



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ESCOLARES CON  
PROBLEMAS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO.**

**T E S I S  
Q U E P A R A O P T A R P O R E L G R A D O D E  
D O C T O R A E N P S I C O L O G Í A**

**PRESENTA**

**E D I T H R O M E R O G O D Í N E Z**

**TUTORA PRINCIPAL**

**DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**MIEMBROS DEL COMITÉ:**

**DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI  
FES ZARAGOZA, UNAM**

**DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ  
FES ZARAGOZA, UNAM**

**DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ  
FES ZARAGOZA, UNAM**

**DRA. MARÍA FORNS SANTACANA  
UNIVERSIDAD DE BARCELONA**

**MÉXICO, D.F. OCTUBRE, 2015.**



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.

## Dedicatorias

---

Dedico especialmente este trabajo a mi padre Jesús Romero por ser uno de los pilares más importantes en mi vida, su apoyo incondicional siempre me ha instigado a seguir adelante, perseguir mis sueños y superarme. Sus consejos siempre me ayudan a mantener los pies bien puestos en la tierra.

A mi madre Julieta que con su disciplina y cuidado me ayudó a formar carácter.

A mis hermanos Jesé y Fer por compartir la vida y brindarme su cariño, amistad y apoyo.

A mis grandes tesoros y soles de días nublados Yaretzi y Citlaltzin, sus sonrisas y alegría por la vida son mejor que un café por la mañana.

A toda mi familia, especialmente a Blanca González por su tiempo y apoyo.

A todos mis amigos y amigas que somos una gran familia, unos más lejos, otros más cerca, pero todos, siempre cerca del corazón, qué es la vida sin amigos!

## Agradecimientos

---

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi máxima casa de estudios, a la FES Zaragoza y Facultad de Psicología por formarme académica y profesionalmente en todos estos años; a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico DGAPA, UNAM por el apoyo por medio del proyecto PAPIIT IN305613-3.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de doctorado.

Un sincero agradecimiento a mi comité tutorial por darme el privilegio de aprender de ellas:

A la Dra. Emilia Lucio, con toda mi admiración, gracias por el apoyo, confianza y motivación para realizar esta investigación, su dirección fue la clave para cumplir con los objetivos planteados. Muchas gracias, además, por permitirme ser parte de un equipo de personas increíbles.

A la Dra. Guadalupe Acle, mi alta gratitud y estima por su apoyo, confianza y enseñanzas. Sus observaciones siempre han sido fundamentales para la corrección de estilo y continuar creciendo, muchas gracias por su tiempo y conocimientos.

A la Dra. Mirna García, por su confianza y sugerencias que contribuyeron a hacer un mejor trabajo.

A la Dra. Judith Salvador, por sus comentarios, amistad y solidaridad expresada durante el proceso del doctorado.

A la Dra. María Forns, con gran admiración, por sus puntuales observaciones y atinadas recomendaciones que enriquecieron el trabajo, por el tiempo dedicado, por compartir experiencias y conocimientos.

A la Mtra. Consuelo Durán, por su invaluable amistad, disposición y apoyo en el análisis estadístico de los datos.

A todo el equipo de trabajo, amigas y compañeras que con sus observaciones y motivación aminoraban los estragos: Ceci, Tere, Yadira, Andrea, Areli, Paola, Laura, Graciela, Paulina y en especial a Stella y Nubia quienes fueron un gran apoyo en el proceso de la intervención con los niños.

Un franco agradecimiento a las autoridades escolares, supervisores, directores y maestros. En especial a todos los niños y padres que con su participación hicieron posible el trabajo.

# Contenido

<b>Resumen</b>	
<b>Abstract</b>	
<b>Introducción</b>	III

## **Capítulo 1. Psicopatología del Desarrollo**

La psicopatología del desarrollo como un campo de estudio.	1
Surgimiento de la psicopatología del desarrollo.	3
Definición.	7
Principios básicos	9
Modelo de competencias y psicopatología del desarrollo.	12
Antecedentes y definición de competencias.	13
Competencia social.	17
Competencia académica.	18
Afrontamiento y psicopatología	22
Definición	23
Evidencia empírica sobre el uso de estrategias de afrontamiento	26

## **Capítulo 2. El niño en edad escolar y los problemas internalizados y externalizados.**

El desarrollo normativo en los años escolares.	32
Psicopatología infantil.	35
Sistemas de clasificación en psicopatología infantil.	36
Clasificaciones categoriales.	38
Limitantes y alcances	40
Clasificaciones dimensionales.	41
Limitaciones y alcances	44
Las dimensiones de problemas internalizados y externalizados.	45
Definición de problemas internalizados y externalizados.	45
Problemas internalizados	45
Problemas externalizados	46
Prevalencia	47
Trayectoria y continuidad de los problemas internalizados y externalizados	50
Trayectoria de los problemas internalizados.	51
Trayectoria de los problemas externalizados	51
Continuidad	52
Evidencia empírica sobre la continuidad de los problemas internalizados y externalizados en el desarrollo del niño en edad escolar.	53

### **Capítulo 3. Evaluación e Intervención temprana de los problemas internalizados y externalizados.**

La evaluación de niños con problemas internalizados y externalizados.	59
Escalas para problemas internalizados y externalizados	61
Sistemas de evaluación con formatos para padres y maestros	62
Sistemas de evaluación con formatos para padres, maestros y autoinforme.	65
Trabajos realizados en México	70
Intervención	74
Programas de intervención para los problemas internalizados y externalizados.	76
Resumen	79

### **Capítulo 4. Estrategia general de investigación**

Justificación	83
Objetivo general	85
Objetivos particulares	85
Objetivos específicos	86
Definición conceptual de variables	88
Definición operacional de variables	89
Método general	91
Contexto de la investigación	91
Participantes	91
Instrumentos	91
Procedimiento	91

### **Capítulo 5. Estudio 1**

#### **Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños**

Justificación	95
Objetivo	96
Fases del estudio	97
Fase exploratoria	97
Método	97
Resultados	100
Fase de piloteo	102
Método	102
Resultados	105
Fase de validación	110
Método	110
Resultados	111
Discusión	117

**Capítulo 6. Estudio 2**  
**Caracterización de Niños con Problemas Internalizados y Externalizados.**

Justificación	121
Objetivo	122
Método	122
Resultados	126
Discusión	142

**Capítulo 7. Estudio 3**  
**Propuesta de una Intervención para Escolares con Problemas Internalizados y Externalizados.**

Justificación	145
Objetivo	146
Hipótesis	147
Método	147
Resultados	152
Discusión	170

<b>Discusión</b>	174
------------------	-----

<b>Referencias</b>	186
--------------------	-----

**APÉNDICES**

**Apéndice A**

Cuestionario de Frases Incompletas del Comportamiento y Emociones del Escolar (FICE).

**Apéndice B**

Carta de consentimiento informado.

**Apéndice C**

Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños.

**Apéndice D**

Pruebas Criteriales de Competencia Académica: ejemplo 4º año de primaria.

**Apéndice E**

Ficha Socio-demográfica para Niños.

**Apéndice F**

Programa de Intervención para Niños con Problemas Internalizados y Externalizados.

**Apéndice G**

Formato de evaluación de la Sesión

**Apéndice H**

Formato de evaluación final del taller.

## Resumen

La evidencia teórica y empírica que sustenta la disciplina de la psicopatología del desarrollo ha establecido una relación entre los problemas internalizados y externalizados (PIyE), el comportamiento competente (académico y social) y las respuestas de afrontamiento en niños en edad escolar. Evaluar tempranamente estos problemas apoyaría el diseño de intervenciones para desarrollar habilidades de afrontamiento en los niños y lograr así una mejor adaptación a su medio. Objetivo: proponer una intervención para niños con PIyE, para apoyarlos a desarrollar habilidades de afrontamiento y minimizar sus síntomas. Participaron niños de escuelas primarias con edades de entre 8 a 12 años. Se realizaron tres fases: El desarrollo de un cuestionario de PIyE; la caracterización de los niños con problemas y el estudio piloto de la propuesta de intervención; que se diseñó, con base en los resultados de la fase de caracterización. Resultados: Se desarrolló un cuestionario de PIyE tipo Likert pictórico con 60 reactivos, agrupados en seis factores ( $KMO=0.86$ ;  $VE=41.44\%$  y  $\alpha=0.895$ ). Se caracterizó a tres grupos con niveles diferenciados de PIyE (análisis de conglomerados) que mostraron, con base en los análisis MANOVAs, efectos significativos en las variables medidas. Los grupos con PI se diferenciaron significativamente en la escritura ( $F_{(2,313)}=5.106$ ;  $p=0.007$ ;  $\eta^2=0.032$ ) y la competencia social ( $F_{(2,313)}=4.07$ ;  $p=0.018$ ;  $\eta^2=0.025$ ). Los grupos con PE mostraron diferencias significativas en matemáticas ( $F_{(2,313)}=7.954$ ;  $p=0.001$ ;  $\eta^2=0.05$ ); lectura ( $F_{(2,313)}=5.156$ ;  $p=0.006$ ;  $\eta^2=0.032$ ) y competencia social ( $F_{(2,313)}=29.29$ ;  $p=0.001$ ;  $\eta^2=0.15$ ). El estudio piloto de la intervención indicó cambios significativos en los puntajes de los PI ( $Z = 1.958$ ;  $p=0.050$ ) entre el pretratamiento y el postratamiento. Estos hallazgos contribuyeron al diseño de herramientas contextualmente válidas que apoyan el trabajo clínico de los psicólogos para la evaluación e intervención temprana de niños con PIyE. Las limitantes y sugerencias del trabajo se discutieron a fin de continuar con la investigación del tema.

**Palabras clave:** problemas internalizados y externalizados, competencia académica y social, afrontamiento, etapa escolar.

## Abstract

The empirical and theoretical evidence that support the developmental psychopathology discipline has established a relation between internalizing and externalizing problems (I&EP), the competent behaviour (academic and social) and the coping responses in children in school age. The early evaluation of this problems would support the development of interventions for encourage abilities of coping in children and achieve a better adaptation in the their context. Aim: proposing an intervention for children with I&EP, to help them to develop coping abilities and minimize their symptoms. Children from 8 to 12 years old of primary schools were participants. Three phases were carried out: The development of an I&EP questionnaire; the characterization of children with problems and the pilot study of the intervention proposed, which was designed based in the results characterization phase. Results: An I&EP questionnaire of 60 items pictoric Lickert type was developed; the items were grouped in six factors (KMO= 0.86; VE= 41.44% and  $\alpha= 0.895$ ). Three groups with differentials levels of I&EP (clusters analysis) were characterized. These groups showed significant effects according with MANOVAs analysis in the measures labels. The groups with IP showed significant diferences in writing ( $F_{(2,313)}= 5.106$ ;  $p= 0.007$ ;  $\eta^2= 0.032$ ) and social competence ( $F_{(2,313)}=4.07$ ;  $p=0.018$ ;  $\eta^2=0.025$ ). The groups with EP showed significant differences in mathematics ( $F_{(2,313)}= 7.954$ ;  $p=0.001$ ;  $\eta^2= 0.05$ ); reading ( $F_{(2,313)}= 5.156$ ;  $p= 0.006$ ;  $\eta^2= 0.032$ ) and social competence ( $F_{(2,313)}= 29.29$ ;  $p= 0.001$ ;  $\eta^2= 0.15$ ). The pilot study of the intervention showed significant differences in the scores of the IP ( $Z = 1.958$ ;  $p= 0.050$ ) between the pretest and the posttest. These results contributed to the design of contextually valid resources for supporting the clinical work of psychologists in the early assessment and intervention of children with I&EP. The limitations and suggestions of this research were discussed in order to continue with the I&EP research.

**Keywords:** internalizing and externalizing problems, academic and social competence, coping, school stage.

## **Propuesta de intervención para escolares con problemas emocionales y del comportamiento.**

---

Los problemas infantiles de tipo emocional también conocidos como internalizados y los del comportamiento o externalizados, son el eje central de análisis de este trabajo (a partir de este momento se hará referencia con mayor frecuencia a los conceptos de internalizados y externalizados, ya que en la literatura éstos poco a poco han ido ganando mayor aceptación), pues se ha reconocido que mantienen una relación recíproca con el comportamiento competente (de tipo académico y social), en la edad escolar; el cual desde la disciplina de la psicopatología del desarrollo es esencial para comprender el comportamiento adaptativo. Para entender mejor estas relaciones, así como los términos empleados en el presente trabajo, es importante contextualizarlos desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo.

