 2022 y culminando el 14 de abril del mismo año.

**3.- Vinculación institucional y solicitud de autorización.** El día 27 de enero del 2022 se llevó a cabo una reunión con la coordinadora de vinculación académica de CRIO, la licenciada Leticia Flores Gómez, para hacer entrega del oficio (Anexo 1) de solicitud de la aplicación de la metodología de esta investigación.

**4.- Aplicación de “Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales” (PEHS).** El cual constó de un total de 4 etapas, la primera “Identificación de emociones propias”; la segunda, “Expresión de las emociones propias”; la tercera, “Identificación de las emociones en terceras personas” y la cuarta, “Respuesta a la expresión de las emociones de terceras personas”. Con un total de 10 sesiones, el programa se llevó a cabo en el periodo planeado.

**5.- Aplicación del re-test.** Una vez concluido el programa, se llevó a cabo la segunda aplicación de la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein (Goldstein, et al., 1997, y Aguirre, 2004) (Anexo 4) el día jueves 05 de mayo de 2022, con el fin de averiguar el nivel de desarrollo del sujeto correspondiente a los rubros de esta evaluación en comparación con la primera aplicación.

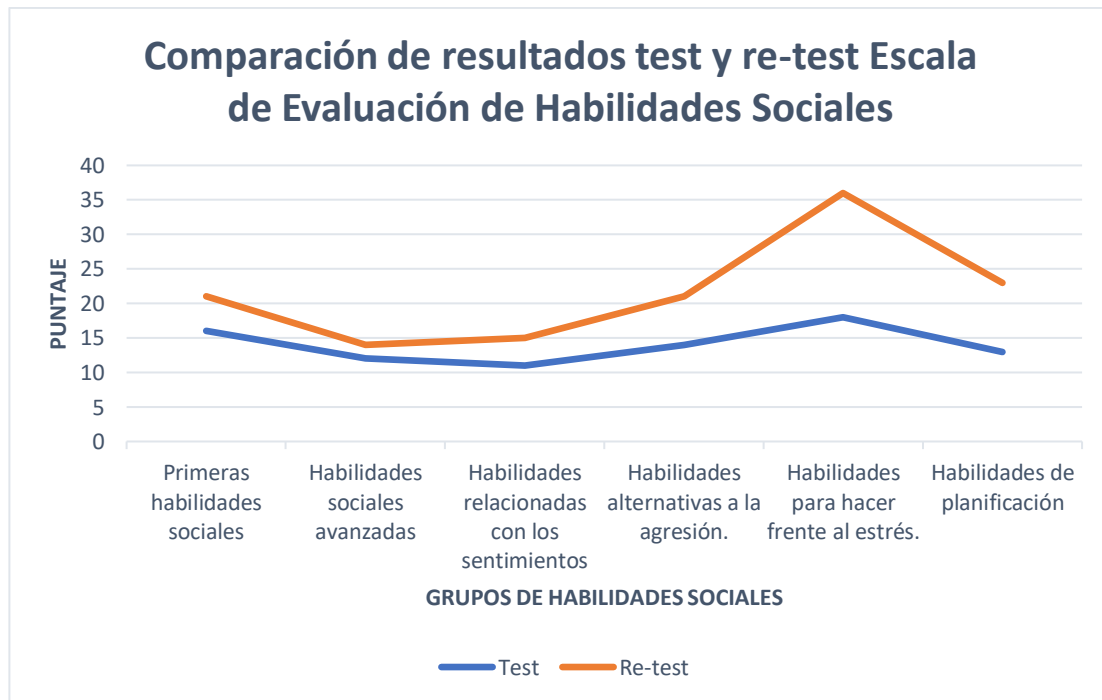
**6.- Presentación de resultados.** Con los datos obtenidos en la primera y segunda aplicación de la prueba en cuestión, se llevará a cabo una comparación cuantitativa, mediante graficación estadística, para averiguar la eficacia de la implementación del programa de entrenamiento de acuerdo con la presencia o ausencia de cambios relevantes en los indicadores del test.

**7.- *Análisis de resultados.*** Basándose en lo obtenido de la comparación anterior, se hará un contraste con la investigación en general, corroborando la hipótesis, las preguntas de investigación, así como la importancia y aportación de este trabajo. Derivando en las conclusiones correspondientes.

## Resultados

Con el fin de presentar de manera adecuada los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, a continuación, se presenta una gráfica comparativa entre la primera aplicación del test (Anexo 3) seleccionado para evaluar al sujeto participante de este proyecto y el re-test del mismo (Anexo 4), con el objetivo de mostrar de manera visual y más didáctica el logro alcanzado con base en el trabajo desarrollado. Posteriormente, se describirán los resultados obtenidos en las 10 sesiones que conformaron el PEHS. Basado en el objetivo general de: desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989)

Gráfica 1





La aplicación del test se llevó a cabo en la fecha acordada y sin ninguna dificultad de por medio, al sujeto se le permitió un tiempo aproximado de 60 minutos para poder contestar completamente el instrumento, mostró gran disposición y colaboración, no presentó ninguna resistencia ni negativa ante las indicaciones dadas y manifestó un entendimiento adecuado a lo solicitado desde la primera ocasión. Para el re-test, es decir, la segunda aplicación de la prueba, igualmente no hubo ninguna dificultad y pudo realizarse en la fecha estipulada en el plan de desarrollo. Durante la sesión, el sujeto requirió de un tiempo mayor a los 60 minutos destinados en la primera aplicación, sin embargo, su excedente no fue mayor a 10 minutos, fue necesario realizar un par de aclaraciones para que estuviera seguro del significado de algunos términos utilizados en la prueba, posterior a la explicación pudo continuar y terminar con la aplicación del test.

Como puede observarse en la Gráfica 1, el puntaje de todos los grupos de clasificación de HHSS de la primera aplicación del instrumento (indicada con el color azul) se ubicó por debajo de los 20 puntos, siendo el más alto de 16, tratándose del grupo *Habilidades para hacer frente al estrés*, y el más bajo de 11 puntos, siendo el grupo *Habilidades relacionadas con los sentimientos*. A raíz de esta información, se optó por trabajar entonces con el área de HHSS que registró un puntaje menor al resto. Así mismo, realizando una comparación con el registro de puntuaciones en la segunda evaluación (re-test) indicada en la gráfica con el color naranja, es visible una notoria diferencia entre el puntaje de todos y cada uno de los tipos de HHSS evaluadas por el instrumento, siendo que hay una marcada mejoría entre ellos, entre los resultados más destacables de esta segunda aplicación está el puntaje obtenido en el grupo de *Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos*, puesto que en la primera evaluación este grupo puntuó como el más bajo, siendo que en el re-test, la diferencia obtenida ha permitido ubicarlo en un estrato diferente de puntuación, por tanto, ya no se considera como la puntuación más baja de todos los grupos. De manera general, se puede afirmar que el puntaje de todos los grupos de clasificación se ha visto incrementado posterior a la aplicación del PEHS.

A manera de una narración más detallada de cada una de las 10 sesiones que comprendió este programa de entrenamiento, se presenta la descripción cualitativa de las mismas y, para una mejor comprensión e información sobre las actividades, materiales utilizados, objetivos específicos de cada sesión, así como su desarrollo desde un punto de vista más metodológico, se refiere en cada una de ellas el respectivo anexo en el que se podrá visualizar la carta descriptiva referente a la sesión en turno.

**Sesión 1.** En esta primera sesión, el sujeto se notaba claramente pasivo en un inicio, su actitud era seria e inexpresiva mayormente. Al iniciar con la primera actividad, se pudo desinhibir en un grado menor, pero lo suficiente para terminar la actividad y pasar a la siguiente. Para las siguientes actividades se notó más despabilado y su actitud era de mayor interés que en la primera, no fue muy comunicativo realmente ante las preguntas que se le hacía y seguía manteniéndose inexpresivo para con las indicaciones que se le daban, sin embargo, en ningún momento se opuso a alguna instrucción ni mostró desapruebo ante las actividades, incluso, por momentos, durante la plática que surgía al momento, él mismo daba ejemplos de situaciones relacionadas con las actividades sin que fuera necesario solicitárselo. (Anexo 6)

**Sesión 2.** Para la segunda sesión, el sujeto se presentó con una actitud pasiva nuevamente, poco diálogo y poco interés en un inicio. Al iniciar con la primera actividad, se notó más despabilado conforme transcurría, a través de la manera en que se le daban las indicaciones, se buscaba animarlo a participar de forma más expresiva, esto pareció dar resultado puesto que mostró incluso risa por momentos y entusiasmo al estar tratando de dar las respuestas correctas, la palabra “asertivo” fue la que le resultó más difícil pues, de acuerdo con él mismo, no conocía esta palabra, por lo cual, durante la explicación, se hizo mayor énfasis en ella. En la segunda actividad, su disposición se mantuvo al mismo nivel al ir seleccionando las características y pegarlas en el apartado que él considerara, para lo cual no tuvo ningún error en realidad, aunque sí requirió que se le pudieran recordar en ciertos momentos las características de cada uno de los tipos de comunicación. En el role-playing, dijo que no le era algo sencillo de realizar porque le daba “pena” actuar ante otras personas, sin embargo, con la motivación suficiente, lo logró realizar de manera adecuada. Para la actividad de cierre

su cooperación fue igual que en las anteriores, él mismo mencionó que le agradó conocer una nueva palabra. (Anexo 7)

**Sesión 3.** Al inicio de esta sesión, el sujeto se mostró levemente inseguro debido a que, de acuerdo con su propio relato, el dibujo no es una de sus principales fortalezas, sin embargo, se le aclaró que lo importante de la actividad no recaía en eso, sino en poder llevar a cabo una activación y despabilo antes de comenzar con lo central de la sesión. Al realizar la segunda actividad igualmente el sujeto mostró con dificultades para comenzar puesto que no le resultaba sencillo poder llevar a cabo representaciones en presencia de otras personas, también por momentos, confundía algunas características del tipo de comunicación pasiva y asertiva, sin embargo, al aclararle las diferencias y ayudarle a recordar los componentes de cada uno, le resultaba más sencillo llevar a cabo la representación. Esta segunda actividad requirió más tiempo del que originalmente se había planeado, sin embargo, la sesión no podía extenderse más de lo que se tenía planeado, por ello, para la tercera actividad no fue suficiente el tiempo restante, así pues, se decidió avanzar lo que fuese conveniente y que el tiempo permitiera y continuar en la siguiente sesión. (Anexo 8)