La psicopatología del desarrollo como disciplina, surgió a mediados de los años 70's como un marco integrador que se ha concentrado en dar respuesta a los factores etiológicos de los problemas clínicos en la infancia y adolescencia. Sus bases epistemológicas se ubican en la Teoría General de los Sistemas, por lo que considera el desarrollo como un proceso multifactorial que se produce a partir de la interacción del niño en diversos contextos, en los que tendrá que demostrar el cumplimiento eficaz de ciertas tareas que le son designadas socialmente de acuerdo a su edad en curso, para que su desarrollo y comportamiento sean considerados adaptativos.

Cabe señalar que para la psicopatología del desarrollo, tanto el desarrollo y comportamiento adaptativo; así como, el desadaptativo se consideran fuentes de información

mutuas (Cicchetti, 1990). En este sentido, el término adaptación adquiere un lugar importante y se considera que para entenderlo hay que conocer cuáles son los indicadores del comportamiento competente del niño (según su edad), así como las características de su funcionamiento individual, que en interjuego con los factores sociales, lo llevarán a alcanzar el éxito en el cumplimiento de las tareas del desarrollo concernientes a su edad cronológica, que a su vez lo dirigirán para lograr un comportamiento adaptado que probabilísticamente le asegurará una adaptación exitosa en la siguiente etapa del desarrollo.

Sin embargo, aunque una adaptación adecuada en cualquier etapa del desarrollo sea clave para una adaptación futura, se debe puntualizar que esto no siempre resulta jerárquicamente lineal, pues la probabilidad de discontinuidad está presente en cada hito del desarrollo, debido a factores de riesgo individuales o contextuales que podrían interferir en el cumplimiento exitoso de las tareas del desarrollo; particularmente, cuando existe vulnerabilidad, por lo que resulta relevante comprender la relación entre las competencias, el funcionamiento adaptativo del niño y las particularidades de los contextos en los que interactúa.

Comprender el funcionamiento adaptativo del niño en edad escolar resulta importante para el presente trabajo, a fin de identificar las continuidades y discontinuidades del desarrollo y poder describir las características de los niños que presenten problemas internalizados y externalizados, en relación a su funcionamiento en las tareas del desarrollo propias para su edad; esto, con el fin de diseñar un programa de intervención que ayude a los niños a afrontar sus principales problemas y disminuir así su malestar emocional.

La edad escolar, es la etapa que comprende entre los 6 y 12 años, se considera que durante estos años, los niños tienen una serie de cambios importantes en las áreas, cognitiva, social y afectiva; el eje central de su actividad es el aprendizaje escolar, el establecimiento de relaciones sociales adecuadas y la apropiación de normas sociales distintas a las del contexto familiar, por lo que los niños tendrán que desarrollar las habilidades necesarias para lograr un comportamiento competente en estas áreas.

En términos cognitivos, los niños de estas edades se encuentran en la etapa de las operaciones concretas (Piaget & Inhelder, 2007), lo que implica que para acceder al aprendizaje requerirán de apoyos físicos y sociales externos como: objetos materiales y la mediación de adultos o compañeros expertos que les apoyen en la adquisición y consolidación de nuevos conocimientos, por ello es que la adquisición de nuevos aprendizajes estará muy de la mano con el establecimiento de relaciones sociales adecuadas.

En las esferas social y afectiva, se espera que los niños de estas edades comiencen a desarrollar un mayor número de habilidades para interactuar positivamente con otros niños y adultos, adquieran el valor de la amistad, desarrollen un juicio social para aceptar reglas, normas, límites y comportamientos cooperativos, formen parte de grupos de amigos del mismo sexo y disminuyan los niveles de agresión física (Parker, Rubin, Price, & de Rosier, 1995). Estas nuevas habilidades también les serán de utilidad para acceder al aprendizaje y establecer relaciones sociales adecuadas en un contexto diferente al familiar.

Lo anterior indica que durante la etapa escolar, el niño deberá lograr adaptarse a las reglas y normas que le son requeridas en la escuela con el objetivo de aprender los contenidos del currículum y mantener interacciones positivas con sus pares y adultos. Sin embargo, esto no ocurre así en la totalidad de los casos, ya que un porcentaje importante de niños en edad escolar presentan problemas internalizados y externalizados (Caraveo, 2007), mismos que les dificultan una adecuada adaptación al medio, dificultades académicas y sociales.

Este tipo de problemas han sido reconocidos por diversos autores como las problemáticas más comúnmente referidas en la consulta privada (Caron & Rutter, 1992); por lo que, los intentos por llegar a una comprensión del tema han sido cada vez mayores. En la literatura internacional y nacional, estos problemas se reportan con altos índices de prevalencia y una creciente presencia en la población infantil (Caron & Rutter, 1992), esto cobra importancia, debido a la continuidad de la problemática en la adolescencia y edad

adulta, así como a las repercusiones que conllevan en los servicios de salud, sistema educativo, de justicia y pérdida de la productividad (Rhule, 2005).

Por ello, resulta de interés central para el presente trabajo diseñar una intervención para niños con problemas internalizados y externalizados que los apoye en el desarrollo de habilidades de afrontamiento para aprender a manejar sus problemas y disminuir así su malestar emocional.

De esta forma, para lograr cubrir con el objetivo antes descrito, el trabajo se ha estructurado de tal manera que en los tres primeros capítulos se han descrito los fundamentos teóricos que sustentan la investigación y en los capítulos posteriores se presenta la información relacionada propiamente a la investigación desarrollada.

El primer capítulo incluye el desarrollo de los antecedentes de la psicopatología del desarrollo, su definición, sus principios básicos; los antecedentes y definición del modelo de competencias, así como la relación entre afrontamiento y psicopatología.

En el capítulo dos, se describe lo relacionado a los problemas internalizados y externalizados en la edad escolar, aquí se hace una breve reseña de los diferentes sistemas de clasificación en psicopatología infantil, se presenta la definición de los problemas internalizados y externalizados, datos de prevalencia, trayectorias, continuidad e implicaciones en las tareas del desarrollo para niños de edad escolar.

En el capítulo tres, se presenta la información relacionada a la evaluación e intervención temprana, se presentan algunos de los sistemas de evaluación más difundidos para identificar a niños con problemas internalizados y externalizados; así como, algunos de los programas de intervención que han demostrado eficacia de tratamiento.

Posteriormente, en el capítulo cuatro se presenta la estrategia general de investigación que incluye el objetivo general, objetivos particulares y específicos, definiciones conceptuales y operacionales de las variables y el método general.

El capítulo cinco, seis y siete incluyen el objetivo, método, resultados y discusión de cada uno de los tres estudios que se realizaron para cubrir el objetivo general de la investigación. Cada estudio se realizó en tiempos diferentes, los participantes que conformaron las muestras en los tres casos fueron distintos, así como los instrumentos, procedimientos y análisis de datos. Los resultados y productos obtenidos en el estudio uno fueron la base para llevar a cabo el estudio dos y a partir de los resultados de este último, fue como se diseñó el programa de intervención piloteado en el estudio tres.

Finalmente, en el capítulo ocho, se discuten los hallazgos obtenidos en la investigación, en relación al marco teórico empleado y la evidencia empírica que sustenta al trabajo; se establecen las limitantes de la investigación; sugerencias para futuras investigaciones y conclusiones.

# Capítulo 1.

## Psicopatología del desarrollo.

---

### **La psicopatología del desarrollo como un campo de estudio.**

La Psicopatología del desarrollo es un enfoque o un campo de estudio diseñado para comprender las complejidades del desarrollo humano. Su objetivo principal es analizar las diversas trayectorias que siguen los individuos durante el desarrollo de comportamientos tanto adaptativos como desadaptativos, por lo que destaca el valor de estudiar la patología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida, referidos a hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, socio-emocionales y educativas (Lucio & Heredia, 2014).

Entre las preguntas fundamentales que guían a esta disciplina se pueden encontrar: ¿qué diferencias existen entre los individuos con características similares y diferentes en relación a los patrones saludables y desadaptativos que adquieren en el transcurso de su vida?; ¿por qué las personas experimentan diferencias en el funcionamiento psicológico a través del tiempo?; ¿qué consecuencias tienen las historias personales de vida y de afrontamiento en la salud mental posterior?; entre otras (Sroufe, Coffino, & Carlson, 2010).

Debido a que la psicopatología del desarrollo, como disciplina, se ocupa de responder a una amplia gama de cuestiones, se ha auxiliado de otras áreas de especialidad de la psicología, de la biología, de la sociología, de la medicina, etc.; pues para comprender por qué algunos niños se desarrollan de acuerdo a las normas establecidas para su edad, mientras que otros desarrollan trastornos o comportamientos desadaptativos, es necesario considerar una serie de factores que interactúan entre sí para promover un ajuste saludable y/o en otros casos un desajuste (Rutter, 2009).

El análisis de estos factores puede guiarse, de alguna forma, por la idea de interdependencia intra e interpersonal. Así, en cualquier caso, cada factor debería ser analizado en función de un contexto más amplio del sistema; por lo que, para comprender el desarrollo normal o anormal sería indispensable analizar los factores subyacentes que interactúan entre sí a nivel intrapersonal, así como las distintas esferas que interactúan a nivel interpersonal y que se encuentran relacionadas con el desarrollo. Desde el punto de vista de Gottlieb (1992) este análisis puede llevarse a cabo a partir de dos niveles de organización.

- Horizontal: es el análisis que se realiza en el mismo nivel de análisis, por ejemplo: célula-célula; persona-persona; ambiente-ambiente.
- Vertical: es el análisis que se realiza a diferentes niveles, por ejemplo: organismo-ambiente; comportamiento-sistema nervioso central (de forma recíproca), etc.

Desde estos niveles de análisis se logra tener una perspectiva holista del fenómeno en cuestión, por lo que para comprender la psicopatología infantil deberá considerarse un análisis multifactorial y por ende multidisciplinario, teniendo presente que las coacciones a nivel vertical tienen la capacidad de influenciar la organización del comportamiento desde los niveles micro al macro y así de forma recíproca. Por lo que, el desarrollo normal como el anormal deberán ser analizados a partir de la integración de diversos paradigmas que en su conjunto proporcionen una explicación global del desarrollo adaptativo y desadaptativo. Esta visión integral se ha venido sistematizando con el surgimiento del enfoque de la psicopatología del desarrollo.

Para lograr tener una mejor idea de lo que se ha expuesto hasta el momento, el presente capítulo se organizó de tal forma que en un principio se describirá cómo surge este nuevo enfoque denominado psicopatología del desarrollo, posteriormente se establecerá una definición y algunos de los principios básicos que rigen a la disciplina; se hará énfasis en el concepto de adaptación y la estrecha relación que guarda con el comportamiento competente por lo que se describirá qué es y cómo surge el modelo de competencias, cuáles son las tareas del desarrollo que los niños en edad escolar deben lograr en el área académica y social, cuál es la línea de este modelo para explicar y comprender el desarrollo y finalmente qué es el afrontamiento y su relación con la psicopatología.

### **Surgimiento de la psicopatología del desarrollo.**

El campo de la psicopatología del desarrollo resulta relativamente nuevo, surgió a partir de los 70's, cuando diversos investigadores de una variedad de disciplinas, como: la embriología; genética; neurociencias; psicoanálisis; psicología clínica, del desarrollo y experimental (Cicchetti, 1990), comenzaron a trabajar de manera interdisciplinaria al comprender que se podía aprender más sobre el funcionamiento normal de un organismo al estudiar su patología, y asimismo aprender más sobre su patología al estudiar su condición normal (Cicchetti, 1984). Esta idea surgió al observar que los procesos biológicos y psicológicos podían comprenderse mejor durante la psicopatología; que se concibió, como una distorsión o exageración de las condiciones normales (Toth & Cicchetti, 2010); o bien desde un punto de vista más empírico, como meras variaciones cuantitativas de las características normales en ciertas etapas del desarrollo (Achenbach, 2010).

Como se puede observar, los pioneros en el campo de la psicopatología del desarrollo, consideraron que toda psicopatología podría comprenderse como una distorsión, desviación, trastorno o degeneración del funcionamiento normal; por lo que, si se deseaba comprender de manera más completa la psicopatología, entonces se debería comprender el funcionamiento normal a partir del cual se podrían hacer comparaciones (Cicchetti, 1984). Por ello, la comprensión del desarrollo social, psicológico y biológico normal, además de ayudar a prevenir la psicopatología, podría ayudar a lograr una mejor comprensión del desarrollo normal, anormal; comportamientos adaptativos, desadaptativos; y de los procesos ontogenéticos de la patología (Cicchetti, 2006).

Bajo estas premisas, los investigadores pioneros en la disciplina comenzaron a obtener un lugar importante en el estudio de la psicopatología durante los años 70's, principalmente al dirigir investigaciones de tipo longitudinal prospectivo, cuyo objetivo era llegar a una mejor comprensión del desarrollo de los niños en riesgo de presentar esquizofrenia (Watt, Antony, Wynne, & Rolf, 1984). También instrumentaron investigaciones epidemiológicas en familias disfuncionales pero en las que no había presencia de patología parental (Rutter & Quinton, 1984);

investigaciones de la relación entre factores de riesgo acumulado y sus resultados (Sameroff, Seifer, Barocas, Zax, & Greenspan, 1987).