**Sesión 4.** Al comienzo de esta sesión, el sujeto mencionó que estuvo pensando en algunos ejemplos que pudieran ser acordes con la primera actividad, así, fue más sencillo completarla. Durante la segunda actividad se requirió más tiempo del previsto, teniendo que abarcar el resto del tiempo en ella, debido a que el sujeto requería de un tiempo mayor al esperado para poder pensar en acontecimientos que hubiera vivido y que pudieran acoplarse a las indicaciones de la tabla, así también, el tiempo que requería para poder llenar los demás espacios le tomaban un tiempo mayor a las expectativas, asimismo presentaba algunas dudas sobre los términos incluidos, si los ejemplos eran adecuados o sobre el significado de algunas palabras. Debido a esto, se dio la indicación de terminar en casa la actividad de desarrollo, aclarando los puntos importantes y haciendo anotaciones en la hoja que permitieran aclarar posibles dudas que pudieran surgir al momento de llenar la tabla en casa. La actividad de cierre, entonces, no logró llevarse a cabo. (Anexo 9)

**Sesión 5.** Para esta sesión, lo ideal era comenzar con base en lo realizado en casa con la última actividad de la sesión anterior, sin embargo, al llegar, el sujeto mencionó que, durante la semana que transcurrió desde la sesión 4 hasta la 5, no tuvo un momento específico para poder completar la actividad pendiente, por ello se tuvo que retrasar unos minutos el inicio de la actividad de introducción de esta sesión. En la actividad de la lectura y el role-playing, el sujeto refirió que fue sencillo poder estructurar un escenario hipotético como el que se le había solicitado, aunque la parte de la representación le resultaba un poco más complicada, de hecho al realizarla mostró una actitud de una persona pasiva, cuando la indicación había sido que representara la situación adoptando una actitud asertiva, por lo cual se le hizo la observación de cómo tenía que hacerlo correctamente, posteriormente, él mismo mencionó que había sido por error esto último, pues se había confundido entre ambos tipos de comunicación. En el segundo ensayo no hubo mayor dificultad, se le dio la retroalimentación correspondiente y se concluyó de manera adecuada la actividad. Durante la realización de esta actividad se resaltó la importancia de cuando se expresan las emociones para que las otras personas puedan comprendernos y así mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, del mismo modo, la diferencia de cuando esto no ocurre. En la retroalimentación de cierre, el tiempo no fue suficiente, sin embargo, se pudieron rescatar los puntos más importantes y así finalizar la sesión. (Anexo 10)

**Sesión 6.** Para esta sexta sesión y, a diferencia de la anterior, el sujeto sí pudo concluir la actividad encargada en casa, así pues, no hubo mayor inconveniente en el inicio de la sesión, las preguntas fueron sencillas para él, dedicó un tiempo a la meditación antes de contestarlas, pero no rebasó el tiempo programado. En la segunda actividad, el sujeto refirió que le fue sencillo poder recordar situaciones o hechos en los que se haya sentido enojado pues, a su consideración, es algo que le sucede seguido, es decir, llega a sentir esta emoción con cierta facilidad, siendo incluso algo que le gustaría cambiar. El elaborar estrategias o formas diferentes de actuar que resultaran más adecuadas o favorables para las diferentes situaciones citadas requirió de apoyo mayor al esperado por parte del instructor, sin embargo, esto no fue impedimento para que el sujeto mostrara comprensión ante el porqué de las ventajas de dichas estrategias.

En la actividad de cierre, mencionó que le resultaba complicado pensar en acciones concretas que resultaran un apoyo para poder cambiar la forma en la que suele comportarse cuando experimenta el enojo, por ello, se le comunicó que era importante que lo mencionara y que se abordaría en sesiones posteriores. (Anexo 11)

**Sesión 7.** Para esta sesión, el sujeto se mostró con gran disposición desde un inicio, en comparación con las primeras sesiones, su actitud demostraba que sentía mayor confianza y su expresividad era mayor. Pese a las dificultades presentadas para la primera actividad, pudo llevarse a cabo la misma, durante la cual el sujeto se mostró con notable alegría y entusiasmo, haciendo comentarios divertidos por momentos, pudo diferenciar con facilidad los diferentes grupos de palabras y acertó rápidamente las bolas de papel en el cesto, con esta actividad de introducción se pudo lograr una buena activación en el sujeto. En la actividad de desarrollo, el sujeto mostró facilidad para poder identificar las emociones o al comunicar cómo fue que las logró identificar, incluso comentó que algunas de las escenas eran de películas que ya había visto. Aunque el video no pudo verse por completo debido al tiempo que restaba, la cantidad de escenas vista fue suficiente para lograr cumplir con el objetivo de la actividad. Finalmente, en la retroalimentación de cierre, se le pudieron brindar más características al sujeto de cómo se muestra una persona que manifiesta alguna emoción. (Anexo 12)

**Sesión 8.** La primera actividad de esta sesión fue muy sencilla para el sujeto, se mostró con alegría y divertido al realizarla, además de que no necesitó de mucho tiempo para poder nombrar situaciones como las que se le solicitaban. Para la segunda actividad, el mismo sujeto preguntó acerca de si se podía incluir más emociones además de las que ya se encontraban en la lista. Igualmente, al mencionar las emociones que a su consideración podían incluirse en las situaciones de la lista, se le hizo notar que había algunas otras que también podían agregarse, explicando la relación con las que él ya había descrito y el porqué de su posible presencia, apoyándose de otros ejemplos que pudieran servir como ayuda para una mejor comprensión de la actividad. Al preguntarle en la actividad de cierre si alguna situación le había resultado familiar o si había pasado por otra que fuese parecido a cualquiera de la lista, mencionó que sí, y que, en realidad, por ello es que no le había resultado complicado identificar algunas

de las emociones que mencionó puesto que ya lo había experimentado por sí mismo. (Anexo 13)

**Sesión 9.** Para la primera actividad, el sujeto mencionó que era algo sencillo de realizar puesto que es parte de lo que comúnmente le piden que realice en su terapia de conducta a la cual asiste en CRIO. La mayoría de las palabras las pudo encontrar con rapidez, posteriormente se le explicaron cada uno de los conceptos en cuanto a su relación entre ellos y se definió el término de “escucha activa”. Para la actividad de desarrollo, falló en muy pocas palabras, en la gran mayoría logró acertar, su actitud fue de interés y de gran entusiasmo, además de atención manifiesta en cada una de las historias. Para la actividad de cierre se recalcó la importancia de la escucha activa para lograr identificar y comprender el porqué de las emociones que puede estar sintiendo y expresando una persona, haciendo especial énfasis en que la escucha activa requiere de más elementos que sólo oír a la persona que está hablando, en esto, el sujeto comentó que no había considerado antes que fuese algo tan complicado y elaborado. Finalmente, en la pregunta de reflexión final, el sujeto refirió que no había considerado los puntos vistos durante la sesión en ninguna situación anteriormente vivida y que, por esto mismo, no había practicado enteramente la escucha activa. (Anexo 14)

**Sesión 10.** El sujeto desde el inicio se mostró muy interesado. En comparación con sesiones anteriores, su desenvolvimiento durante el role-playing fue más fluido y dinámico, se notaron los aprendizajes obtenidos acerca de la relación existente entre los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas, así como el uso de la técnica de relajación basada en la respiración. En esta última actividad mencionada, el sujeto dijo sentirse con gran sorpresa ante el efecto que había tenido en él practicar lo que se le iba indicando acerca de modular su respiración y realizar movimientos específicos de tensión y relajación con el cuerpo. La sesión se concluyó con el agradecimiento amplio hacia el sujeto y hacia su madre por la participación y disposición para poder llevar a cabo el programa de entrenamiento. (Anexo 15)

Los cambios logrados en cuanto a una mejor expresión de las emociones, así como la facilidad de entablar una conversación, la seguridad para realizar algún comentario sobre el tema tratado o la consciencia de que es importante tener en

consideración la opinión de otras personas y su sentir, al igual que la comprensión de la relación existente entre los pensamientos, emociones y comportamiento, se ha visto reflejado a lo largo de las sesiones, en el desenvolvimiento del sujeto y la confianza progresiva que se hace evidente en él para manifestar todo lo ya mencionado, bien de manera oral o bien de manera conductual.

## Análisis

De manera general, se presenta ahora la interpretación de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, las aportaciones y puntos relevantes de estos, tanto en lo académico como también en lo personal, buscando brindar una aportación significativa al campo de la Psicología como ciencia, pero también como herramienta en el trato humano.

La fundamentación en el modelo cognitivo conductual no ha sido una obra de la casualidad para trabajar las HHSS, puesto que esta área de la vida de una persona es, en realidad, una de las cuestiones a tratar con las técnicas correspondientes, así lo establece Ruiz et al. (2012). Es bien sabido que, en realidad, existen en gran cantidad enfoques psicoterapéuticos adaptables para una intervención en pacientes con deficiencias en el área de las HHSS, puesto que cada uno ostenta sus propias técnicas para ello porque, así como ha sido mencionado en el inicio de esta investigación, la Psicología es una ciencia muy vasta y, en el área de la psicoterapia, esto no se conforma de distinta manera.

Pese a que hay un número considerable de alternativas, CDC (2020) especifica que el enfoque psicoterapéutico cognitivo conductual es considerado el más recomendable para poder intervenir en los casos de pacientes que presentan TDAH, esto, entre otras razones, porque permite una labor más vasta debido a la facilidad de extender el trabajo profesional fuera del consultorio, haciendo partícipes a los padres y a la red de apoyo del paciente así, de esta forma, se logra una intervención más completa y concisa que, además, permite en el paciente la familiarización y mejor adaptación a las técnicas empleadas. Así mismo lo reafirma Concha (2020) al referir que, junto con el tratamiento farmacológico, en los casos donde es necesario, el enfoque cognitivo conductual, se mantiene como el más efectivo.

Al comienzo de este trabajo, se realizó la planeación de las actividades que serían empleadas para poder poner en marcha el proyecto, para esto, se utilizó como fundamentación teórica principalmente el libro *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* de Ruiz, M. A. y colaboradores del año 2012, puesto que en él se



presentan diferentes técnicas de intervención para poder trabajar las HHSS con el paciente, del mismo modo, se utilizó como apoyo otro texto de nombre *Inteligencia Emocional Educación Secundaria Obligatoria Primer Ciclo*, de los autores Ezeiza, B. et. al del año 2008, en el cual se enlista una serie de actividades dirigidas a la población de estudiantes del nivel de educación secundaria para poder trabajar sobre su inteligencia emocional.

Sin embargo, en ninguno de los textos de apoyo, se hallaban actividades específicamente encaminadas a la intervención con pacientes con TDAH ni ningún otro trastorno del neurodesarrollo, por ello, fue necesario buscar la asesoría de la Neuropsicóloga Christal E. Jarquin Ramírez, especialista en psicometría e intervención con pacientes infantiles que padecen algún trastorno como los ya mencionados, esto a fin de poder diseñar el plan de intervención con las actividades dirigidas al objetivo del programa y de la investigación en general adaptándose a las necesidades del sujeto.