Asimismo, investigaron sobre las causas, relaciones y consecuencias del apego seguro e inseguro (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978); llevaron a cabo estudios sobre una variedad de condiciones de discapacidades en niños (Cicchetti & Pogge-Hesse, 1982); e investigaciones sobre la esperanza de vida de las personas (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980). Este tipo de estudios fueron las influencias más fuertes para impulsar el interés en el campo de la psicopatología del desarrollo (Cicchetti, 2006).

Estos estudios además de proporcionar un fuerte impulso y reconocimiento a la disciplina, tras sus hallazgos revelaron información que aportó sustento empírico sólido a las conjeturas planteadas inicialmente por los investigadores pioneros, estos hallazgos empíricos generaron conocimientos importantes sobre los procesos básicos del desarrollo en una variedad de factores biológicos y psicológicos. A partir de aquí, la disciplina de la psicopatología del desarrollo dio a conocer información relevante acerca de los procesos subyacentes de la adaptación y desadaptación; así como nuevos medios para prevenir y tratar la psicopatología (Toth & Cicchetti, 2010).

De esta forma, la psicopatología del desarrollo como disciplina, se ha fortalecido desde las pasadas cuatro décadas, insertándose en el ámbito científico como una perspectiva holista, producto de la confluencia de una variedad de disciplinas que surgieron inicialmente con un objeto de estudio propio, métodos distintos y alejados, que llevaban en ocasiones a explicaciones reduccionistas y unidireccionales (Cicchetti, 1990); como ejemplo, se puede mencionar el caso del enfoque médico tradicional que al tratar de brindar explicaciones sobre la psicopatología reducía la etiología a factores puramente biológicos, pues se trabajaba bajo el supuesto dualista organismo-comportamiento (Rolf, Masten, Cicchetti, Nuechterlein, & Weintraub, 1990), dejando de lado la influencia que ejercen sobre los comportamientos, los factores presentes en contextos tanto proximales como distales del individuo.

Este dualismo que existía en el ámbito clínico sobre el estudio de la psicopatología, influyó para que por mucho tiempo se considerara que niños y adultos presentaban problemáticas indistintas y una continuidad de los síntomas, también se creía que las enfermedades eran transmitidas genéticamente y se trabajaba bajo el supuesto “infancia-destino”. Dichas explicaciones eran resultado del análisis reduccionista y unidireccional que fundamentaba al modelo clínico tradicional; en este enfoque, variables como la edad, nivel general de salud, contexto individual y social de las personas no eran considerados como factores analíticos para llegar a la comprensión de las diversas variaciones del proceso salud-enfermedad (Rolf et al., 1990).

Por ello, y dado el reconocimiento del origen multifactorial de los distintos problemas de psicopatología identificados en niños y adultos, es como la disciplina de la psicopatología del desarrollo más que proponerse como una disciplina competitiva ante otras disciplinas, se presenta como un marco amplio e integrativo, en la que las contribuciones de otras disciplinas se pueden complementar para lograr una mayor comprensión del funcionamiento y desarrollo individual. De esta forma, la disciplina de la psicopatología del desarrollo se presenta como un andamio para facilitar la integración multidisciplinaria (Toth & Cicchetti, 2010), pues busca integrar los conocimientos de las diferentes disciplinas científicas en niveles múltiples de análisis y en y entre los dominios del desarrollo.

La conjunción de los términos, desarrollo y psicopatología, ha unificado de inicio dos disciplinas: aquella implicada en el análisis del desarrollo humano y la implicada en el estudio del comportamiento anormal; con el fin de conocer, tanto los efectos de las características del desarrollo normal que explican la psicopatología; como, los efectos de la psicopatología en el desarrollo normal que explican las distintas trayectorias. Desde esta dialéctica, se ha podido aportar información tanto a la psicología del desarrollo como a la psiquiatría, en el sentido de llegar a una mayor comprensión del desarrollo normativo de todo individuo que interactúa en un contexto particular con rasgos personales propios.

Para comprender mejor estos supuestos, se debe tener presente que los teóricos de la disciplina han basado sus principios epistemológicos, en la teoría del desarrollo humano y la

teoría general de sistemas (Toth & Cicchetti, 2010), lo que conlleva a lograr una visión holista del objeto de estudio que a su vez favorece la integración sistemática de diversas teorías, técnicas y procedimientos para el análisis y la instrumentación de intervenciones enfocadas al desarrollo de comportamientos adaptativos; así como, a la prevención e intervención de problemas emocionales. Bajo el supuesto de que las conductas adaptativas y desadaptativas se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características del desarrollo; y no, como fenómenos separados (Cicchetti, 2006).

Por lo tanto, para comprender el desarrollo, sea normal o anormal; adaptativo o desadaptativo, se tendrá que realizar un análisis que considere la interacción de las características biológicas, psicológicas y socio-culturales del individuo, pues cada uno de estos componentes aporta información relevante para valorar si una persona está presentando un comportamiento adaptado o desadaptado a partir de sus características hereditarias, neurológicas, cognitivas, de edad, sexo, raza, normas, reglas, usos y costumbres establecidas en el contexto histórico y socio-cultural en el que se desenvuelve.

En síntesis se puede describir que el modelo de la psicopatología del desarrollo ha surgido como un enfoque innovador, producto de la integración de varias disciplinas que han logrado contribuir sustancialmente al conocimiento del desarrollo humano. Particularmente, la disciplina, ha promovido con mayor énfasis el estudio del desarrollo normal y anormal a partir de modelos específicos que aportan información de variables tratadas como procesos y analizadas por niveles. Ha aportado mayor conocimiento sobre la existencia de trayectorias múltiples del desarrollo que logran obtener los mismos resultados. Sobre los efectos de factores que a pesar de mostrar variaciones de tipo biológicas y genéticas, así como sociales y contextuales, se encuentran relacionados con el desarrollo desadaptativo y con la psicopatología.

Por ello, el modelo de la psicopatología del desarrollo representa una perspectiva holista y sistemáticamente ecléctica, que no se rige por un paradigma en particular, sino que integra distintos modelos de diferentes disciplinas para lograr obtener información que se complementa entre sí y que permite en cierta forma, conciliar las contradicciones existentes. Quizá por esto, ha sido descrita metafóricamente, como un puente que ha logrado integrar elementos conceptuales y

metodológicos de distintas disciplinas y teorías, así como elementos contextuales para dar cuenta del comportamiento adaptativo y desadaptativo; y de esta forma promover la salud.

Han sido muchas las perspectivas teóricas, estrategias de investigación y hallazgos que han contribuido al surgimiento y consolidación de la psicopatología del desarrollo como disciplina científica, gran cantidad de áreas, disciplinas científicas, y metodológicas han sido alemanas (Cicchetti & Hinshaw, 2002). Sus principales representantes, se han dado a la tarea de formular una disciplina que explique el surgimiento y desarrollo de la conducta anormal a partir de niveles múltiples de análisis y dominios, con un marco de referencia del desarrollo, con el objetivo de comprender el comportamiento adaptativo y desadaptativo en el curso de la vida.

De esta forma, se presenta una definición de la disciplina que es acorde a los principios epistemológicos que hasta el momento se han descrito.

### **Definición.**

A pesar de que existe divergencia al tratar de proporcionar una definición de la psicopatología del desarrollo; en términos generales, se puede describir que es una disciplina científica que predominantemente se enfoca en esclarecer la interrelación entre los factores biológicos, psicológicos, y sociales del desarrollo tanto normal como anormal durante el transcurso de la vida de los individuos. Y que en años recientes, ha logrado posicionarse como una disciplina de tipo multidisciplinaria, pues sus métodos logran integrar cada vez más los multicontextos y multiniveles (Cicchetti & Curtis, 2007).

En sus inicios, Sroufe y Rutter (1984) describieron la disciplina como el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que fuera el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que fuera el curso del patrón evolutivo.

En años más recientes Achenbach (1992 p.32) ha descrito la psicopatología del desarrollo como un macroparadigma, que sirve como marco de organización e integración de otros

microparadigmas como el biomédico, conductual, psicodinámico, cognitivo y social; cada uno de éstos con un objetivo propio pero con una relación entre ellos y con el macroparadigma de la psicopatología del desarrollo. Enseguida se muestra de forma esquemática la conceptualización que este autor realizó de la disciplina.

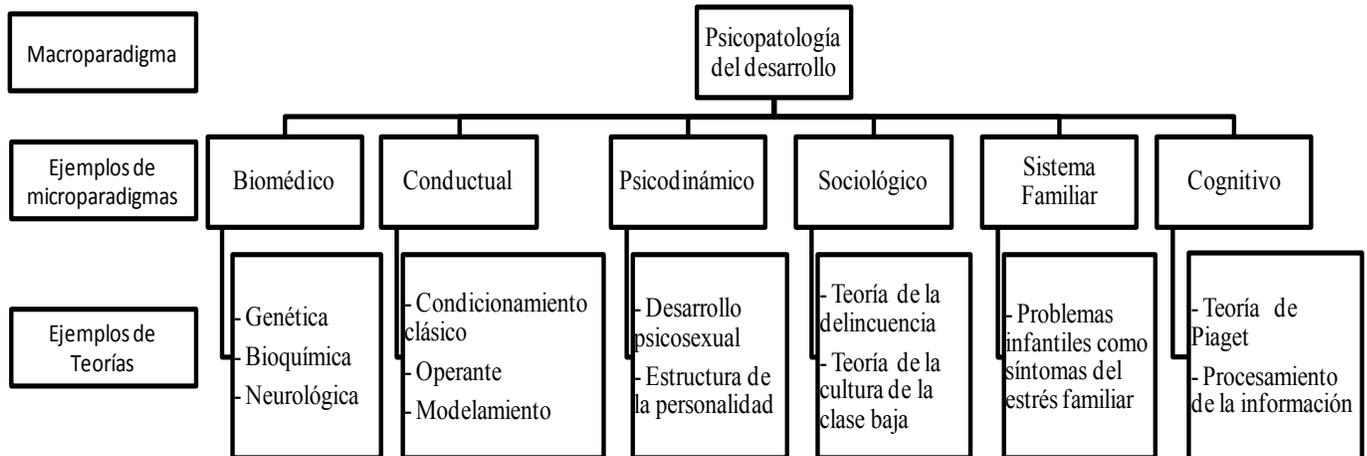


Figura 1. Esquema de la conceptualización de la psicopatología del desarrollo como macroparadigma en relación con otros niveles conceptuales (Retomada de Achenbach, 1990 p.32)

La definición que presentó Achenbach en 1990 parece ser la que engloba de mejor manera los supuestos descritos hasta el momento sobre los logros de la disciplina al integrar explicaciones de otros modelos para llegar a una mejor comprensión del desarrollo adaptativo y desadaptativo, también es la que resulta más congruente a su objetivo, que consiste en integrar y explicar qué procesos o mecanismos subyacen al desarrollo normal y patológico; así como, comprender cómo se produce la compleja participación de los sistemas: biológico, psicológico, cultural y social para explicar tanto la conducta adaptativa como desadaptativa (Rutter & Sroufe, 2000) es decir, cómo la interacción entre éstos niveles de análisis múltiples pueden incidir en las diferencias individuales y la continuidad o discontinuidad de la psicopatología.

De acuerdo con Rutter (1986) desde un punto de vista conceptual, la psicopatología del desarrollo incluye tres componentes: 1) los mecanismos y procesos del desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta, con especial énfasis en las continuidades y discontinuidades; 2) Las relaciones entre los comportamientos infantiles normales y patológicos, y el paralelismo entre

adaptación y desadaptación al afrontar el estrés y la adversidad; y, 3) los efectos del desarrollo sobre la psicopatología, como la vulnerabilidad o los modos de expresión de la psicopatología según la etapa de desarrollo, y de forma recíproca, los efectos de la psicopatología en el desarrollo.

Para llegar a la comprensión tanto del desarrollo adaptativo como desadaptativo, la disciplina de la psicopatología del desarrollo parte de ciertos principios teóricos que resultan básicos para ayudar a organizar y sistematizar la información, con el propósito de generar nuevas aportaciones al campo. Partiendo en primer lugar de la integración de los factores biológicos, intrapsíquicos y socioculturales.

### **Principios básicos**

La psicopatología del desarrollo, asume ciertos principios básicos; entre éstos, se encuentra el hecho de que podemos aprender más sobre el funcionamiento normal de un organismo estudiando la psicopatología; y probablemente más, sobre la psicopatología si estudiamos el funcionamiento normal (Toth & Cicchetti, 2010); es decir, tanto el desarrollo normal como el patológico resultan mutuamente informativos para llegar a una mayor comprensión del desarrollo sea normativo o desviado.

Otro principio importante es el de *equifinalidad*, el cual se refiere a que distintos patrones iniciales de comportamiento, pueden manifestarse posteriormente de una misma manera, por lo que la adaptación o desadaptación podrían ocurrir debido a una variedad de factores; particularmente, si se considera la interacción persona-ambiente (Cicchetti, 2006). De acuerdo con este principio, la salud o la patología no podrían predecirse a partir de causas únicas, por ello pretender anticiparse a una explicación unidireccional del proceso salud-enfermedad sería incurrir en explicaciones incompletas.

Un principio más, que proporciona explicaciones importantes para la psicopatología del desarrollo es el de *multifinalidad*. Este principio establece que los patrones de comportamiento que resultan similares en algunas personas pueden variar y presentar resultados distintos en el

transcurso de la vida (Cicchetti, 2006); es decir, que a pesar de las condiciones contextuales y/o características personales similares se puede llegar a resultados distintos del desarrollo.

Estos dos conceptos se encuentran estrechamente relacionados con el siguiente principio que describe que la persona ejerce una relación activa en la dirección del curso de su desarrollo, de tal forma que aunque los factores sean similares, diferentes, distales en su historia personal o las experiencias de su presente resulten importantes, será la propia persona quien elija aquellas que resultarán de relevancia para su desarrollo y activamente seleccionará las que dirigirán el curso de su vida. Así que, el ambiente no es el que construye las experiencias de la persona, más que esto, es la propia persona la que construye sus experiencias y su propio ambiente en un mundo cambiante (Cummings, Davies, & Campbell, 2000).

Un principio más, es el que asume la existencia de una compleja relación entre continuidad y discontinuidad de la psicopatología infantil y del adulto, de tal forma que la psicopatología infantil puede tener transcendencia a la edad adulta. Existe continuidad porque parte del desarrollo se produce secuencialmente, de forma que los niveles posteriores de funcionamiento se encuentran relacionados con los anteriores. Pero esto no significa que la adultez se encuentre determinada por la niñez, pues existen experiencias que podrían modular el funcionamiento psíquico o bien características psíquicas como la capacidad de autorregular el comportamiento desadaptado (Rutter, 1981).

Por ello, las experiencias tempranas resultan importantes, y analizar cómo se han estructurado y organizado a partir de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales ayuda a comprender las diferencias individuales que permiten a cada persona responder ante el riesgo y el estrés. Además es importante mencionar que el enfoque de la psicopatología del desarrollo acepta el concepto de comorbilidad, al comprobar que las organizaciones psicopatológicas suelen estar acompañadas de síntomas o trastornos de diversa índole.

Este principio de comorbilidad resulta central para el desarrollo del presente trabajo, ya que en cierta forma es el marco de referencia de la clasificación dimensional de la psicopatología infantil. Este principio surge de la investigación empírica, a partir de la instrumentación de

estudios epidemiológicos sobre la psicopatología en niños y adolescentes en los que se ha encontrado altas tasas de comorbilidad o co-ocurrencia de dos o más trastornos en la misma persona, tanto en niños como en adultos (Kessler et al., 1994).

Por ello, como respuesta a este fenómeno y en oposición a los sistemas de clasificación que organizan la psicopatología en categorías, surgieron las taxonomías empíricas, que a partir de técnicas estadísticas basadas en las correlaciones de los comportamientos han demostrado la existencia de dos categorías de banda ancha, arrojadas por medio de análisis factoriales de segundo orden; estas dos dimensiones han agrupado en la mayoría de los casos: por un lado, en síntomas de depresión y ansiedad, es decir problemas internalizados; y por el otro, en síntomas conductuales, denominados problemas externalizados (Achenbach, 1985; Achenbach & Edelbrock, 1978).

Debido a que la frontera entre las diferentes categorías en el caso de los niños es compleja, así como también lo es la frontera entre lo normal y lo patológico, pues los parámetros que habitualmente se emplean para describir lo normal no resultan claros ya que normalidad y psicopatología no son estados contrapuestos, sino más bien la psicopatología emerge de lo normal; un concepto que resulta clave en este enfoque es el de adaptación, el cual se encuentra estrechamente relacionado con el comportamiento competente que el niño demuestra al cumplir ciertas tareas que social y culturalmente le son demandadas de acuerdo a su edad. Cabe señalar que estas tareas pueden resultar parámetros para juzgar el desarrollo exitoso y/o la psicopatología.

En relación a esto, autores como Masten, Best y Garnezy (1990) han analizado por qué el desarrollo de determinadas competencias en algunos niños los puede dirigir al éxito bajo situaciones de alto riesgo o a pesar de las dificultades que enfrentan. Estos estudios han conformado un modelo teórico basado en competencias, el cual proporciona una explicación para comprender el desarrollo de comportamientos adaptativos o desadaptativos a partir del éxito o fracaso en la realización de ciertas tareas del desarrollo sobresalientes para cada periodo de edad. Desde el punto de vista de Toth y Cicchetti (2010) es a partir de este modelo que puede lograrse

un análisis sobre la forma en que las competencias y tareas del desarrollo modifican la expresión de un problema o dirigen a la psicopatología.

El modelo basado en competencias ha resultado de gran utilidad para entender el desarrollo de comportamientos adaptativos y desadaptativos, conductas resilientes y diferentes trayectorias de desarrollo en el transcurso de la vida. En términos generales, el modelo postula que en cada etapa del desarrollo existen comportamientos específicos que han de cumplirse con éxito para lograr una conducta socialmente adaptada y continuar con un desarrollo normativo en etapas posteriores. A continuación, se revisarán de forma más puntual algunos de los principios del modelo.

### **Modelo de competencias y psicopatología del desarrollo.**

El modelo de competencias desde el enfoque del desarrollo (Waters & Sroufe, 1983) explica la naturaleza y causas del desarrollo exitoso a partir del comportamiento competente que el niño demuestra al realizar conductas específicas que le son designadas para cada estadio, estas tareas son el resultado de los procesos sociales, psíquicos y biológicos por los que atraviesa el niño.

La importancia de este modelo, radica en que ha llegado a articular e identificar de buena forma la interacción entre los factores individuales y contextuales que pueden dirigir a resultados exitosos; así como, aquellos factores específicos que explican el desarrollo no exitoso de los niños a partir de posibles factores de riesgo que demuestren un impacto sobre la competencia y dirijan a un bajo desempeño (Rolf et al., 1990).

Por otra parte, la atención a los factores protectores también resulta relevante para este modelo, estos factores protectores que pueden ser de tipo intrapersonal o interpersonal y que están presentes en los diferentes contextos en los que los niños se desenvuelven, resultan de especial importancia porque en momentos de vulnerabilidad podrían apoyar la adaptación, la resiliencia y lograr así un estado de bienestar. Es relevante señalar que algún factor de protección

puede promover el comportamiento competente en el contexto donde se encuentre algún factor de riesgo específico (Toth & Cicchetti, 2010).

Por esta razón, resulta relevante comprender las transiciones dinámicas que se dan entre los factores de riesgo y de protección como uno de los ejes centrales del modelo de la psicopatología del desarrollo pues aportan información para lograr entender tanto el desarrollo de comportamientos competentes como incompetentes en el niño. De tal manera, se puede considerar que estos dos mecanismos son parte de un mismo proceso y que se encuentran estrechamente vinculados para promover el desarrollo de comportamientos competentes y la resiliencia.

Los orígenes y conceptos propios del modelo de competencias han surgido casi de manera paralela a la disciplina de la psicopatología del desarrollo y han aportado información relevante que apoya el análisis, desde un enfoque del desarrollo, del comportamiento adaptativo y desadaptativo del ser humano. A continuación se revisarán algunos de los aspectos sobre el surgimiento y definición del término de competencias.

### **Antecedentes y definición de competencias.**

Las raíces históricas del concepto de competencias se remontan al pensamiento griego clásico, pero su enfoque como un área de investigación científica se expandió con el surgimiento de la psicopatología del desarrollo debido a la importancia de atender y evaluar la adaptación positiva. Las definiciones del término se han asociado principalmente con la idea de la adaptación humana y el funcionamiento adaptativo. Entre las tradiciones teóricas que han contribuido a relacionar la competencia con la adaptación positiva, se encuentran: la psicología del yo de Ana Freud; las teorías de la inteligencia de Binet y Simon y Sternberg y Weschler; la autoeficacia y la motivación de Bandura, y los modelos de las tareas del desarrollo de Havighurst; entre otras (Masten, Burt, & Coatsworth, 2006).

Uno de los aspectos clave para definir la competencia desde una perspectiva del desarrollo ha sido la posibilidad de comprenderla de forma general como un patrón de

funcionamiento efectivo; o de manera particular como una habilidad específica. Esta cuestión ha sido fundamental para los investigadores del desarrollo interesados en analizar la naturaleza cambiante de la competencia en el transcurso del tiempo y la capacidad de competencia en un momento del desarrollo determinado para predecirla en un periodo posterior (Masten et al., 2006).

Con esto, resulta más o menos claro que la competencia se puede definir de manera general (el niño que demuestra un comportamiento general competente) y de manera específica (el niño que demuestra un comportamiento competente en un área específica como las matemáticas, música, etc.). Las definiciones generales de competencia suelen referirse ya sea al funcionamiento integrado del niño o al éxito en varias áreas para adaptarse al ambiente; y las definiciones específicas describirán el éxito del niño en un dominio determinado, como el académico o social, y podrían ser, aún más específicas al referirse por ejemplo a la competencia para la lectura, escritura, geometría, etc.

Dos autores que aportaron avances importantes a la definición de la competencia fueron Waters y Sroufe (1983) quienes describieron el constructo a partir de una teoría organizacional del desarrollo, y consideraron que para poder medirlo debería tomarse en cuenta una definición apropiada para cada etapa del desarrollo; tal definición, describieron los autores, debería realizarse con base en tres aspectos importantes: 1) formular una definición apropiada a cada etapa del desarrollo; 2) considerar las tareas sobresalientes para cada etapa; y, 3) evitar definiciones generales que no consideren la etapa del desarrollo, los recursos del niño y del ambiente en el que se encuentra.

Estos mismos autores definieron el constructo: competencia, como la capacidad que tiene cada persona para organizar su funcionamiento psicológico (sea conductual, afectivo y/o cognitivo) y los recursos presentes en su ambiente a fin de lograr los objetivos y las tareas que les son encomendadas en cada periodo del desarrollo (por ejemplo, la independencia y la autonomía durante la adolescencia).

Así mismo, consideraron que la competencia ligada a la construcción de las tareas del desarrollo muestra una continuidad en el transcurso del tiempo y una transición en los distintos estadios del desarrollo; es decir, que es necesario el logro en las tareas del desarrollo designadas a cada periodo de edad para alcanzar el éxito en las subsiguientes tareas del desarrollo de periodos sucesivos, en este sentido el niño tendrá que desarrollar habilidades propias de su edad que le son requeridas socialmente para que posteriormente puedan desarrollar otro tipo de habilidades de mayor complejidad en los siguientes periodos de vida y los distintos escenarios en los que interactúa, tal como si fuese un desarrollo en cascada (Masten & Cicchetti, 2010).

Estas ideas, han impulsado diversas líneas de investigación, las cuales han aportado información empírica a los modelos de las tareas del desarrollo y al mismo tiempo han servido como marco de referencia para definirlos. De este modo, los teóricos de la perspectiva de la psicopatología del desarrollo han proporcionado en diferentes artículos y publicaciones, definiciones tanto generales como específicas en relación al constructo de competencia, desde una perspectiva del desarrollo.

Por ejemplo, Masten et al. (2006 p. 704), definieron la competencia como una familia de constructos relacionados a las habilidades en el proceso de, o los resultados de, una adaptación eficaz por parte de la persona en el contexto en el que se desenvuelve; generalmente, esta competencia, describen, puede ser observada y medida a partir de la realización de las tareas del desarrollo sobresalientes y siempre incluidas en un marco del desarrollo, la cultura y el contexto histórico.

Estos mismos autores refieren que esta definición resulta multidimensional, contextual y dinámica; y que se requieren criterios familiares y sociales para juzgar su éxito y la relación que guardan con el comportamiento adaptativo. Sin embargo; en términos generales, los criterios adecuados para juzgar la competencia general se podrían referir a "hacer adecuadamente bien" las tareas del desarrollo sobresalientes a la edad en curso. Por ello, se presupone que la competencia debiera ser un juicio establecido en un contexto particular sobre un patrón de comportamiento dado en el transcurso del tiempo, sobre la base de generalizaciones en una trayectoria, y considerando el desarrollo adaptativo y desadaptativo.