Con el avance progresivo de la aplicación del programa de entrenamiento, así como la evolución observada en cada una de las sesiones, se puede dar respuesta a la principal pregunta de investigación *¿Un programa de entrenamiento basado en el modelo cognitivo conductual mejorará las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en un adolescente con TDAH?* Encontrando como resultado que el puntaje obtenido en el test y en el re-test de este grupo de HHSS presenta una diferencia de 4 puntos, manifestando no sólo una mejoría, sino también permitiendo ahora que no se ubique más como la valoración más baja del total de grupos de clasificación. Además, respecto a si habría influencia en el resto de grupos de HHSS, la respuesta también es afirmativa, puesto que es evidente la diferencia de puntajes en todos y cada uno de ellos comparando lo obtenido en el test con el posterior re-test.

Con lo anteriormente señalado, es posible afirmar entonces que el objetivo de la presente investigación, así como el del programa de entrenamiento y los objetivos específicos desprendidos de cada una de las sesiones que lo compusieron, han sido cumplidos, así lo indican los resultados finales.

Del mismo modo, retomando la propuesta de la hipótesis enunciada como *si se aplica un programa de entrenamiento basado en el modelo cognitivo-conductual en*

*un adolescente con TDAH, entonces mejorarán sus habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, y teniendo en consideración lo ya presentado en resultados y redactado en párrafos anteriores, comprobamos que, de igual manera, la hipótesis se ha cumplido de acuerdo a los datos finales.*

Como podrá rememorarse, al inicio de este trabajo de investigación, se consideraron algunas situaciones que pudieran condicionar el desarrollo y culminación del proyecto, así como los diferentes objetivos derivados del mismo, tales como la ubicación geográfica del domicilio del sujeto, puesto que la distancia podría ser una influencia importante para la realización de alguna de las sesiones del programa y, en realidad, así fue, fue necesario reagendar un par de las sesiones de su fecha original para adaptarla a una nueva en la cual pudiera darse el encuentro planeado. Por otro lado, el hecho de que el sujeto no fuera inscrito en algún curso escolar limitó de manera considerable las interacciones con otras personas, reduciendo bastante las posibilidades de practicar los aprendizajes obtenidos en las sesiones del programa, aunque igualmente esto no resultó como un factor decisivo en el cumplimiento de la hipótesis. La contingencia sanitaria por la enfermedad COVID-19 igualmente tuvo una influencia, aunque menor, puesto que en una sesión fue necesario reprogramarla debido a que el sujeto presentaba síntomas propios de dicha patología, sin embargo, días después, mediante estudios médicos, pudo confirmarse que se trataba de un mal menor y la sesión únicamente se postergó una semana.

La disposición del sujeto en cada una de las sesiones ha sido fundamental para lograr todo lo alcanzado en este trabajo. La base de las diferentes dinámicas hacia la vida cotidiana del sujeto, permitirle evocar ejemplos que él mismo hubiera vivido, además de utilizar situaciones que le resultaran más familiares, ha sido parte vital para una mejor asimilación del aprendizaje obtenido por él. La adaptación y planeación de las sesiones, igualmente respondió a la evolución vista en el sujeto, puesto que era importante cerciorarse de que el objetivo específico de la sesión anterior se hubiera cumplido para poder pasar al siguiente, asegurar que hubiera una adecuada comprensión de lo enseñado en una sesión para continuar con la posterior, del mismo

modo, con cada una de las 4 etapas que conformaban el programa de entrenamiento, es así como se decidió cuántas sesiones debían de comprender respectivamente.

Con lo vivenciado a lo largo del programa, puede concluirse que el sujeto ha conseguido una asimilación de los aprendizajes obtenidos y una consolidación adecuada de ellos para así, lograr una mejoría en las diferentes aptitudes que competen la gama de grupos de HHSS, tanto de manera específica en el grupo de HHSS relacionadas con los sentimientos, como con el resto en general. La confianza manifestada por él, la seguridad al expresarse, la estructuración de la expresión de sus emociones e ideas, entre otros, son claros signos de la evolución obtenidos a raíz del trabajo a lo largo de las 10 sesiones. Sin su empeño y esfuerzo, esto no hubiera culminado así.

Por último, personalmente esta experiencia ha sido muy gratificante como parte del camino recorrido hacia el ámbito profesional en la Psicología, puesto que el trabajo directo con una persona no es una cosa mínima, contrario a ello, requiere de una ética, esfuerzo, dedicación, cuidado y constancia como pocas. Los resultados obtenidos han sido satisfactorios hacia las expectativas en el inicio de este trabajo de investigación, puesto que reflejan los frutos del esfuerzo y empeño invertido a lo largo del tiempo que duró. Así también, puedo mencionar que el trato personal con el sujeto ha sido muy fructífero no sólo hacia él, sino igualmente hacia uno, tanto en la aportación académica que esto representa como en los aprendizajes obtenidos hacia casos de TDAH pero, por supuesto, en el sentido de la convivencia y trato de una relación interpersonal que, por momentos, permitía una sincronía y cohesión muy grata al intercambiar diferentes diálogos dentro de lo estrictamente profesional como en aquello que rozara más las necesidades personales del sujeto, esto sin perder nunca de vista los objetivos de la investigación y la ética profesional de esta gran labor.

## **Recomendaciones**

A continuación, se redactan una serie de recomendaciones hacia las diferentes personas así como institución que han sido partícipes del presente trabajo y también para los investigadores que pudieran servirse del mismo en sus respectivas diligencias de carácter científico, a fin de lograr una continuidad y mantener una tendencia al alza en la evolución del sujeto para un mejor desenvolvimiento y desarrollo hacia los ámbitos evaluados y trabajados a lo largo de este proyecto, del mismo modo para la población con la que pudiera compartir los mismos criterios de selección para este proyecto.

A quien haga uso de esta investigación como base o referencia en futuros trabajos similares, considerar los alcances, pero también las limitaciones para adaptar su respectivo trabajo y conseguir los resultados esperados, dando lugar a posibles variables alternativas en el proceso de selección y evolución investigativa, de modo que pueda abarcarse una mayor población con diferentes métodos de investigación y desarrollo pero con resultados igualmente satisfactorios, pudiendo aplicarse en diferentes espacios como escuelas, organizaciones, instituciones, etc.

A CRIO, institución encargada del actual tratamiento terapéutico del sujeto, desarrollar programas especializados para la atención de pacientes con algún trastorno del neurodesarrollo como lo es el TDAH, así como dar continuidad a lo logrado con el programa de entrenamiento aplicado como parte de este trabajo.

A los padres del sujeto de investigación, mantener una constante vigilancia de la mano de especialistas en las áreas de necesidad manifestadas por su hijo durante la investigación, con el fin de mantener e, incluso, mejorar el progreso logrado, sin olvidar que ellos también son pieza fundamental en su desarrollo.

Al adolescente partícipe de este trabajo, continuar con el esfuerzo y empeño manifestado a lo largo de las diferentes sesiones que compusieron el programa de entrenamiento del cual fue protagonista, aplicando esto en las diferentes esferas de su vida, una vez demostrado por y para él mismo que sí es posible cambiar para bien en aquellos aspectos sociales donde presenta mayor necesidad.

## Referencias

- Aguirre, A. (2004). *Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andres Avelino Caceres del Sectro IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores 2002*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Amaro, F. y Tomás, J. (s. f.) *Aproximaciones cognitivo-conductuales*. Centre Paidopsiquiatric del Barcelones S.L.  
[http://www.centrelondres94.com/files/aproximaciones\\_cognitivo\\_conductuales.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/aproximaciones_cognitivo_conductuales.pdf)
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Bonfil, M. (2018) *Ciencias sociales, ciencias naturales*. Revista ¿Cómo ves? No. 240  
<https://www.comoves.unam.mx/numeros/ojodemosca/240>
- Caballo, V. (2007) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Calleja, A. y Martínez, L. (1996) *Entrenamiento de habilidades sociales: un estudio comparativo*. *Análisis y Modificación de Conducta*. 22(86) 709-727
- Carballo, M. y Guelmes, E. (2017). *Algunas consideraciones acerca de las variables en las investigaciones que se desarrollan en educación*. *Revista Universidad y Sociedad*. 8(1), 140-150.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202016000100021&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000100021&lng=es&tlng=es)
- Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. (2019). *Tratamiento del TDAH*. Centros para el Control y la Prevención de enfermedades.  
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/treatment.html>
- Concha, C. (2020) *Intervención multimodal desde el enfoque cognitivo conductual de un paciente masculino con TDAH de 8 años*. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte] Universidad del Norte.

- Conexión ESAN (2019) Psicología organizacional: su importancia en el éxito de una empresa. Conexión ESAN. <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/psicologia-organizacional-su-importancia-en-el-exito-de-una-empresa#:~:text=La%20psicolog%C3%ADa%20organizacional%20se%20en%20carga.de%20conflictos%20y%20su%20adaptabilidad.>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). *Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy*. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>
- Dirección General de Comunicación social (DGCS). (2017). *El trastorno por déficit de atención, problema de salud que afecta el desarrollo y calidad de vida*. UNAM. [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017\\_867.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_867.html)
- Divulgación Dinámica. (2017). *Las Emociones: Concepto y Funciones*. Divulgación Dinámica. <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/emociones-concepto-funciones/#:~:text=2.-.Funci%C3%B3n%20social%20de%20las%20emociones,la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20entorno%20social>
- Domínguez Herrera, R. (2012) Metodología y medios de entrenamiento psicológico a utilizar en la preparación del deportista. *Revista digital EFDeportes.com*. N. 171. <https://efdeportes.com/efd171/entrenamiento-psicologico-del-deportista.htm>
- Escudero, M. (2019) *Emociones y sentimientos ¿Cuál es la diferencia?* Centro Manuel Escudero. <https://www.manuelescudero.com/emociones-y-sentimientos-cual-es-la-diferencia/>
- Fernández, M. (2001) *La orientación familiar*. Universidad de Burgos. Tabanque: *Revista pedagógica*. ISSN 0214-7742 (16) 217-235. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743598>
- Freiria, J. y Feld, J. (2005). *Los programas de intervención para el desarrollo del pensamiento creativo*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología -

- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Acta Academia. Disponible en:  
<https://www.aacademica.org/000-051/211.pdf>
- Fundación CADAH 2012 (s.f.) *Etiología del TDAH*.  
<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/etiologia-del-tdah.html>
- Gallego Villa, O. M., Cañas, Y. M., Contreras, A., Cruz, D. V., Ruiz, D., Sánchez, J. y Toro, L. I. (s. f.) *Diseño de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología*. Corporación Universitaria Iberoamericana.  
<https://repositorio.iberu.edu.co/bitstream/001/521/1/Dise%C3%B1o%20de%20un%20programa%20de%20entrenamiento%20en%20habilidades%20sociales%20para%20estudiantes%20de%20psicolog%C3%ADa.pdf>
- García Silgo, M. y Bardera Mora, M. P. (2013) *Programación de la Preparación Psicológica*. Revista Ejército. N. 863. 42-48  
<https://www.ucm.es/data/cont/docs/1091-2015-05-20-Programaci%C3%B3n%20de%20la%20preparaci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica.pdf>
- Goldstein, A., McGinnis, E., Sprafkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. (1997). *New strategies and perspectives for teaching prosocial skills*. Estados Unidos: McNaughton & Gunn.
- Goldstein, A., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989) *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Martínez Roca S. A.
- Hernández Chang, A. (2016) *Aplicación de un programa de entrenamiento sociopsicológico para el desarrollo de roles en el equipo*. Revista Psicología Científica.com 2(11).  
<https://www.psicologiacientifica.com/programa-entrenamiento-sociopsicologico-roles-equipo/>
- Hernández Sampieri, R. (2014) *Metodología de la investigación*. McGrawHill.  
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

- Hidalgo, C. y Abarca, N. (1992). *Comunicación Interpersonal. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Ibarra, M. (2020) *Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: un análisis psicosocial en niños de 6 a 8 años en la ciudad de Victoria de Durango*. [Tesis de maestría, Universidad Juárez del Estado de Durango] Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Instituto Salamanca (2019) *Habilidades sociales: definición y delimitación del concepto*. Instituto Salamanca.  
<https://institutosalamanca.com/blog/habilidades-sociales-definicion-delimitacion/>
- Izuzquiza, D. y Ruiz, R. (2012). *Tú y yo aprendemos a relacionarnos Programa para la enseñanza de las habilidades sociales en el hogar. Manual para familias de niños entre 5 y 10 años*. Fundación Prodis y Down España.
- Koonce, D. A., Cruce, M. K., Aldridge, J. O., Langford, C. A., Sporer AK, Stinnett T. A. (2004) *The ADHD label, analogue methodology, and participants' geographic location on judgments of social and attentional skills*. Psychol Sch 2004; 41: 221-34
- Labrador, J. (1993). *Manual de Técnicas de Modificación de Terapia de la Conducta*. Pirámide.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Alianza.
- Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., y Puentes Roza, P. (2019). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años*. Pediatría Atención Primaria, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004&lng=es&tlng=es).



- Mayo Clinic. (2021). *El TDAH en niños*. Mayo Clinic. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adhd/diagnosis-treatment/drc-20350895>
- Medina, V. (2004) *Elaboración de programas de intervención frente a detección de problemas*. Medwave. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2795>
- Monroy Cornejo, S. H. (2009) *El Estudio De Caso: ¿Método o Técnica de Investigación?* Revista de la Asociación Mexicana de Metodología de la Ciencia y de la Investigación 1(1), 38-64 [http://www.ammci.org.mx/revista/pdf/Seccion%20metodologia%20de%20la%20ciencia%20\(1a%20parte\)/EstudiodeCasoMonroy.pdf](http://www.ammci.org.mx/revista/pdf/Seccion%20metodologia%20de%20la%20ciencia%20(1a%20parte)/EstudiodeCasoMonroy.pdf)
- Obando Ramírez, L., & Parrado Corredor, F. (2015). *Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía*. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 8(1), 51- 61 <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5295907.pdf>
- Orientación Andujar (2018) *TEST ESCALA Cuestionario de habilidades sociales editable*. Orientación Andujar. Disponible en: <https://www.orientacionandujar.es/2018/04/25/test-escala-cuestionario-de-habilidades-sociales-editable/>
- Oxford Languages. (s.f.) *Entrenamiento*. Definición Oxford Languages <https://www.lexico.com/es/definicion/entrenamiento>
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A., & Fernández-Mayoralas, D. M. (2009). *Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Rev neurol, 48(Supl 2), S107-11. <http://www.afantdah.org/images/stories/Documentacion/habilidadessociales.pdf>
- Pincheira Ramírez, N. (2020) *La importancia de las emociones*. Centro Salud Alianza. <https://www.centroalianza.cl/blog/importancia-emociones#:~:text=Las%20emociones%20cumplen%20una%20funci%C3%B3n,de%20decisiones%20ante%20diferentes%20situaciones.>

- Roca, E. (2018) *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Programa de asertividad autoestima e inteligencia emocional. Titivillus
- Rodríguez, L., Cacheiro, M. & Gil, J. (2014). *Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes mexicanos de preparatoria a través de actividades virtuales en la plataforma moodle*. Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, 15(3), 149-171 ISSN: .  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=201032662009>
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer
- Schultz, D. P. y Schultz, S. E. (2011) *A History of Modern Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning.  
[https://mega.nz/file/ohxRCTwQ#oaTfju6n1bRC9Ei\\_xrV3nQE5xyxPG9fAPK\\_TSuIpe6Q](https://mega.nz/file/ohxRCTwQ#oaTfju6n1bRC9Ei_xrV3nQE5xyxPG9fAPK_TSuIpe6Q)
- Shirin Hasan, M. A. (2020a) *TDAH*. KidsHealth.  
<https://kidshealth.org/es/parents/adhd.html>
- Shirin Hasan, M. A., (2020b) *La crianza de un adolescente con TDAH*. KidsHealth.  
<https://kidshealth.org/es/parents/parenting-teen-adhd.html>
- Torales, J. et al. (2017) *Modelos explicativos en psiquiatría*. Revista Científica de la UCSA, (Vol.4 N.º3) Diciembre: 59-70
- Unicef (2020) *¿Qué es la adolescencia?* Unicef.  
<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia#:~:text=%C2%BFDe%20qu%C3%A9%20edad%20a%20qu%C3%A9,los%2010%20y%2019%20a%C3%B1os.>
- Vásquez, J., Barrios I. y Moreno, M. (2017). *Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Editorial Shoshana Berenzon.  
[http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2409-87522017000300059](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2409-87522017000300059)
- Vila, S. (2008). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo Conductual*.  
[http://paidopsiquiatría.cat/files/enfoque\\_cognitivo\\_coductual.pdf](http://paidopsiquiatría.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf)

# ANEXOS

## Anexo 1. Oficio de autorización de implementación del programa de entrenamiento



### INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008  
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011  
Clave de Incorporación UNAM 8967-25



SUR 31 N° 272 TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

Orizaba, Ver. A 26 de enero 2022

IESV/PSIC. /059/2022

Asunto: solicitud de Aplicación Metodológica de Tesis.

**C. LETICIA FLORES GOMEZ  
COORDINADORA DEL VOLUNTARIADO Y  
VINCULACIÓN ACADÉMICA  
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL ORIZABA (CRIO)**

La que suscribe Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón. Directora Técnica de la licenciatura en Psicología, tiene a bien solicitar, permita al alumno del 8º. Semestre **Velásquez Montero David Jonathan**, implementar actividades de entrenamiento con el adolescente con TDAH, con el que previamente ha estado trabajando.

Los resultados obtenidos y la interpretación forman parte de la metodología, planteada para la Tesis del alumno antes citado, la cual lleva como título "Entrenamiento de Habilidades Sociales en un Adolescente con TDAH.

Estas actividades, tienen como objetivo "Mejorar las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en un adolescente con TDAH"

Las mismas se estarán realizando de manera presencial, los jueves a partir del 27 enero y culminarán 14 de abril del año en curso, en un horario de 12:00 a 13:00 horas. Cabe hacer mención que el trabajo a realizarse, cuenta con la autorización de los padres de familia del adolescente y de usted como digna coordinadora de CRIO.

Sin más por el momento agradezco la atención al presente, quedando a sus órdenes ante cualquier comentario.

  
**Centro Integral Orizaba, A.C.**  
Vinculación Académica  
RFC: CIO010728I45

Atentamente.

  
Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón  
Directora Técnica



## Anexo 2. Consentimiento informado firmado por la madre del sujeto de investigación



### INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ

Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011  
Clave de Incorporación UNAM 8967-25  
SUR 31 N° 272  
TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Orizaba Ver a 27 de enero de 2022

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE TESIS

Por medio de la presente solicitamos su consentimiento para su participación y la de su hijo(a), en la aplicación de "PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES", como proyecto de tesis de la Facultad de Psicología.

El aplicador concretará con usted las fechas y hora de las sesiones, es necesario la puntualidad y compromiso por ambas partes.

Les pedimos su aprobación para participar en las sesiones y poder tomar evidencia fotográfica (y de ningún otro tipo habido y por haber) durante las mismas, con el fin de facilitar el aprendizaje por parte del alumno para el posterior análisis de los resultados.

La información recabada es de carácter confidencial. Cualquier información que pudiera llevar a su identificación no podrá ser divulgada en ningún medio habido y por haber.

Esta actividad está supervisada por los docentes encargados del proyecto de investigación.

Nombre del menor participante:

*Mario*

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante y Firma

*Maria*

Nombre del Aplicador y Firma

*David Jonathán Velásquez Montero*

Observaciones:

---

---

---

Muchas gracias por su participación.

### Anexo 3. Escala de Evaluación de Habilidades Sociales (Test)

#### LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: Mario ..... Edad: 15 .....  
 Año de estudio: 3º de sec ..... Centro Educativo: .....

#### INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son validas.

Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.

Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.

Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.

Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.

Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

Items	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?	1	2	3	4	5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?	1	2	3	4	5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?	1	2	3	4	5
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?	1	2	3	4	5
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre sí?	1	2	3	4	5
8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?	1	2	3	4	5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5

12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?	1	2	3	4	5
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?	1	2	3	4	5
14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?	1	2	3	4	5
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?	1	2	3	4	5
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?	1	2	3	4	5
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?	1	2	3	4	5
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?	1	2	3	4	5
21. ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?	1	2	3	4	5
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?	1	2	3	4	5
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?	1	2	3	4	5
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?	1	2	3	4	5
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?	1	2	3	4	5
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?	1	2	3	4	5
27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cual es su postura?	1	2	3	4	5
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?	1	2	3	4	5
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?	1	2	3	4	5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	1	2	3	4	5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?	1	2	3	4	5
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?	1	2	3	4	5
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2	3	4	5
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3	4	5
35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?	1	2	3	4	5
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?	1	2	3	4	5

37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?	1	2	3	4	5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	1	2	3	4	5
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen?	1	2	3	4	5
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?	1	2	3	4	5
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?	1	2	3	4	5
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?	1	2	3	4	5
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?	1	2	3	4	5
44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?	1	2	3	4	5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?	1	2	3	4	5
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?	1	2	3	4	5
48. ¿Determina de forma realista cual de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?	1	2	3	4	5
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?	1	2	3	4	5
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?	1	2	3	4	5



## Anexo 4. Escala de Evaluación de Habilidades Sociales (Re-test)

### LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: Manlio ..... Edad: 15 .....  
 Año de estudio: 3º ..... Centro Educativo: .....

#### INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son validas.

Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.

Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.

Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.

Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.

Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

Items	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?	1	2	3	4	5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?	1	2	3	4	5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?	1	2	3	4	5
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?	1	2	3	4	5
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre si?	1	2	3	4	5
8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?	1	2	3	4	5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5

12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?	3	1	2	3	4	5
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?	3	1	2	X 3	4	5
14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?	3	1	2	3	4	5
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?	2	1	2	3	4	5
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?	2	1	2	3	4	5
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?	3	1	2	3	4	5
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?	2	1	2	3	4	5
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?	3	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?	1	1	2	3	4	5
21. ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?	2	1	2	3	4	5
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?	3	1	2	3	4	5
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?	2	1	2	3	4	5
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?	3	1	2	3	4	5
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?	3	1	2	3	4	5
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?	2	1	2	3	4	5
27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cual es su postura?	2	1	2	3	4	5
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?	1	1	2	3	4	5
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?	3	1	2	3	4	5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	2	1	2	3	4	5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?	4	1	2	3	4	5
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?	3	1	2	3	4	5
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?	3	1	2	3	4	5
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	2	1	2	3	4	5
35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?	3	1	2	3	4	5
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?	2	1	2	3	4	5

37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?	2	1	2	3	4	5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	2	1	2	3	4	5
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen?	2	1	2	3	4	5
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?	3	1	2	3	4	5
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?	3	1	2	3	4	5
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?	5	1	2	3	4	5
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?	3	1	2	3	4	5
44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?	3	1	2	3	4	5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?	2	1	2	3	4	5
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?	3	1	2	3	4	5
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?	4	1	2	3	4	5
48. ¿Determina de forma realista cual de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?	3	1	2	3	4	5
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?	3	1	2	3	4	5
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?	2	1	2	3	4	5

## Anexo 5. Entrevista realizada a la madre del sujeto



Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz



Formato de entrevista inicial con padres

### 1.- Datos generales

- Nombre: Mario [redacted]
- Sexo: (M)F
- Edad: 15 años 5 meses
- Fecha de nacimiento: 21/06/2006
- Grado escolar: 3° secundaria Escuela: no estudia actualmente
- Domicilio: Tehuacán, Puebla

### 2.- Historia familiar

- Padre: Mario [redacted] Edad: 39
- Ocupación: Mecánico
- Relación con el hijo: Mala

- Madre: María [redacted] Edad: 44
- Ocupación: Amo de casa
- Relación con el niño: buena
- Relación entre la pareja: Buena

- Hermanos (as): 1
- Lugar que ocupa entre los hermanos (as): Mayor
- Edad y sexo:  
Mujer, 14 años

- Antecedentes familiares (médicos, psiquiátricos, tóxicos):  
Ninguno

- Dinámica familiar:  
La relación de px con la hermana es distante, con el padre es mala, mientras que hay relación cercana con la madre.

- Personas con las que vive:  
Madre, padre y hermana



3.- Historia personal

Antecedentes:

- Embarazo: 9 meses
- Hijo deseado: Si / No
- Dificultades prenatales (médicas, psicológicas, riesgo o intentos de aborto):  
La madre presentó sangrado a los 3 meses de gestación

Periodo perinatal:

- Parto: Cesárea Duración: 2 horas aprox.
- Peso al nacer: desconocido Talla: desconocida
- Complicaciones durante el parto:  
Ninguna

4.- Antecedentes Escolares:

- Nivel escolar: 3º secundaria
- Escuela: No estudia actualmente.
- Observaciones:  
Durante la primaria hubo quejas por parte de sus maestros porque no concluía con sus actividades en clase, asimismo, presentaba diferentes dificultades en las evaluaciones periódicas. En alguna ocasión, presentó enuresis debido a que tuvo pena para pedir permiso de ir al baño. También le era difícil recordar los nombres de sus compañeros.

5.- Historia clínica:

Estudios: EEG

Tratamiento farmacológico: Alpha Lipoico /vitamina D y metilfenidato 10 mg

Antecedentes:

En primaria fue evaluado por personal de psicología, con hallazgo de rasgos de TDAH, posterior.



mente, asistió a la institución CRIB, ubicada en Tehuacán, Puebla para ser evaluado y llevar terapia, sin embargo, no consiguieron cupo. En CRIB fue evaluado por neurología y diagnosticado con TDAH.

Observaciones adicionales:

El área de socialización es de las más afectadas, siendo desento por la madre como poco sociable y tímido desde que era un infante.

Entrevistador: P. Psic. David Jonathan Velásquez Montero

  
Firma

## Anexo 6. Carta descriptiva sesión no. 1 del PEHS

Nombre del programa:		"PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES"						
<b>Descripción de la Población:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989).							
PLANEACIÓN								
<b>No. de sesión:</b>	1	<b>No. de etapa:</b>	1	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	27/01/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto reconozca las principales emociones a través del recordatorio de experiencias vividas anteriormente.							
Nombre de la actividad	Desarrollo					Tiempo	Recursos	
<b>Introducción</b> Saltando emociones	El instructor colocará una cuerda en el suelo de tal manera que forme una línea recta, de un lado pondrá las hojas de "alegría" y "miedo" y del otro lado "triste" y "enojado". Indicando que al nombrarse una de las emociones, el sujeto deberá de colocarse del lado de la cuerda en el que ésta se ubique. El instructor comenzará con la lectura del cuento, de modo que, al ser nombrada una emoción, el sujeto deberá ubicar hacia qué lado posicionarse, procurando no pisar el lado incorrecto. Poco a poco, el instructor irá aumentando la velocidad del relato para dinamizar más la actividad y elevar su dificultad, de acuerdo a la respuesta del sujeto.					15 minutos	-Una cuerda de 1 metro y medio aprox. -4 hojas que muestren un dibujo cada una de las emociones alegría, miedo, tristeza y enojo. -Cuento adaptado para la actividad.	
<b>Desarrollo</b> Memorama de emociones	Sobre una mesa se deben designar 6 espacios distintos donde cada uno tenga escrito el nombre de una de las 6 emociones, el espacio deberá ser suficiente para que quepan todos los dúos de tarjetas. Después, se colocarán en el suelo las 6 diferentes parejas de emociones en posición boca abajo, de tal modo que no pueda verse qué emoción contiene cada una, posteriormente deberán revolverse y acomodarse. Entre el sujeto y el instructor deberán tratar de encontrar cada uno de los pares y colocarlos en el espacio que el sujeto considere le corresponda. Al hallar un nuevo par, el sujeto deberá mencionar qué le evoca dicha emoción y después colocarla en el espacio correspondiente sobre la mesa.					35 minutos	-6 pares de tarjetas tamaño carta que contengan una emoción diferente cada una representada por una imagen. -6 letreos diferentes con el nombre de las emociones contenidas en las tarjetas.	
<b>Cierre</b> Calendario de emociones	El instructor le proporcionará una hoja al sujeto con un total de 28 espacios (correspondiente al mes de febrero) con forma de estrella que deberán ser rellenados mediante un código de colores, incluido en la misma hoja, donde cada color corresponda a una emoción distinta. En ese momento, el sujeto comentará cómo se siente en ese momento. Y procederá a rellenar la hoja en días posteriores de acuerdo a la fecha correspondiente.					10 minutos	-Hoja de actividad -Lápices de colores.	
Desarrollo de la sesión								
Actividad	Observaciones							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> el sujeto mostró disposición durante toda la actividad y serió la mayor parte del tiempo. <b>Dificultades presentadas:</b> no se logró conseguir una cuerda. <b>Adaptaciones:</b> ante la falta de material, se optó por utilizar como referencia las líneas del suelo.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición y atención a las indicaciones, incluso manifestando alegría por momentos. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada a lo largo de los días restantes. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							

## Anexo 7. Carta descriptiva sesión no. 2 del PEHS

Nombre del programa:		"PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES"						
<b>Descripción del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989)							
PLANEACIÓN								
<b>No. de sesión:</b>	2	<b>No. de etapa:</b>	2	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	10/02/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto identifique las características de los 3 diferentes estilos de comunicación: asertiva, pasiva y agresiva.							
Nombre de la actividad	Desarrollo				Tiempo	Recursos		
<b>Introducción</b> El ahorcado	El instructor realizará junto con el sujeto el conocido juego del ahorcado, para ello, el sujeto deberá adivinar, una por una, las palabras "asertivo", "pasivo" y "agresivo". El instructor iniciará dibujando en el pizarrón el número de espacios para cada letra de la primera palabra que elija. Seguido de esto, el sujeto deberá ir nombrando letras, tratando de adivinar aquellas que integran la palabra en cuestión. Una vez que se logre adivinar la palabra, se pasará a la siguiente, así sucesivamente hasta lograr adivinar las 3 palabras mencionadas.				10 minutos	-Un pizarrón o cartulina -Un plumón de punta gruesa		
<b>Desarrollo</b> Role playing	El instructor iniciará explicando brevemente las características de la comunicación asertiva, pasiva y agresiva respectivamente. Después de esto, le pedirá al sujeto que acomode las características y la imagen acorde a cada tipo de comunicación en la cartulina de acuerdo a lo previamente expuesto. Una vez acomodado todo correctamente, el instructor le dirá al sujeto un ejemplo de una situación en la que deba representar cómo sería una respuesta de cada uno de los tipos de comunicación, para ello será importante recalcar la importancia del lenguaje verbal, pero también del lenguaje corporal. Conforme el sujeto realice las representaciones, el instructor le brindará una retroalimentación sobre lo llevado a cabo.				35 minutos	-Una cartulina o pizarrón. -Letreros con características de cada uno de los tipos de comunicación. -1 imagen representativa de cada tipo de comunicación.		
<b>Cierre</b> Reflexión	En una hoja, el sujeto deberá responder las siguientes preguntas basándose en el aprendizaje logrado durante la sesión: - Cuando digo cómo me siento soy... (asertivo, pasivo o agresivo) - Cuando digo cómo me siento me gustaría ser... (asertivo, pasivo o agresivo). Finalmente, el instructor y el sujeto comentarán al respecto de las respuestas dadas.				15 minutos	-Hoja de la actividad -Lápiz o lapicero		
Desarrollo de la sesión								
Actividad	Observaciones							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> el sujeto mostró disposición durante toda la actividad y mantuvo una actitud entusiasta. <b>Dificultades presentadas:</b> la palabra "asertivo" fue la más complicada, dado que el sujeto mencionó que desconocía este término, sin embargo, se le explicó el significado a fin de que pudiera comprender el porqué de su uso. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición y atención a las indicaciones, así como interés en aclarar sus dudas. <b>Dificultades presentadas:</b> el sujeto se mostró cohibido por momentos, en especial al inicio del role-playing, sin embargo, esto no impidió que pudiera realizar por completo la actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							