A partir de este orden de ideas, se puede considerar que una persona se muestra competente cuando manifiesta un comportamiento que la dirige a un ajuste adaptativo en el futuro; de tal forma, puede establecerse una jerarquía en el desarrollo adaptativo, esto significa que la realización exitosa de las tareas del desarrollo en un estadio temprano puede aumentar la probabilidad de éxito en el siguiente estadio (Cicchetti, 2006); aunque siempre ha de tenerse en cuenta la probabilidad de divergencia y discontinuidad, enfatizando así trayectorias probabilísticas más que deterministas en la explicación de la psicopatología.

De acuerdo a lo descrito en párrafos anteriores sobre la definición de competencia, se puede resumir que el constructo se enmarca en una perspectiva del desarrollo, que resulta multidimensional e incluyente tanto de los microsistemas como de los macrosistemas en los que interactúa el niño o la persona, que puede ser observado y medido a partir de las tareas del desarrollo sobresalientes para cada periodo de edad y que a partir del juicio contextual de éxito o fracaso en estas tareas, puede determinarse una trayectoria adaptativa o desadaptativa que estaría dirigiendo al individuo a un ajuste o desajuste personal y social, y con ello determinar la presencia de psicopatología.

Por lo tanto, desde esta perspectiva se postula que para determinar la presencia de psicopatología en la edad infantil podría medirse qué tan bien el niño realiza las tareas del desarrollo propias a su edad, pues con ello se estaría determinando si resulta competente ante las expectativas que el medio social tiene de él, en dominios que lo van preparando para el éxito en la vida. Estos dominios son cambiantes de acuerdo a la maduración y contextos en los que se mueve el niño (Masten, Cutuli, Herbers, & Reed, 2009).

Por ejemplo, en los niños muy pequeños se espera que aprendan a caminar y hablar, escuchar a sus padres, y cumplir con las reglas que estos les marcan. En los niños en edad escolar se espera que aprendan a escuchar a sus profesores, se comporten adecuadamente en el aula, desarrollen habilidades para llevarse bien con otros niños, aprendan a usar el lenguaje y los símbolos matemáticos de su cultura; y así sucesivamente conforme los niños crecen, las expectativas se hacen más complejas porque se incluyen tareas del desarrollo para otras áreas,

como: los ámbitos de trabajo, las relaciones amorosas, la formación familiar y la crianza de los hijos (Masten, Herbers, Cutuli, & Lafavor, 2008).

Existen diversas perspectivas acerca de la competencia; sin embargo, entre ellas hay acuerdos tales como: se refieren a conductas y procesos relacionados de manera consistente a la eficacia de la adaptación al ambiente; hay diferencias individuales con respecto a las conductas eficientes que pueden evaluarse; las conductas eficientes están relacionadas con cambios en el desarrollo; la adaptación requiere la coordinación e integración de diversas funciones del organismo para dirigirlo a obtener el logro; hay procesos involucrados para facilitar el funcionamiento adecuado en el ambiente y algunos de estos procesos son propios del individuo, mientras que otros son el resultado de la interacción con otros contextos (Lucio & Heredia, 2014).

También es importante señalar que además de la definición general de competencia dada por Masten et al. (2006) y descrita en párrafos anteriores, se consideran la presencia de competencias específicas como la académica y social, que resultan de principal interés para los propósitos de este trabajo ya que son en éstas donde se agrupan aquellas tareas del desarrollo que de acuerdo al modelo de competencias propuestas por estos mismos autores, pueden considerarse fundamentales para los niños en edades de 6 a 12 años, rango de edad en el que se encuentran los participantes de este estudio. Por tal motivo, a continuación se abordará el tema.

### **Competencia social.**

La competencia social fue definida por Burt, Obradovic, Long y Masten (2008) como: funcionar bien en las relaciones con otras personas; es decir, llevarse bien con otros y formar relaciones cercanas de amistad y de apoyo. Por otra parte, y desde la perspectiva de las tareas del desarrollo (Masten et al., 2006; Pulkkinen & Caspin, 2002; Roisman, Masten, Coatsworth, Tellegen, 2004; Sroufe, 1979), se refieren a esta competencia como el desarrollo de las habilidades y respuestas que requieren los niños de acuerdo a su etapa de desarrollo para lograr un comportamiento social adaptativo al medio; es decir, hacer bien las tareas del desarrollo sobresalientes a su edad, que para los niños en edad escolar implican:

- a. Comportarse en la escuela de manera adecuada y poner atención
- b. seguir reglas de comportamiento en casa, escuela, lugares públicos
- c. Llevarse bien con los compañeros de la escuela
- d. Hacer amistad con los compañeros (Masten et al., 2006).

### **Competencia académica.**

Por otra parte la competencia académica fue definida por Masten et al. (2005), como el éxito en las tareas sobresalientes del desarrollo relacionadas con el desempeño académico, que para la edad escolar implican:

- a. Aprender a leer y escribir
- b. Aprender matemáticas básicas (Masten et al., 2006).

El desarrollo de esta serie de competencias en la niñez pueden considerarse como un punto de partida para juzgar el comportamiento adaptativo y el rendimiento del niño, pues desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo, resultan hasta cierto punto similares a los estadios del desarrollo psico-social, es decir, pueden funcionar como indicadores generales de qué tan bien se está llevando a cabo la adaptación y el ajuste del desarrollo desde un punto de vista social (Masten et al., 2006).

Evidentemente, se espera que estas normas cambien en función de la edad, la cultura, los diversos contextos y el momento socio-histórico; ya que reflejan características del curso del desarrollo y los atributos de adaptación de las especies (Masten et al., 2006). Por ello, se puede notar que en el transcurso de los años, son variadas las listas de las tareas del desarrollo que han aparecido, sin embargo las similitudes que presentan son sorprendentes y aunque se proponga el desarrollo de otras habilidades, es conveniente examinar que los niños adquieran las antes mencionadas pues son la base para lograr otro tipo de habilidades más complejas.

Como se ha hecho notar en reiteradas ocasiones, cada etapa del desarrollo se acompaña de importantes tareas que se encuentran ligadas al nivel de maduración del individuo; así, durante la infancia, los bebés se enfrentan a los retos de las funciones biológicas, como: comer, dormir, y conformar relaciones significativas con los padres. Posteriormente, la transición a la niñez temprana (años preescolares) se caracteriza por un nuevo conjunto de desafíos, entre ellos: explorar su medio físico y social, lograr cierta autonomía frente a nuevos problemas y tareas, y la adquisición de un sentido del bien y del mal (Waters & Sroufe, 1983).

Cabe resaltar que las tareas en los primeros períodos del desarrollo servirán como andamios o herramientas para superar con éxito los futuros retos, por lo que si éstas no se logran desarrollar, se reducirá la probabilidad de un desarrollo adaptativo en periodos posteriores. Por ejemplo, un niño que no logre durante la primera infancia un apego seguro, probablemente mostrará dificultades para lograr cierta autonomía en la edad preescolar y posteriormente hacer amigos en la escuela primaria, lo que podría ocasionar la presencia de síntomas o trastornos de psicopatología.

Masten et al. (2006) también consideraron que adquirir o no las competencias se relacionaba con la calidad de vida, la adaptación positiva, la psicopatología y la resiliencia. Estos mismos autores describieron que muchas experiencias de vida pueden influir en el logro de estas tareas, desde las disfunciones del organismo, los síntomas de la enfermedad o trastorno, malas decisiones, acontecimientos vitales negativos; hasta aspectos sociales como la discriminación, el maltrato de menores y todo aquello que limite las oportunidades de realizarlas.

Por ello, conocer las principales tareas en las diferentes etapas del desarrollo es, desde el punto de vista de Sroufe (1990) uno de los objetivos principales en el estudio de la psicopatología porque algunas de estas tareas están asociadas en mayor o menor probabilidad con la presencia de síntomas y trastornos. Sin embargo, aunque el desarrollo exitoso en las tareas del desarrollo pueda pronosticar cuáles van a ser las características del funcionamiento futuro, la posibilidad de divergencia y discontinuidad siempre existirá, pues es importante recordar el carácter dinámico y multifactorial del desarrollo y de los contextos en los que se desenvuelve el niño.

La relación entre el logro en las tareas del desarrollo y la presencia de psicopatología, se encuentra bien documentada. De acuerdo con Masten et al. (2006) los modelos causales y estudios empíricos han demostrado las consecuencias o fallas en la conducta adaptativa esperada por la misma persona y por la sociedad, debidas a los síntomas de psicopatología, o bien un aumento en los síntomas de psicopatología debidos a una pobre ejecución; y/o una relación bidireccional (Garmezy, 1974). Para analizar estas relaciones se han realizado estudios longitudinales que demuestran el desarrollo en cascada entre las competencias y los problemas internalizados y externalizados.

Un ejemplo fue el estudio realizado por Bornstein, Hahn y Haynes (2010) quienes reportaron que los niños con baja competencia social a la edad de 4 años exhibieron más problemas internalizados y externalizados a la edad de 10 años y más problemas externalizados a la edad de 14 años. Los niños con baja competencia social a los 4 años también mostraron mayores problemas de internalización a la edad de 10 años y a la edad de 14 años. Los niños que exhibieron más problemas de internalización a los 4 años mostraron más comportamientos internalizados a la edad de 10 años y mayores problemas de externalización a la edad de 14 años. Estas cascadas entre la competencia social y ajuste conductual obtuvieron independiente de la inteligencia infantil, la educación de la madre y la conveniencia social de responder.

Por otro lado, Obradović y Hipwell (2010), examinaron los procesos de desarrollo que vinculan la competencia y la psicopatología en una muestra urbana de las niñas durante su transición a la adolescencia. Sus hallazgos demostraron asociaciones a través del tiempo entre los índices de sintomatología externalizada, la competencia social y los síntomas de internalización; revelando efectos significativos entre estos tres dominios; así como relaciones recíprocas entre la competencia social y los síntomas de internalización.

También Masten y Tellegen (2012), describieron los efectos en cascada entre la competencia y la psicopatología; indicaron que la relación entre la competencia y la psicopatología muestra una continuidad a través del tiempo pues los logros en las tareas del desarrollo en la edad adulta tienen sus raíces en la infancia y la adolescencia. Señalaron que los jóvenes más resilientes tenían mucho en común con sus compañeros igualmente exitosos, quienes

experimentaron menos adversidad con el tiempo, incluyendo relaciones de calidad con los padres y otros adultos, adecuadas habilidades cognitivas, habilidades sociales y emocionales. También se observó que los jóvenes que demostraron un comportamiento desadaptativo mostraron pocas habilidades para afrontar la alta adversidad por lo que tendían a generar experiencias estresantes.

Comprender cómo y por qué la competencia y la psicopatología están relacionadas en el desarrollo individual tiene implicaciones importantes para el desarrollo de políticas de salud y la práctica clínica, especialmente cuando los objetivos de una sociedad son el aumento de individuos competentes, bien adaptados y la reducción del sufrimiento psicológico asociado con la psicopatología. En este sentido, la importancia se dirige al desarrollo de programas de intervención temprana o preventiva.

Al respecto, Masten et al. (2006) describieron que el desarrollo de comportamientos competentes han sido aspectos fundamentales de los programas de prevención, puntualizando sus aspectos: 1) proactivos; es decir, que buscan construir fortalezas adaptativas y recursos para el afrontamiento de los problemas; 2) de tipo universal, más que enfocados a un solo individuo; 3) psicoeducativos y sociales, más que enfocados a la rehabilitación; y, 4) fundamentados en la premisa de ayudar a las personas a desarrollar recursos personales y ambientales para afrontar de mejor manera sus dificultades y evitar trayectorias de psicopatología.

Como podrá observarse, el tema del desarrollo de habilidades de afrontamiento ha resultado central en la instrumentación de programas de intervención temprana para aminorar las consecuencias negativas que han mostrado tener las relaciones entre comportamiento competente y problemas internalizados y externalizados, esto se debe a que, como se revisará a continuación, los estilos que una persona tenga para afrontar un problema puede generarle un mayor o menor estado de estrés, dirigiéndola a comportamientos adaptativos o desadaptativos. Pero para profundizar un poco más en el tema a continuación se presentará una breve descripción del constructo y su relación con la psicopatología.

## **Afrontamiento y psicopatología**

Una de las justificaciones más importantes para el estudio del afrontamiento, es la noción de que, cuando una persona se enfrenta a la adversidad, las formas en las que reacciona y hace frente a los desafíos pueden hacer una diferencia en su adaptación. Por ejemplo, si ella se siente más amenazada, puede llegar a ser más vulnerable al desarrollo de problemas psicológicos posteriores; en cambio, si se percibe con habilidades para enfrentar la situación, quizá pueda resultar fortalecida ante el desafío presente y mostrarse más competente ante futuras dificultades (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014).