## Anexo 8. Carta descriptiva sesión no. 3 del PEHS

<b>Nombre del programa:</b>	<b>“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES”</b>							
<b>Descripción del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989)							
<b>PLANEACIÓN</b>								
<b>No. de sesión:</b>	3	<b>No. de etapa:</b>	2	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	17/02/2022	<b>Tiempo estimado:</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto logre identificar la correcta expresión de sus emociones mediante los estilos de comunicación asertiva, pasiva y agresiva.							
<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Desarrollo</b>				<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>		
<b>Introducción</b> Pictionary	El sujeto sacará un papelito del bote, de acuerdo a la palabra obtenida, deberá representarla mediante un dibujo en una hoja blanca, mientras que el instructor tratará de adivinar a qué palabra se refiere. Después de esto, deberán invertirse los roles, ahora el instructor deberá intentar representar mediante un dibujo la palabra que obtenga del papel escogido y el sujeto intentará saber de qué palabra se trata. Así se realizará hasta acabar el total de papelitos en el bote.				15 minutos	-Un bote de plástico pequeño -Un plumón, lápiz o lapicero. -Hojas blancas -Papelitos doblados que incluyan palabras relacionadas con las emociones.		
<b>Desarrollo</b> El dado de las emociones	El sujeto iniciará lanzando el dado, de acuerdo con el número que resulte, se elegirá la situación de la lista con su respectiva numeración. Una vez hecho esto, el sujeto deberá sacar un papelito del bote y el que salga deberá ser el estilo en el que tendrá que representar su posible respuesta según la situación que le haya resultado al tirar el dado (pasivo, agresivo, asertivo). El instructor deberá de ir realizando la respectiva retroalimentación destacando los aciertos y haciendo observaciones sobre cómo mejorar en los fallos para lograr una mejor expresión de acuerdo con el estilo que haya resultado en el papelito.				35 minutos	-Un dado -Lista de situaciones desafiantes -3 papelitos doblados con las palabras “asertivo”, “pasivo” y “agresivo”		
<b>Cierre</b> Reflexión	El sujeto deberá redactar en una hoja blanca, algún ejemplo en el cual haya recurrido a la expresión asertiva de sus emociones, uno de manera pasiva y uno de manera agresiva. Al finalizar, el instructor comentará junto con él al respecto de estos ejemplos.				10 minutos	-Hoja de la actividad -Lápiz o lapicero		
<b>Desarrollo de la sesión</b>								
<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>							
<b>Introducción</b>	<p><b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada.</p> <p><b>Actitud del sujeto:</b> el sujeto mostró disposición durante toda la actividad y con notoria alegría ante ella.</p> <p><b>Dificultades presentadas:</b> en un inicio no se podía iniciar la actividad debido a que el sujeto mencionó que no sabía dibujar muy bien, sin embargo, se le incentivó a que se sintiera con la confianza adecuada para comenzar.</p> <p><b>Adaptaciones:</b> no se requirieron adaptaciones para esta actividad.</p>							
<b>Desarrollo</b>	<p><b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada.</p> <p><b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés durante toda la sesión, de igual manera, por momentos manifestaba mayor timidez.</p> <p><b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad.</p> <p><b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.</p>							
<b>Cierre</b>	<p><b>Realización de la actividad:</b> el sujeto no logró concluir con la actividad por cuestiones de tiempo.</p> <p><b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés en todo momento.</p> <p><b>Dificultades presentadas:</b> el tiempo restante no fue suficiente para terminar la actividad.</p> <p><b>Adaptaciones:</b> debido a las circunstancias mencionadas, se acordó avanzar lo máximo posible y culminar la actividad al inicio de la siguiente sesión.</p>							

## Anexo 9. Carta descriptiva sesión no. 4 del PEHS

<b>Nombre del programa:</b>	<b>“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES”</b>						
<b>Descripción del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022 Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989)						
<b>PLANEACIÓN</b>							
<b>No. de sesión:</b>	4	<b>No. de etapa:</b>	2	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	24/02/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero						
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto logre identificar la correcta expresión de sus emociones mediante los estilos de comunicación asertiva, pasiva y agresiva.						
<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Desarrollo</b>				<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	
<b>Introducción</b> Continuación	El sujeto deberá concluir la última actividad de la sesión anterior con el fin y comentar con el instructor el porqué de los ejemplos elegidos, así como su relevancia para él.				15 minutos	-Hoja de la sesión #3	
<b>Desarrollo</b> Pensamiento, emoción y acción	El sujeto deberá llenar una tabla donde deberá enlistar 6 situaciones en las que sintió una emoción diferente, y de cada una de ellas responder a las preguntas: ¿Qué pasó?, ¿Qué hiciste?, ¿Qué dijiste?, ¿Qué pensaste?, ¿Qué cambiarías de tu forma de reaccionar? Al terminar de llenar la tabla, el instructor comentará sobre la importancia y relación entre lo que sentimos, lo que pensamos y lo que hacemos, de acuerdo a lo contenido en la tabla.				35 minutos	-Hoja con la tabla para responder	
<b>Cierre</b> Reflexión	El sujeto comentará junto con el instructor acerca de los respondido en la tabla y qué piensa al respecto de su actuar durante esas situaciones.				10 minutos	-N/A*	
<b>Desarrollo de la sesión</b>							
<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>						
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> el sujeto mostró disposición en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> resultó un poco complicado para el sujeto al inicio puesto que no recordaba totalmente lo revisado en la sesión anterior. <b>Adaptaciones:</b> se requirió de una breve recapitulación acerca de lo visto en la sesión #3. La actividad requirió más tiempo de lo planeado.						
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto no logró terminar la actividad por cuestiones de tiempo. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> el tiempo restante de la sesión no fue suficiente para concluir la actividad. <b>Adaptaciones:</b> se acordó terminar la actividad en casa.						
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto no logró realizar la actividad por cuestiones de tiempo. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> el tiempo restante no fue suficiente para lograr pasar a esta actividad, por lo cual no pudo ser llevada a cabo. <b>Adaptaciones:</b> debido a las circunstancias mencionadas, se acordó omitir esta actividad y retomarla en la próxima sesión.						

## Anexo 10. Carta descriptiva sesión no. 5 del PEHS

<b>Nombre del programa:</b>	<b>“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES”</b>							
<b>Descripción del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989)							
<b>PLANEACIÓN</b>								
<b>No. de sesión:</b>	5	<b>No. de etapa:</b>	2	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	03/03/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el alumno logre consolidar sus conocimientos acerca de la expresión asertiva de las emociones mediante situaciones que le permitan familiarizarse más con este estilo de comunicación.							
<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Desarrollo</b>					<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	
<b>Introducción</b> Recapitulación	Tomando como base lo realizado en casa de la actividad encargada en la sesión 4, el instructor comentará con el sujeto algunos puntos acerca de la misma, tales como: ¿Te resultó fácil?, ¿Hubo algún punto que te resultara más difícil que el resto?, ¿Cómo te sentiste al realizarlo?, ¿Fue fácil recordar un momento específico para cada una de las emociones solicitadas? De acuerdo con lo respondido por el sujeto, el instructor dará la correspondiente retroalimentación.					20 minutos	-Hoja de actividad de la sesión #4	
<b>Desarrollo</b> ¿Qué pasó con Alex?	El instructor iniciará leyendo la lectura titulada “¿Qué pasó con Alex?”. Posteriormente, el sujeto dará respuesta de manera verbal a las preguntas que se planteen por el instructor. Así mismo, se dará respuesta al apartado de “¿qué hago?” y “¿qué pienso?”. Para cerrar esta actividad, el sujeto deberá preparar un breve diálogo acerca de cómo resolvería la problemática si estuviese en el lugar de Alex o cómo resolvería una situación real que le haya ocurrido o que pudiese ocurrir. Con ayuda del instructor, lo representará mediante la técnica de role-playing.					30 minutos	-Lectura “¿Qué pasó con Alex?” -Hoja de actividad con las preguntas	
<b>Cierre</b> Retroalimentación	Con base en lo realizado por el sujeto durante la actividad anterior, el instructor dará una retroalimentación resaltando los aciertos del sujeto y haciendo observaciones sobre cómo mejorar aquellos puntos en que falló, guiándolo hacia una mejor expresión de sus emociones mediante un estilo de comunicación asertivo.					10 minutos	-N/A*	
<b>Desarrollo de la sesión</b>								
<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada, aunque no en el tiempo esperado. <b>Actitud del sujeto:</b> el sujeto mostró disposición durante toda la actividad, sin embargo, manifestó timidez al inicio. <b>Dificultades presentadas:</b> el sujeto mencionó que no tuvo el tiempo necesario para concluir en casa con lo encargado. <b>Adaptaciones:</b> debido a las dificultades presentadas, la actividad debió posponerse unos minutos pues primero era necesario terminar de llenar la hoja de la actividad de la sesión #4.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés durante toda la sesión, manifestó que le daba pena realizar una representación actuada pero que lo intentaría a pesar de ello. <b>Dificultades presentadas:</b> requirió de un par de ensayos en total para poder realizar un role-playing con el que se sintiera satisfecho. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto no logró terminar la actividad de manera adecuada por cuestiones de tiempo. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés durante toda la actividad, además de manifestar interés a las observaciones realizadas por el instructor. <b>Dificultades presentadas:</b> la actividad se alargó demasiado, por lo que no logró terminarse durante la sesión. <b>Adaptaciones:</b> dadas las circunstancias mencionadas del tiempo, se encargó como actividad para terminar en casa.							

## Anexo 11. Carta descriptiva sesión no. 6 del PEHS

Nombre del programa:		"PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES"						
<b>Descripción del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989).							
PLANEACIÓN								
<b>No. de sesión:</b>	6	<b>No. de etapa:</b>	3	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	10/03/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto identifique las emociones vividas en momentos específicos de su vida, así como su respectivo comportamiento al momento y logre, con base en ello, estructurar una estrategia más adecuada para responder ante situaciones futuras que resulten similares.							
Nombre de la actividad	Desarrollo					Tiempo	Recursos	
<b>Introducción</b> Continuación	Tomando como base lo realizado en casa de la actividad encargada en la sesión 5, el sujeto explicará cada una de las áreas contestadas y cómo fue su experiencia al ir contestando, considerando los siguientes puntos: ¿Fue fácil o difícil realizar la actividad?, ¿Qué emoción representó mayor dificultad para mí? ¿Qué emoción representó menos dificultad para mí? Una vez respondido esto, el instructor le brindará una breve retroalimentación al respecto para poder enlazar con la siguiente actividad.					15 minutos	-Hoja de actividad de la sesión #5	
<b>Desarrollo</b> ¿Qué pasa cuando me enojo?	El instructor le dará al sujeto las tarjetas para llenarlas, las cuales deberán incluir espacio para responder a lo siguiente: "Hecho", "Emoción", "Comportamiento", "Adecuado o inadecuado" y "Nueva estrategia". Posteriormente, el sujeto tendrá entre 5 y 10 minutos para llenar cada una de ellas. Conforme se llene cada una de las tarjetas, ambos comentarán sobre el hecho citado y la estrategia más adecuada para una mejor expresión emocional en el respectivo caso, así con todas las tarjetas.					30 minutos	-3 tarjetas para rellenar -Lápiz o lapicero -Goma -Sacapuntas	
<b>Cierre</b> Retroalimentación	El sujeto deberá responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las situaciones que más me enojan?, ¿Es adecuada mi manera de comportarme al respecto? Finalmente, con apoyo del instructor, el sujeto deberá meditar y contestar la siguiente pregunta ¿De qué manera podría lograr una conducta más adecuada?					15 minutos	-N/A*	
Desarrollo de la sesión								
Actividad	Observaciones							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición durante toda la actividad. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés durante toda la actividad, además de mostrar interés ante las indicaciones. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							

## Anexo 12. Carta descriptiva sesión no. 7 del PEHS

Nombre del programa:		"PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES"						
<b>Descripción del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general del programa:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989).							
PLANEACIÓN								
<b>No. de sesión:</b>	7	<b>No. de etapa:</b>	3	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	17/03/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Consolidar en el sujeto la habilidad de identificar las emociones de terceras personas a través de actividades que contengan ejemplos de casos en los que se pueda trabajar sobre el tema.							
Nombre de la actividad	Desarrollo				Tiempo	Recursos		
<b>Introducción</b> Lo que pienso, actúo y siento	El instructor le presentará al sujeto una serie de bolas de papel acomodados en una parte específica del suelo, a un metro y medio, aproximadamente se encontrarán 3 cestos diferentes con un letrero distinto cada uno, en los cuales deberá estar escrito: "Lo que pienso", "Lo que siento" y "Lo que hago". A la indicación del instructor, el sujeto deberá desenvolver una de las bolas de papel y leer qué es lo que dice, luego, deberá regresarla a su forma original y, según su criterio, tratar de encestarla en el cesto que corresponda. Hecho esto, deberá realizar lo mismo con el resto de bolas de papel. Al concluir la actividad, el instructor revisará con el sujeto la relación entre los 3 puntos descritos en los nombres de cada bote.				20 minutos	-9 hojas de papel dobladas como bola que incluyan: 3 emociones, 3 pensamientos y 3 acciones respectivamente -3 cestos diferentes		
<b>Desarrollo</b> Emociones de película	El instructor le dará una hoja al sujeto dónde se incluirán las preguntas "¿Qué pasó?", "¿Qué emociones sintieron los personajes?" y "¿Cómo lo noté?", estas preguntas se repetirán varias veces de acuerdo con lo requerido. El instructor le mostrará al sujeto un video titulado "Actividad. Reconociendo las emociones en escenas de películas. Educación emocional" donde se mostrarán diferentes escenas de varias películas en las cuales el sujeto deberá de basarse para responder las preguntas de la hoja dada al inicio.				30 minutos	-Celular o computadora para reproducir el video -Hoja correspondiente a la actividad		
<b>Cierre</b> Retroalimentación	De acuerdo con la actividad anterior, el instructor realizará junto con el sujeto un análisis de las respuestas dadas, así como su relación con las pautas de la primera actividad: pensamientos, emociones y acciones.				10 minutos	-N/A*		
Desarrollo de la sesión								
Actividad	Observaciones							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de forma adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró dispuesto y con gran entusiasmo durante toda la actividad. <b>Dificultades presentadas:</b> no se presentó ninguna dificultad durante la actividad. <b>Adaptaciones:</b> por cuestiones ajenas a este proyecto, sólo se contó con un bote para encestar, por lo cual se estableció un orden para los 3 grupos de palabras, iniciando con pensamientos, siguiendo con sentimientos y terminando con acciones.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de forma adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró interesado y atento en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> no se presentó ninguna dificultad durante la actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de forma adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró dispuesto y atento en todo momento. <b>Dificultades presentadas:</b> no se presentó ninguna dificultad durante la actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							

### Anexo 13. Carta descriptiva sesión no. 8 del PEHS

<b>Nombre del programa:</b>	<b>“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES”</b>							
<b>Características del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989).							
<b>PLANEACIÓN</b>								
<b>No. de sesión:</b>	8	<b>No. de etapa:</b>	3	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	24/03/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto identifique las posibles emociones presentes en otras personas dadas diferentes situaciones, así como los pensamientos y conductas que pudieran derivarse de ello.							
<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Desarrollo</b>					<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	
<b>Introducción</b> Gato	El sujeto y el instructor jugarán “Gato”, de tal manera que cuando alguno de los dos pierda, tendrá que contar alguna anécdota en la que alguna persona haya experimentado una emoción por algo que él haya hecho, para ello, podrán elegir entre las siguientes emociones: alegría, tristeza, miedo, sorpresa, preocupación, desagrado, frustración o alguna otra que pueda resultar al momento y se adapte a la actividad.					15 minutos	-Dos plumones -Un pizarrón	
<b>Desarrollo</b> ¿Qué pasaría si...?	El instructor le mostrará al sujeto una lista de situaciones en las que se expresará un acontecimiento hipotético en que una persona conocida por él resulte afectada de una u otra manera. Posteriormente, el instructor le presentará una nueva lista, pero ahora de emociones variadas, tanto principales como secundarias. Seguidamente, el sujeto deberá elegir una de las situaciones y, en un pizarrón anotar cuáles serían las emociones que, a su consideración, la persona afectada experimentaría, igualmente, deberá ahora proponer un posible pensamiento y una acción o conducta que podría derivarse de la o las emociones elegidas. De este modo deberá procederse con el resto de las situaciones de la lista hasta culminar con todas o se termine el tiempo.					30 minutos	-Lista de situaciones -Lista de emociones -Plumones -Pizarrón	
<b>Cierre</b> Retroalimentación	Guiándose con lo realizado en la segunda actividad, el instructor y el sujeto llevarán a cabo un análisis al respecto, donde el sujeto deberá responder de forma verbal las siguientes cuestiones: ¿Alguna vez han ocurrido situaciones similares?, ¿Había considerado antes lo que podía sentir la otra persona?, ¿Fue adecuada mi manera de actuar en esas situaciones?					15 minutos	-N/A*	
<b>Desarrollo de la sesión</b>								
<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto realizó de manera adecuada la actividad. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró dispuesto durante toda la actividad. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no requirieron adaptaciones para esta actividad.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto realizó de manera adecuada la actividad. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró dispuesto durante toda la actividad y atento a las indicaciones. <b>Dificultades presentadas:</b> en ocasiones el sujeto no conocía el significado de algunos términos que se referían a emociones o estados de ánimo, sin embargo, al explicárselos, logró comprenderlos fácilmente. <b>Adaptaciones:</b> se agregaron algunas emociones que no estaban incluidas en la lista original para ampliar el vocabulario disponible. No se pudo contar con el pizarrón en esta ocasión, por lo cual sólo se mencionaron las emociones posibles.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto realizó de manera adecuada la actividad. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró dispuesto y colaborativo durante la actividad. <b>Dificultades presentadas:</b> no presentó ninguna dificultad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirieron adaptaciones para esta actividad.							

## Anexo 14. Carta descriptiva sesión no. 9 del PEHS

<b>Nombre del programa:</b>	<b>“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES”</b>							
<b>Características del sujeto:</b>	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	<b>Número de sesiones:</b>	10 sesiones	<b>Total de horas:</b>	10 horas	<b>Periodo:</b>	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
<b>Objetivo general:</b>	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989)							
<b>PLANEACIÓN</b>								
<b>No. de sesión:</b>	9	<b>No. de etapa:</b>	4	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	05/04/2022	<b>Tiempo estimado</b>	60 min	
<b>Instructor:</b>	David Jonathán Velásquez Montero							
<b>Objetivo específico de la sesión</b>	Que el sujeto se apropie de las estrategias de escucha activa como parte del proceso de respuesta ante la expresión de las emociones provenientes de alguien más.							
<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Desarrollo</b>					<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	
<b>Introducción</b> Sopa de letras	El instructor le entregará al sujeto una hoja de tamaño doble carta donde venga una sopa de letras que incluya los principales elementos de la escucha activa, dentro los cuales se incluirán: “contacto visual”, “asentir”, “repetición”, “retroalimentación”, “no interrupción” y “aclaración”. Una vez concluida la sopa de letras, el instructor explicará la relación que guardan cada una de ellas con la escucha activa, así como el significado de este término.					15 minutos	-Una sopa de letras de tamaño doble carta -Un plumón	
<b>Desarrollo</b> ¿Me escuchaste?	El instructor leerá, una por una, 3 historias diferentes que representen anécdotas importantes para él, aclarando la relevancia que éstas tengan, mientras tanto el sujeto tendrá que mantener la mayor atención posible. Cuando se termine de leer la primera de las 3 historias, el instructor le presentará al sujeto 5 tarjetas con una palabra diferente cada una, de las cuales, 3 serán conceptos claves de su respectiva anécdota, entonces el sujeto tendrá que seleccionar las tarjetas correctas y descartar las 2 que no se relacionan con lo leído. Esto mismo deberá repetirse con cada una de las 3 anécdotas.					30 minutos	-3 historias escritas adecuadas a la actividad -15 tarjetas con conceptos de acuerdo a las historias	
<b>Cierre</b> Retroalimentación	El instructor dará una breve explicación sobre la importancia de escucha activa en el proceso de respuesta ante las acciones, emociones y pensamientos de otra persona hacia uno. Posteriormente, el sujeto hará una breve reflexión comentada basándose en la pregunta, “Cuando alguien me habla sobre lo que siente, ¿intento escucharlo adecuadamente?”.					15 minutos	-N/A*	
<b>Desarrollo de la sesión</b>								
<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> el sujeto mostró disposición durante toda la actividad y mantuvo una actitud entusiasta. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> se realizó la actividad haciendo uso de un escritorio, originalmente se había planeado en una superficie en vertical, sin embargo, por cuestiones de espacio se requirió adaptar.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés durante toda la sesión. <b>Dificultades presentadas:</b> únicamente hubo un par de errores en las palabras seleccionadas, sin embargo, con la retroalimentación adecuada, se realizó la corrección en ambas. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto logró terminar la actividad de manera adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición e interés durante toda la sesión. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió ninguna adaptación para esta actividad.							