Es así como el estudio del afrontamiento se refiere a la manera en la que los seres humanos reaccionamos e interactuamos con los problemas y dificultades de la vida diaria; es decir, los mecanismos empleados para hacer frente a situaciones que resultan estresantes, tales como: resolver problemas directamente, negociar, evitar el problema, etc. Por lo que el estudio del afrontamiento ha buscado conocer cuáles son estos mecanismos empleados ante situaciones de estrés con el propósito de promover habilidades que a largo plazo apoyen el desarrollo de personas competentes para manejar las situaciones conflictivas que se le presenten. Pues se ha reconocido que la capacidad para afrontar de forma adaptativa el estrés de la vida es un factor importante en el desarrollo de una buena salud mental (Forns, Abad, & Kirchner, 2012).

Pese a esto, hasta nuestros días, aún son pocos los estudios que se han dado a la tarea de brindar sustento empírico a la relación entre el afrontamiento y el desarrollo de la psicopatología a pesar del potencial central que, se le ha reconocido, tiene como moderador y mediador de los eventos estresantes; el funcionamiento académico y social; el comportamiento internalizado y externalizado; el bienestar; la competencia y la resiliencia (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011); de hecho el afrontamiento rara vez se incluía en estudios enfocados en el análisis del desarrollo de la psicopatología y/o resiliencia (Cicchetti & Rogosch, 2009).

El estudio de la relación entre afrontamiento, desarrollo de la psicopatología y resiliencia comenzó a dar sus primeros frutos en los 80's y rápidamente comenzó a ganar terreno en los 90's, cuando el concepto dio un giro y se le empezó a concebir como un constructo dinámico

cuyas implicaciones se encuentran relacionadas además de los procesos personales, con el contexto, la edad y el sexo. Fue entonces cuando el estudio del afrontamiento dejó de ser terreno exclusivo de la adultez y se inició la investigación en las etapas de transición de niños y adolescentes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014).

Esta nueva forma de acercarse al afrontamiento, hizo que el concepto se pudiera pensar como un proceso de adaptación (Murphy & Moriarity, 1976; White, 1974), lo que llevó a la reformulación de varias definiciones en las que se comenzó a hablar de “formas de afrontamiento”, antecedentes y consecuentes, el rol de los patrones sociales y de manera más sobresaliente, sobre los cambios cualitativos relacionados con la edad; es decir, cómo el proceso adaptativo que comprende el afrontamiento se organiza a partir de las transiciones de la infancia, la niñez, la adolescencia y la adultez temprana (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Con estas nuevas formas de pensar acerca del afrontamiento también se presentaron reformulaciones en su definición.

### **Definición**

Considerar el afrontamiento como una respuesta dinámica y adaptativa al estrés corresponde con la definición que presentan Lazarus y Folkman (1986 p. 164) quienes conceptualizan el constructo como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Por otro lado, Trianes (1999) define las estrategias de afrontamiento, como comportamientos intencionales dirigidos al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustándose su selección por el sujeto a las demandas y exigencias de la situación.

A partir de estas definiciones, se puede decir que el afrontamiento conlleva en la mayoría de los casos a un cierto control de las situaciones causantes de estrés, aunque este control resulta muy variado pues las estrategias empleadas dependerán de los factores intrínsecos y extrínsecos que se encuentren mediando la situación. Por ejemplo, en el caso de la edad, se ha podido observar que el afrontamiento en los niños evoluciona desde formas primitivas a otras más

refinadas. Los niños pequeños utilizan formas comportamentales de afrontamiento centradas en la emoción, como: chuparse el dedo, balancearse o abrazarse a determinados objetos. Estas conductas conducen gradualmente a formas verbales de reaseguramiento y a medida que los niños aprenden cómo tranquilizarse, levantarse el ánimo y manejar sus emociones de una manera culturalmente adecuada, aparecen estrategias puramente cognitivas (Aldwin, 2007).

De hecho, se ha reportado que cuando los niños ingresan a la escuela primaria buscan ser, cada vez, más auto-dependientes y sus estrategias de afrontamiento se vuelven más diferenciadas y complejas como resultado del desarrollo del lenguaje y las capacidades metacognitivas. Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, y Wadsworth, (2001) describieron que en esta etapa surgen estrategias relacionadas al control emocional y la resolución de problemas que implican la reestructuración de una situación problemática, representaciones cognitivas de los cuidadores ausentes por medio del empleo del dialogo interno para calmar las situaciones negativas y un pensamiento divergente para resolver problemas. Por otro lado, Zimmer-Gembeck y Skinner (2011) describieron que en la etapa escolar es cuando surgen todas las familias de afrontamiento adaptativo: resolución de problemas, técnicas de distracción complejas; capacidades para aliarse a las características positivas de la situación que produce el estrés; búsqueda de apoyo emocional, negociación; etc.

A pesar de que la identificación de los tipos de estrategias de afrontamiento resulta controversial, se han reportado frecuentemente dos categorías principales. La primera categoría comprende estrategias activas para afrontar el problema cuyo objetivo es hacer frente a la fuente de estrés o reevaluarla, entre los términos empleados para referirse a este tipo de estrategias se encuentran: estrategias de aproximación, estrategias activas, estrategias de participación, estrategias centradas en el problema, etc. La segunda categoría comprende aquellas estrategias cuyo objetivo es evitar las fuentes estresantes o regular los estados emocionales que estas producen, entre los términos empleados para referirse a este tipo de estrategias se encuentran: estrategias de evitación, estrategias de escape, estrategias pasivas, o estrategias centradas en la emoción (Forns et al., 2012).

Estas estrategias de afrontamiento, del mismo modo que otros procesos básicos como el habla, las manifestaciones afectivas o la socialización, son aprendidas desde edades tempranas. En este aprendizaje el entorno familiar tiene un papel esencial. Los padres influyen directamente en los modos de afrontamiento de los niños mediante el apoyo y los recursos que proveen, las enseñanzas directas, las historias familiares, las anécdotas narradas y el aprendizaje vicario. Mediante este último método las estrategias centradas en el problema son más fácilmente aprendidas que las centradas en la emoción, debido posiblemente a que son más fáciles de copiar por simple observación pues generalmente son estrategias conductuales (Del Barrio, 1997).

Para respaldar este punto, Eisenberg, Fabes y Guthrie (1997) realizaron una serie de trabajos que refuerzan la idea de que las relaciones que los padres mantienen con sus hijos, sus modos de disciplinarlos y el apoyo que les brindan definen los modos infantiles de hacer frente a las demandas del medio. La evidencia de sus trabajos mostró que los niños que percibían un alto nivel de apoyo por parte de sus padres eran más adaptativos; y que el apoyo de los padres reducía los efectos negativos de los estresores sobre la salud de los menores. La percepción por parte de los niños de que sus padres les brindan apoyo, aumentaba su autoestima, su sentido de integración social, la percepción de control y la efectividad de sus conductas de afrontamiento, que a su vez los dirigía a una adaptación positiva (Sandler, Wolchick, MacKinnon, Ayers, & Roosa, 1997)

Aunque es posible que las estrategias de afrontamiento que funcionan bien en la infancia dirijan a una adaptación positiva, esto no resultará necesariamente igual en otras etapas de la vida, ya que las demandas sociales para cada etapa son diferentes, por lo que los individuos tendrán que echar a andar sus recursos personales para adaptarse y afrontar otros tipos de estresores. Por esto, no resulta sorprendente que los investigadores hayan centrado su atención en la relación existente entre los problemas internalizados, externalizados y el uso de estrategias inadecuadas de afrontamiento.

Forns et al. (2012) describieron que en general, se puede señalar que las estrategias de afrontamiento de evitación están relacionadas tanto con sintomatología psicopatológica de internalización y externalización; mientras que el uso de estrategias centradas en el problema y

tienen un efecto protector sobre la sintomatología psicopatológica. Existe evidencia empírica que apunta que las respuestas de afrontamiento se podrían estar presentando en función de variables como la edad, el sexo y la conducta adaptativa.

### **Evidencia empírica sobre el uso de estrategias de afrontamiento.**

Dávila y Guariño (2001) realizaron un estudio que tuvo por objetivo identificar las fuentes de estrés y las estrategias de afrontamiento que generalmente implementaban niños de entre 8 y 16 años. Se encontró que los niños estaban moderadamente estresados y que las fuentes de estrés eran aquellas que ponían en peligro su bienestar o el de algún familiar. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que las más utilizadas por los niños fueron: afrontamiento activo (procesos o acciones para tratar de eliminar el evento estresante o disminuir sus efectos), expresión abierta de emociones (expresar las emociones tanto positivas como negativas), aceptación (se refiere a que el niño se adapta a la situación) y búsqueda de ayuda instrumental (solicitar ayuda o apoyo tangible a personas adultas).

Zanini y Forns (2004) instrumentaron un estudio con población de adolescentes escolarizados con el objetivo de comparar el tipo de estrategias empleadas por chicos que obtuvieron puntuaciones normales y quienes obtuvieron puntuaciones altas en el cuestionario de conductas psicopatológicas Youth Self Report (YSR) de Achenbach (1991). Los resultados mostraron un uso diferencial del empleo de estrategias de afrontamiento según el nivel de psicopatología presentado. Los adolescentes con puntuaciones sub-clínicas emplearon en mayor medida estrategias de afrontamiento que no resultan ser eficaces en la solución del problema, lo que contribuye al establecimiento o mantenimiento de las conductas psicopatológicas.

Por otro lado, Palacios-Espinoza, Pulido y Montaña (2009) realizaron un estudio con niños de entre 7 y 12 años, donde analizaron las estrategias de afrontamiento que utilizaban frente al castigo. Los resultados indicaron que las estrategias de afrontamiento utilizadas eran: pedir ayuda cuando están enfrentando una situación que implique el castigo, tener buenas relaciones con sus padres, jugar con sus cuidadores, obedecer de tal manera que se inhiba la respuesta del castigo, y actitud defensiva que les generaba mayor capacidad de adaptación al medio externo.

Escobar, Trianes, Fernández-Baena y Miranda (2010) analizaron la asociación de la variable aceptación sociométrica (relaciones interpersonales con iguales) con diversos índices de inadaptación socioemocional, estrés cotidiano y estilo de afrontamiento en niños de entre 9 y 12 años. Los resultados mostraron correlaciones significativas negativas entre la aceptación sociométrica, los índices de inadaptación socioemocional y el estrés cotidiano; además se encontró una correlación significativa positiva entre el afrontamiento y la aceptación sociométrica; es decir, el empleo de estrategias de afrontamiento como buscar apoyo social, profesional, apoyo espiritual, pertenencia, acción social e invertir en amigos íntimos se asoció a una buena aceptación sociométrica, relacionada con la competencia social.

Otro estudio publicado en años más recientes por Morales y Trianes (2010) cuyo objetivo fue analizar la relación entre: el empleo de estrategias de afrontamiento, el ajuste psicológico y la manifestación de comportamientos desadaptados, demostró un uso diferencial de estrategias de afrontamiento según el problema o situación planteada. El análisis de las estrategias de afrontamiento reveló además, que el empleo de estrategias de afrontamiento de aproximación a los problemas se asociaban a un mayor grado de ajuste y adaptación; mientras que, un mayor empleo de estrategias de tipo evitativo se asociaba con menos ajuste y comportamientos más desadaptativos.

Estos hallazgos empíricos respaldan la hipótesis relacional que ha sido planteada por algunos autores entre el tipo de estrategias empleadas y la manifestación de psicopatología (Billings & Moos, 1984; Holahan & Moos, 1985; Holahan, Moos, & Schaefer, 1996). Específicamente, Lazarus y Folkman (1986) describieron que las estrategias centradas en la emoción y/o las de evitación (Forns et al., 2012; Billings & Moos, 1984) son estrategias relacionadas con el desarrollo de comportamientos desadaptativos que podrían conducir a psicopatología, que a su vez conllevaría a mantener el empleo de estrategias de afrontamiento que conducen a un mayor comportamiento desadaptativo, manteniendo así una relación entre los dominios (Seiffge-Krente, 2000).

Es quizá, a partir de estas contribuciones que se ha considerado el desarrollo de habilidades de afrontamiento como uno de los ejes centrales de muchas intervenciones

tempranas; además de esto, reconocer que las formas de afrontamiento pueden ser aprendidas y empleadas de acuerdo a las diversas situaciones que se le presentan al niño o a la persona, indica que son habilidades que pueden ser adquiridas mediante la enseñanza. Esto adquiere gran importancia, pues el aprender o reestructurar las respuestas de afrontamiento podría ayudar a mediar las trayectorias hacia la psicopatología, ayudando a los niños a lograr un comportamiento adaptativo de acuerdo a las demandas del contexto personal, social y cultural.