## Anexo 15. Carta descriptiva sesión no. 10 del PEHS

Nombre del programa:		"PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES"						
Descripción del sujeto:	Adolescente de 15 años con Dx de TDAH	Número de sesiones:	10 sesiones	Total de horas:	10 horas	Periodo:	Inicio: 27/01/2022	Conclusión: 14/04/2022
Objetivo general del programa:	Desarrollar e implementar sesiones, basadas en el modelo cognitivo conductual, que permitan la consolidación de las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos en el sujeto, específicamente en 4 áreas: identificación de las emociones propias (etapa 1), expresión de las mismas (etapa 2), identificación de las emociones en otros (etapa 3) y cómo responder ante la expresión de las emociones de otros (etapa 4). (Goldstein, 1989).							
PLANEACIÓN								
No. de sesión:	10	No. de etapa:	4	Fecha(s) que comprende:	13/04/2022	Tiempo estimado	60 min	
Instructor:	David Jonathán Velásquez Montero							
Objetivo específico de la sesión	Que el sujeto asimile la importancia de la toma de decisiones bajo las circunstancias adecuadas y el riesgo de realizarlo de forma impulsiva, apoyándose en técnicas de relajación basadas en la respiración.							
Nombre de la actividad	Desarrollo				Tiempo	Recursos		
<b>Introducción</b> Calma y caos	Se presentará ante el sujeto, un recipiente de aproximadamente 3 litros de capacidad, lleno de agua y con arena al fondo. Seguidamente, el instructor le colocará 5 piedras pequeñas al fondo del recipiente y le pedirá al sujeto que las saque todas una por una. Una vez logrado esto, el instructor volverá a introducir las piedras y dará la misma indicación, pero ahora, deberá agitar el agua de tal manera que la arena que se encuentra al fondo, se levante, consiguiendo un aspecto turbio en el agua.				10 minutos	-Un recipiente de 3 litros -Agua -5 piedras pequeñas -Una toalla		
<b>Desarrollo</b> Respiro para pensar, pienso para actuar	Primeramente, el sujeto deberá pensar en una situación que recuerde en la cual se haya enojado mucho, posterior a ello, deberá responder las siguientes preguntas en una hoja: ¿Estás satisfecho con tu reacción?, ¿Crees que tu reacción fue proporcional con el acontecimiento que la provocó?, La consecuencia de tu reacción ¿empeoró o mejoró la situación?, ¿Qué has conseguido con esa reacción? Una vez respondidas las preguntas anteriores, instructor le indicará al sujeto que ahora trate de sentarse adecuadamente en su silla y que cierre sus ojos, que haga lo posible por recordar cómo toda aquella situación y qué ocurrió después con su reacción, seguidamente, el instructor le dará las indicaciones adecuadas para realizar una técnica de relajación mediante la respiración consciente. Al concluir el ejercicio de respiración, se procederá a explicar la importancia de mantener un pensamiento positivo y de tratar de distraer la mente respecto a lo ocurrido en situaciones que pudieran provocar emociones desagradables muy fuertes en nosotros. Al final, la situación deberá ser representada mediante el role-playing con la retroalimentación respectiva.				30 minutos	-1 hoja blanca -Lápiz -Goma		
<b>Cierre</b> Retroalimentación	Finalmente, se realizará una reflexión sobre la relación que tiene la primera actividad y la segunda, estableciendo la importancia de tener los pensamientos en claro y las emociones estabilizadas antes de decidir qué hacer al respecto. Asimismo, se hará una breve retroalimentación sobre lo que se vio durante el programa de entrenamiento y el cómo se ha sentido el sujeto con ello.				20 minutos	-N/A*		
Desarrollo de la sesión								
Actividad	Observaciones							
<b>Introducción</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto realizó de manera correcta la actividad y en el tiempo esperado. <b>Actitud del sujeto:</b> se mostró atento a las indicaciones e intrigado ante la actividad. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo dificultades durante esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirieron adaptaciones para esta actividad.							
<b>Desarrollo</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto realizó completamente la actividad, sin embargo, algunas indicaciones acerca de la postura corporal no fueron acatadas de manera adecuada en el primer ensayo, para esto se hicieron las correcciones adecuadas para repetir en un segundo ensayo. <b>Actitud del sujeto:</b> mostró disposición durante toda la actividad, expresando abiertamente las emociones que le provocaba recordar lo solicitado, tales como enojo y tristeza, del mismo modo, calma una vez que se realizó el ejercicio de respiración. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo ninguna dificultad en esta actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirió de ninguna adaptación para esta actividad.							
<b>Cierre</b>	<b>Realización de la actividad:</b> el sujeto completó la actividad de forma adecuada. <b>Actitud del sujeto:</b> manifestó calma en todo momento y se notó expresivo al mencionar los aprendizajes obtenidos del programa de entrenamiento. <b>Dificultades presentadas:</b> no hubo ninguna dificultad al realizar la actividad. <b>Adaptaciones:</b> no se requirieron adaptaciones de ningún tipo.							



**Anexo 16. Evidencia fotográfica de la sesión no. 1**

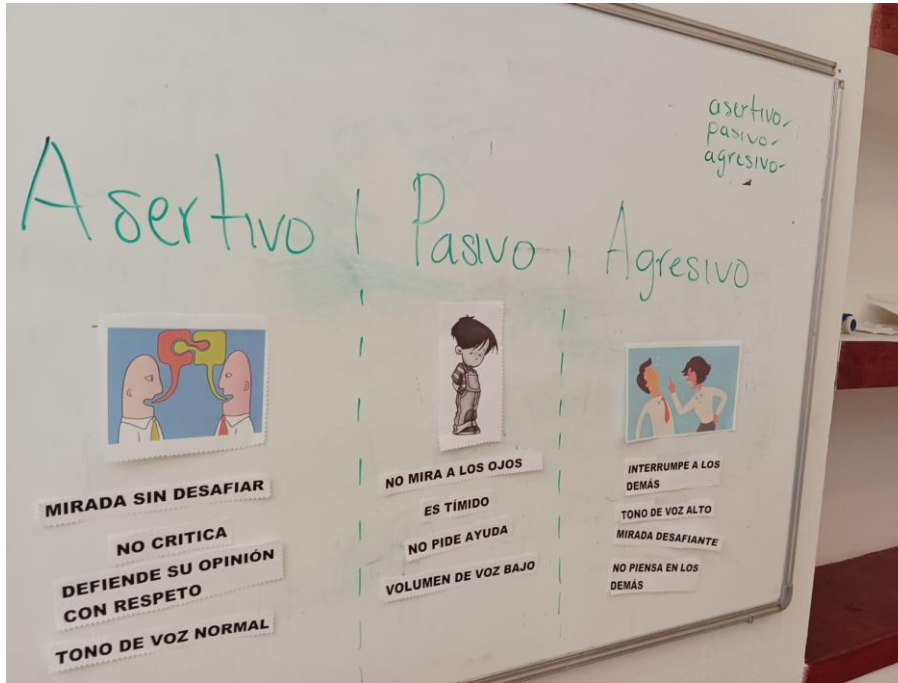


Todos los pares de emociones del memorama.

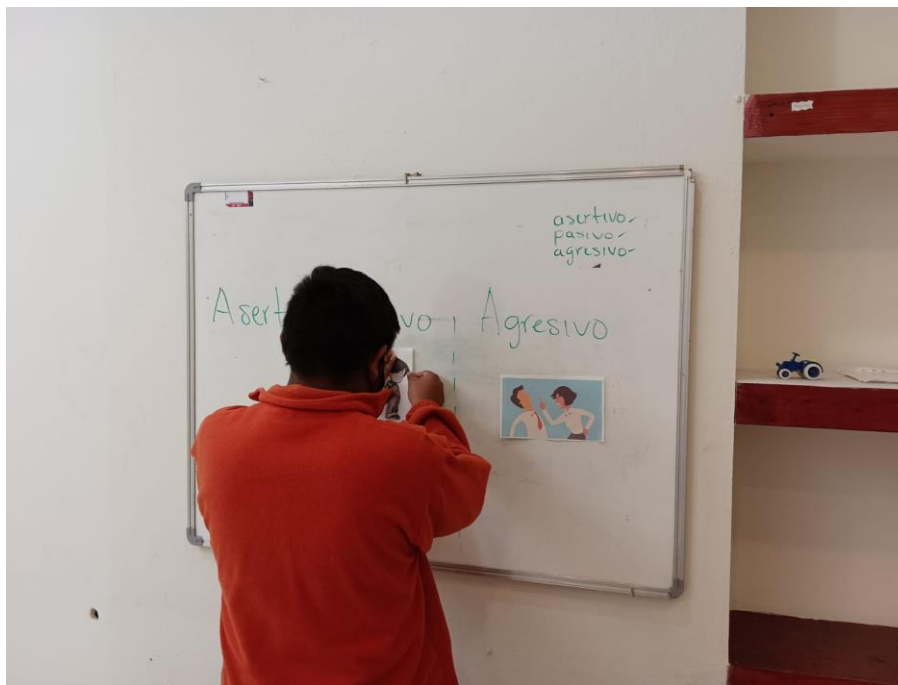


Inicio de la actividad de memorama.

Anexo 17. Evidencia fotográfica de la sesión no. 2



Características de los 3 tipos de comunicación.



Colocación de imágenes ilustrativas.

**Anexo 18. Evidencia fotográfica de la sesión no. 3**



Realización de dibujos de actividad Pictionary.

**Anexo 19. Evidencia fotográfica de la sesión no. 4**



Contestación de la primera actividad.

**Anexo 20. Evidencia fotográfica de la sesión no. 6**



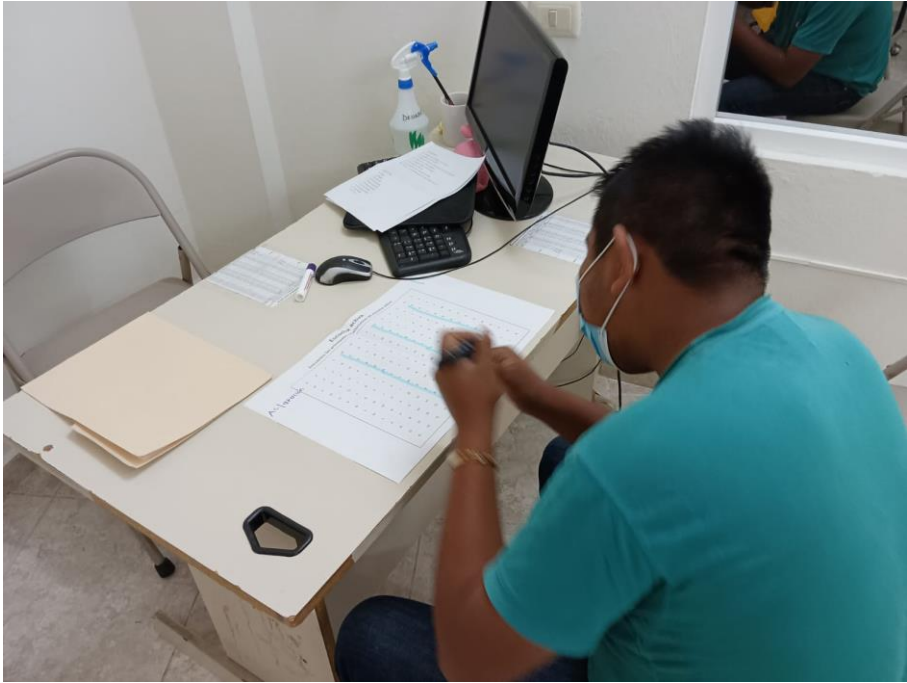
Llenado de la tabla de la segunda actividad.

**Anexo 21. Evidencia fotográfica de la sesión no. 7**



Desenvoltura de hojas de papel de primera actividad.

**Anexo 22. Evidencia fotográfica de la sesión no. 9**



Sopa de letras acerca de la escucha activa



Palabras para seleccionar de la segunda actividad

**Anexo 23. Evidencia fotográfica de la sesión no. 10**



Actividad de relajación basada en la respiración