Por esta razón, en el presente trabajo se consideró importante tener presente la relación que guardan las variables de psicopatología infantil, competencias y afrontamiento, pues aunque la comprobación de un modelo teórico estaba lejos del alcance del trabajo, éstas son las variables medulares que guiaron la investigación, considerando que el afrontamiento puede llegar a ser una variable moderadora entre la psicopatología y el comportamiento competente, que dirige al individuo a un desarrollo adaptativo. Tal como lo representa la figura 2.

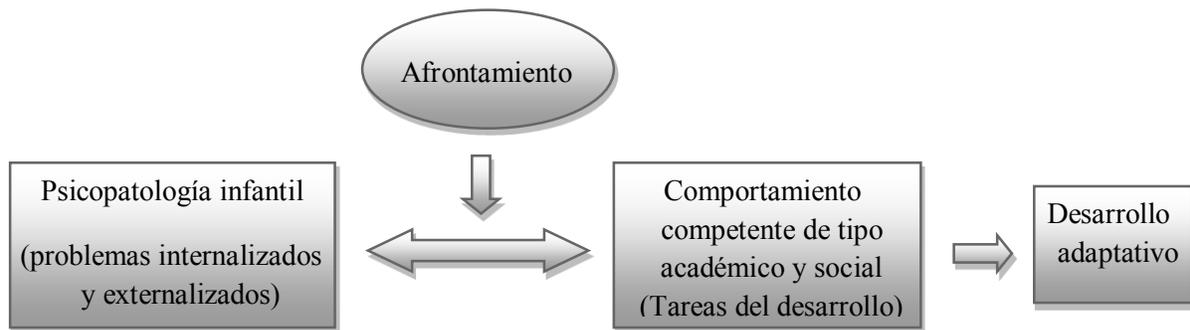


Fig. 2 El esquema teórico de las variables medulares del trabajo

Esta relación entre las variables de psicopatología, afrontamiento, comportamiento competente y ajuste psicológico, dependerá a su vez del uso proporcionalmente simultáneo del tipo de estrategias, de afrontamiento enfocadas a la solución activa del problema o de evitación, empleadas por el individuo para afrontar las situaciones que le resulten muy demandantes. De tal modo que el tipo de estrategias empleadas y el ajuste psicológico, guardan una relación importante, misma que tiene implicaciones tanto para la prevención como para la intervención psicológica (Forns et al., 2012).

En este sentido, es importante señalar que el enfoque de la psicopatología del desarrollo ha despertado el interés en el estudio de la psicopatología infantil como un campo que requiere el empleo de métodos y técnicas contextualmente válidas a la etapa de desarrollo y contexto cultural del niño. Es decir, se resalta la importancia del estudio de la psicopatología a partir de una evaluación e intervención basada en las características contextuales y culturales propias del niño, pues se ha demostrado que la cultura puede influir en el grado en el que los problemas de la infancia empiezan a considerarse graves.

Dado esto, en los últimos años, se han hecho esfuerzos importantes por desarrollar o adaptar instrumentos de evaluación e intervenciones que resulten ecológicamente válidos. Los instrumentos de evaluación se han diseñado con base en alguno de los sistemas de clasificación o taxonomías existentes que describen y agrupan los trastornos de la conducta de la infancia y adolescencia. En términos generales, estos sistemas de clasificación describen categorías o dimensiones de los problemas, la elección de uno u otro sistema resulta una tarea compleja pues a partir de esto, se establecerán las bases para organizar: la evaluación, el diagnóstico, la intervención y el proceso de investigación de los problemas en la infancia, según sea el caso. Cada sistema tiene ventajas y desventajas; y quizá la elección de uno u otro, pueda depender de las condiciones para las que se vaya a usar (Lucio, 2014).

En el caso de la presente investigación, se ha elegido el empleo del sistema de clasificación dimensional pues (aunque se reconocen sus limitantes clínicas, mismas que se discutirán en el siguiente capítulo), entre sus fortalezas se encuentra que es un enfoque que se sirve de técnicas estadísticas y que a partir de un importante número de estudios empíricos realizados en diferentes países, se ha demostrado consistencia y validez en la agrupación de los síntomas clínicos de la infancia en dos grandes dimensiones de banda ancha: dimensión de problemas internalizados y dimensión de problemas externalizados; que serán revisados a continuación.

## **Capítulo 2.**

# **El niño en edad escolar y los problemas internalizados y externalizados.**

---

Este capítulo se ocupa de la forma en que a partir del modelo de la psicopatología del desarrollo, se define y clasifica la psicopatología infantil; para ello, se revisarán los sistemas de clasificación de los trastornos de la conducta en la niñez, así como las limitantes y alcances de cada taxonomía. Se describirá, lo que se entiende por problemas internalizados y externalizados, se presentarán datos de prevalencia, información acerca de la trayectoria y continuidad de estos problemas y la relación que han demostrado tener con la competencia académica y social en la etapa escolar.

Sin embargo, antes de entrar de lleno a describir lo relacionado a los problemas internalizados y externalizados de los niños en edad escolar, resulta fundamental conocer cuáles son las características de un desarrollo normal en esta etapa; pues como se recordará, en el capítulo anterior se hizo alusión a la relación entre el desarrollo normal y anormal como entidades mutuamente informativas, ya que desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo, el desarrollo normal es un marco general para comprender los trastornos del desarrollo y viceversa, porque además de interesarse en el curso evolutivo del trastorno, también se interesa en la adaptación y el éxito individual.

Conocer el curso normal del desarrollo proporciona una norma mediante la cual se pueden juzgar y conceptualizar las anomalías; en este sentido, el enfoque de la psicopatología del desarrollo ha hecho una serie de contribuciones específicas al estudio tanto del desarrollo normal como de los problemas del niño y del adolescente. Cuanto mejor se comprendan los logros y las trayectorias normales del comportamiento, mejores serán las bases para detectar, comprender y

tratar los problemas. Sin embargo, al no existir una teoría única del desarrollo para explicar la gran cantidad de cambios que tienen lugar a lo largo de la vida, es necesario considerar las aportaciones de diferentes teóricos pues cada teoría se especializa, en cierta forma, en comprender y explicar áreas distintas del desarrollo humano.

Cabe señalar que tampoco existe un acuerdo unánime de lo que se entiende por desarrollo, las características de éste y cómo procede; sin embargo, hay ciertos principios que sirven de guía para su comprensión; por ejemplo, algunos teóricos están de acuerdo en que hay un curso básico general y común en la mayoría de los individuos en las primeras etapas de la vida en las áreas física, cognitiva y socio-emocional; otro principio indica que de éstas áreas, sus estructuras y sus funciones van diferenciándose y refinándose cada vez más para luego integrarse (Wicks-Nelson & Israel, 2009). Por lo que el desarrollo, de alguna forma resulta un proceso en progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos y distales (Bronfenbrenner, 1979), con un orden jerárquicamente integrado y acumulativo (Sroufe, 2009). No obstante distintas trayectorias pueden ocurrir y llevar al individuo a resultados diferentes debido a la interacción de factores intrínsecos y extrínsecos.

El desarrollo por lo tanto está vinculado con el crecimiento y con los cambios que se producen a lo largo del ciclo vital como resultado de la interacción del individuo con su ambiente (Bronfenbrenner, 1979). Estos cambios pueden ser de tipo cuantitativos o cualitativos; los primeros se refieren a los cambios en el tamaño y/o número de elementos, mientras que los segundos involucran las características de los elementos. De tal forma que, conforme un niño crece, logra hacer más amistades al aumentar el número de interacciones sociales que tiene y así su conducta de socialización se modifica en función a la forma en la que aprende a relacionarse con los demás. Cada una de las áreas física, cognitiva y socio-emocional, se van modificando en cuanto a cantidad y calidad para ir ganando complejidad en las diferentes etapas de la vida.

Respecto a las etapas o estadios que ocurren en el transcurso de la vida de un ser humano, algunos teóricos han señalado que el desarrollo se produce en fases cualitativamente bien definidas, en las que los cambios y características se observan en el mismo orden para casi todos los individuos según su edad en curso. Mientras que para otros teóricos el desarrollo no tiene un

orden fijo, pero sí un cambio gradual que no necesariamente se encuentra definido por estadios, pues estos cambios podrían observarse antes o después de las edades señaladas como resultado del interjuego entre factores intra e intersíquicos (Sroufe, 2009). Sin embargo, para juzgar el desarrollo infantil se reconoce la necesidad de conocer las características generales del desarrollo normativo, así como los indicadores que señalan cuando un niño cuenta con las habilidades para lograr un comportamiento competente y por ende una adaptación positiva.

### **El desarrollo normativo de los niños en edad escolar**

La etapa de la niñez o infancia tardía (años escolares), abarca aproximadamente el período de los 6 hasta los 12 años de edad y se caracteriza por una cantidad de cambios físicos, cognitivos y socio-emocionales. Esta etapa marca el paso a la educación formal, en la que el niño se enfrentará a un contexto que le demandará aprender a relacionarse de manera armónica con otros niños de su edad y adultos ajenos a su ámbito familiar para lograr la adquisición de normas y conocimientos intelectuales acumulados por la sociedad. Por lo que, como bien lo describió Piaget (1975), el área socio-emocional y cognoscitiva resultarán inseparables y además, en conjunto contribuirán a la adaptación del niño al ambiente (Wallon, 1982).

Entre algunas de las características más sobresalientes que caracterizan a los niños de estas edades, se encuentran:

#### **Área física.**

En la etapa de los 6 a los 12 años, el ritmo del crecimiento físico se desacelera y los cambios que ocurren día a día en los niños no son tan evidentes; pese a esto, no dejan de crecer pues en estas edades los niños casi duplican su peso y crecen entre 5 y 7 centímetros en total. A nivel de maduración ocurren cambios importantes, el desarrollo de las estructuras del Sistema Nervioso Central se han completado y además, en esta etapa, ocurre una pérdida en la densidad de la materia gris que refleja la poda de las dendritas que no se utilizan; estos cambios propician procesos motrices y cognoscitivos de mayor complejidad; los niños adquieren un mayor control de los grupos musculares que da como resultado una motricidad más fina y una mejor

coordinación de sus movimientos, además se incrementa la velocidad y eficiencia de los procesos cerebrales para mejorar la capacidad para descartar la información irrelevante (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010). Esta maduración se puede observar en la habilidad de los niños para agarrar objetos con mayor precisión y lograr un aprendizaje académico de mayor complejidad como la lecto-escritura.

### **Área socio-emocional.**

En el área socio-emocional, de acuerdo a lo reportado por Parker, Rubin, Price y de Rosier (1995) los niños comienzan a conformar grupos de amigos, pero mostrarán preferencia por relacionarse con niños del mismo sexo y sólo aquellos que sean segregados por otros niños, los que posean pocas habilidades sociales o los que sean agresivos, se reunirán con compañeros del sexo opuesto. Los niños empiezan a considerar la amistad y ésta resulta un indicador de maduración de los sentimientos e intenciones, también empiezan a apreciar los pensamientos y sentimientos de otros, así como a considerar la lealtad y la confianza. Comienzan a tener puntos de vista negativos hacia las categorías a las que no pertenecen, como podrían ser: la clase social o el grupo étnico; mostrando cambios importantes en el desarrollo de sus juicios e inclinándose a la preferencia de los estándares que mueven a su grupo de amistades.

Respecto al juego, los niños tienden a desarrollar con mayor medida un juego cooperativo y organizado, con normas y reglas establecidas por los miembros del grupo o adultos, este tipo de juego “formal” implica cada vez más, la división del trabajo, la diferenciación de roles, el trabajo en equipo, el liderazgo y la amplitud de la comunicación. Por ello, la agresión física (característica de la etapa preescolar en donde se dirige a la posesión de objetos o espacios) tiende a disminuir, viéndose sustituida por una agresión más de tipo verbal y de represalias con el fin de hacer daño a los demás (relacional). Se observa también, un aumento en los chismes, comentarios burlones y/o peyorativos hacia otros niños, principalmente hacia aquellos que no se encuentran presentes al momento de la conversación.

En cuanto al comportamiento pro-social, no hay un consenso para afirmar que los niños muestren una conducta cooperativa real a estas edades, ya que se ha observado que a menudo ésta

se encuentra relacionada con los intereses propios del niño y que conforme aumenta la edad, se presenta una mayor conducta cooperativa.

### **Área cognoscitiva.**

En relación al nivel cognoscitivo, los niños se encuentran en la etapa de las operaciones concretas, esto implica que se ha producido un pasaje de la representación egocéntrica a la representación conceptual. En esta etapa, se constituyen los sistemas de las operaciones lógicas, espacio-temporales y la organización de los agrupamientos operatorios, lo que contribuye a que los niños puedan seguir transformaciones posibles y coordinar puntos de vista diferentes. Aquí los niños todavía no logran interiorizar los estímulos externos por sí mismos, requieren de apoyos externos materializados y sociales, aún no logran una autonomía, por esto en la mayoría de los casos se puede observar una cierta sumisión del niño ante el adulto; el niño se permite influenciar por sus mayores para lograr interiorizar reglas, normas y aprendizajes intelectuales (Piaget & Inhelder, 2007).

A grandes rasgos, se puede resaltar a manera de resumen que los cambios más importantes a nivel de desarrollo en la etapa escolar se ubican en los procesos de las habilidades académicas y sociales, indicadores que son considerados en el modelo del desarrollo basado en competencias de Masten et al. (2006). Por ello, dichos indicadores deberán tenerse en cuenta a la hora de juzgar el desarrollo del niño, además de los cambios físicos, pues sirven como referencias para evaluar la posibilidad de un desarrollo desadaptativo. Por ejemplo, la trayectoria normativa de la conducta de agresión física indica que los niños en edad escolar tienden a sustituirla por un comportamiento de agresión de tipo verbal; por lo que, si este comportamiento físico se observa que persiste, es posible que sea considerado como problemático y además si se produce con demasiada frecuencia o de forma muy intensa podría considerarse como un problema mayor que no le permitiría al niño una adaptación positiva en su medio, debido al rechazo de sus pares.

En este caso, el niño estaría demostrando un comportamiento competente de tipo social desadaptativo, que podría implicar un efecto de bola de nieve en otras áreas del desarrollo, como la competencia académica, más problemas de comportamiento externalizado, quizá presencia de

problemas internalizados y dificultades en su desarrollo posterior. Al respecto, la evidencia empírica ha demostrado casi de manera consistente que el éxito en las tareas del desarrollo dirige al niño a un ajuste social y cultural adaptativo y pronostica una adaptación exitosa en el hito del desarrollo posterior (Cicchetti, 2006). Y por el contrario, el fracaso en estas tareas del desarrollo implican trayectorias desadaptativas del desarrollo y presencia de psicopatología que a su vez repercuten en el funcionamiento actual y posterior del niño (Masten et al., 2006).

Ya que se ha demostrado que la psicopatología es un factor que se encuentra relacionado al comportamiento competente y al desarrollo adaptativo actual y posterior de un individuo, resulta de interés abordar el tema para conocer qué se entiende por psicopatología infantil y cómo se ha abordado éste en el contexto de la niñez.

### **Psicopatología infantil**

Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, se ha considerado que la psicopatología podría entenderse como una distorsión, desviación, trastorno, degeneración o exageración del funcionamiento normal (Cicchetti, 1984; Toth & Cicchetti, 2010). Sin embargo, debe reconocerse que esta no es una definición unánimemente aceptada pues no existe un consenso general por parte de las diferentes escuelas en psiquiatría y psicología para conceptualizar el constructo. Así como tampoco existen formas universales de clasificación para abordar los diferentes síntomas de psicopatología que experimentan los niños, de hecho el tema de la clasificación de los síntomas en la edad infantil resulta aún controversial.

Hasta nuestros días, los criterios de clasificación de mayor difusión y utilidad han sido aquellos que se fundamentan en el enfoque médico y los postulados neo-krapelianos, los cuales surgieron en un inicio para clasificar los trastornos psiquiátricos de los adultos y posteriormente se han ido adaptado para presentar una nosografía infantil, que ha sido cuestionada principalmente porque en la etapa de la adultez los síndromes y trastornos suelen estar mucho más delimitados y fijos que en el niño. Sin embargo, el interés y esfuerzo por clasificar los trastornos infantiles continúa, pues se considera fundamental para la consolidación de una psicopatología infantil científica.

Además, contar con criterios diagnósticos operativos y un sistema de clasificación adecuado a niños y adolescentes facilita la comunicación entre profesionales y la comparación de resultados obtenidos en diversas investigaciones. Por ello, se han observado esfuerzos importantes para proponer nuevas taxonomías, tales como las derivadas por métodos estadísticos, que han consolidado empíricamente otra modalidad de abordar las problemáticas infantiles y por ende, de evaluar e intervenir. Sin embargo, el debate sobre la manera en que la psicopatología infantil debería ser clasificada, es un tema de actualidad, pues cada taxonomía ha demostrado fortalezas y debilidades.

### **Sistemas de clasificación en psicopatología infantil.**

En psicopatología, las clasificaciones son sistemas desarrollados para ayudar a comprender la naturaleza de las enfermedades mentales y hacer precisa la comunicación entre profesionales de la salud. En sus inicios, los sistemas de clasificación se expandieron y consolidaron a partir de las observaciones clínicas de los trastornos de pacientes veteranos de la segunda guerra mundial (Cantwell, 1996), dichos sistemas fueron elaborados bajo la influencia del modelo médico tradicional por lo que la descripción de los trastornos se realizó partiendo de sus bases biológicas, síntomas, fenómenos subjetivos experimentados por el paciente y fenómenos observados por el clínico.

Así, los primeros sistemas de clasificaciones diagnósticos surgieron en el contexto de la psicopatología de los adultos y contenían un gran número de categorías que describían los desórdenes de la adultez pero muy pocos que describieran la patología infantil. De manera tal, que en un principio no existía un sistema general de clasificación para los desórdenes infantiles, sino hasta 1966, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio a la tarea de comenzar a fomentar el desarrollo de un apartado específico para los trastornos infantiles pues se reconoció la importancia de considerar las características de desarrollo distintivas entre niños y adultos, ya que muchos comportamientos de la infancia, a pesar de ser vistos como problemáticos resultan normales para ciertas edades dadas las características de maduración.

Cabe señalar, que antes de la publicación del CIE 9 en 1978 (Cantwell, 1996), se realizaron algunos ensayos de campo para evaluar el estado de la clasificación de la psicopatología infantil y del adolescente, desafortunadamente estas pruebas mostraron poco acuerdo entre los psiquiatras respecto a la conceptualización de la psicopatología infantil. Sin embargo Rutter y sus colaboradores han descrito que estos trabajos revelaron un acuerdo entre los profesionales sobre la descripción fenomenológica de dos dimensiones generales: trastornos del comportamiento o de externalización y emocionales o de internalización (Rutter et al., 1969). Actualmente, estas dimensiones se han retomado y han sido objeto de muchas investigaciones con el fin de garantizar su validez y confiabilidad, dando lugar así a una clasificación dimensional de los trastornos infantiles (Achenbach & Edelbrock, 1983).

De esta forma, se puede observar que el interés por clasificar los trastornos de la psicopatología infantil resulta un fenómeno contemporáneo, aunque algunos clínicos pueden llegar a considerar que la clasificación de los trastornos infantiles es contraproducente pues puede ocasionar el estigma y rechazo social del menor involucrado. Sin embargo, también se ha llegado a la conclusión de que el problema, más que de clasificar, resulta debido al abuso de la clasificación y no del sistema en sí, pues lejos de resultar un problema en el terreno clínico y de la investigación, ha demostrado tener ventajas en el avance y comprensión del tema.

Pese a esto, aún existen diversas cuestiones por resolver respecto a cómo clasificar los síntomas de psicopatología infantil, entre los temas más discutidos se encuentran: 1) el debate sobre, qué sistema de clasificación es el más adecuado para la descripción de los trastornos de la psicopatología infantil, el dimensional o categorial; 2) cómo han de ser conceptualizados los trastornos de psicopatología infantil y del adolescente, de manera cuantitativa o cualitativa (al tener como referencia el desarrollo normal); 3) pueden las categorías descritas en los sistemas categoriales ser consideradas como entidades discretas; 4) cómo considera la comorbilidad cada sistema de clasificación; y, 5) cómo son consideradas las condiciones clínicas en cada sistema de clasificación (Cantwell, 1996).

Para poder dar claridad a estas cuestiones, resulta importante conocer de manera global las características de cada sistema de clasificación y evaluar sus limitantes y alcances:

## **Clasificaciones categoriales**

Existen diversos sistemas de clasificación que se pueden considerar como categoriales, entre estos, González, Calvo, Benavides y Sifre (2007) describen algunos:

### **Sistemas derivados de la nosología de adultos.**

En primera instancia se encuentran los sistemas de clasificación derivados de la nosología de adultos, los cuales se basan en una evaluación cualitativa de los síntomas considerados diferentes a la norma y se valoran a partir de su ausencia o presencia. Su construcción se basó en el consenso de expertos, a partir de su experiencia y práctica clínica para formular categorías diagnósticas y determinar la presencia o ausencia de un trastorno. Entre las taxonomías de mayor reconocimiento se encuentran, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en sus siglas en inglés DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Cada taxonomía describe un número de síntomas para formular un diagnóstico, la duración del trastorno y en algunos casos la edad de relevancia clínica, criterios para cada sexo y edades; en algunas categorías se representan subtipos del mismo trastorno.

El DSM se considera un sistema de clasificación de tipo categórico, jerárquico y multiaxial, se deriva de la taxonomía psiquiátrica original creada por Kraepelin en 1883; y la CIE, es una clasificación estadística propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que abarca tanto enfermedades mentales como otras enfermedades y estados patológicos. Estos sistemas de clasificación aunque consideran algunas edades críticas para evaluar los síntomas, carecen de un marco del desarrollo, en su mayoría se enfocan en la patología dejando de lado los comportamientos competentes o conductas adaptativas que se esperan de los individuos en cada periodo del desarrollo, por lo tanto no proporcionan indicadores de referencia para saber si el niño se está ajustando o no a lo esperado para su edad.

### **Sistemas de clasificación creados para niños.**

Por otro lado, los sistemas desarrollados específicamente para el diagnóstico de la psicopatología infantil, se formularon a partir del reconocimiento cada vez mayor, de la necesidad de contar con sistemas diferenciados de las taxonomías para adultos. La primera propuesta de este tipo de clasificaciones se realizó en 1965 a partir de los trabajos de Anna Freud, bajo una orientación psicoanalítica. Esta clasificación contiene categorías diagnósticas como: variaciones de la normalidad; síntomas transitorios como consecuencia de la tensión propia del desarrollo; neurosis infantiles y trastornos del carácter; infantilismos; trastornos límite, delictivos o psicóticos; personalidad retrasada, deficitaria y atípica; y, alteraciones del desarrollo intelectual. Cabe señalar que esta propuesta no ha contado con el impulso suficiente y no cuenta con estudios sistematizados de confiabilidad y validez.

Posteriormente en 1966, el Group for Advancement of Psychiatry (GAP) propuso una clasificación derivada también de la teoría psicoanalítica, que representa un sistema parecido a la taxonomía kraepeliana y plantea 10 categorías diagnósticas: 1. Respuestas adaptativas o de la salud; 2. Trastornos reactivos; 3. Anomalías del desarrollo; 4. Trastornos psiconeuróticos; 5. Trastornos de la personalidad; 6. Trastornos psicóticos; 7. Trastornos psicofisiológicos; 8. Síndromes cerebrales; 9. Retraso mental; y 10. Otras alteraciones o trastornos. Esta clasificación tampoco ha tenido gran difusión pero ha sentado las bases para el desarrollo de otros sistemas de clasificación.

Después en 1968, apareció la primera clasificación multiaxial propuesta por la OMS, la cual se elaboró bajo el consenso de reconocidos psiquiatras del ámbito infantil y presentaba las siguientes características: una formulación sistémica de la condición del paciente y de los factores asociados en diferentes aspectos o ejes, tales como: fenomenología, etiología, tiempo, funcionamiento social y otros. Esta clasificación axial permitía un conocimiento más completo del niño, pero no hay mucha evidencia sobre su validez y confiabilidad.

Dos años después, apareció la clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente, que representaba una clasificación biaxial, la cual trataba de considerar una

visión evolutiva a partir de dos ejes: el primer eje representaba categorías clínicas principales y el segundo, aspectos etiológicos que a su vez se subdividían en causas orgánicas y ambientales.

En 1970 también se presentó la clasificación de Greenberg, elaborada para el diagnóstico de la psicopatología del lactante, esta clasificación agrupaba las conductas atípicas del niño en nueve categorías: trastornos alimentarios, adquisición de hábitos, trastornos de la eliminación, estereotipias, alteraciones del arousal, trastornos afectivos, alteraciones de la relación con objetos, alteraciones cutáneas y respiratorias, y trastornos generales del desarrollo.

Una década después, en 1983, apareció la clasificación de Call, que contaba con diez categorías diagnósticas: las primeras tres se referían a reacciones de la salud o adaptativas, trastornos reactivos y alteraciones del desarrollo; las otras siete se referían a alteraciones psicofisiológicas, trastornos de la vinculación, alteraciones de la relación con padres, trastornos de la conducta, alteraciones del entorno, trastornos genéticos y patología de la comunicación.

Finalmente, Kreisler planteó la primera clasificación multiaxial para los primeros años de vida del niño, que en su segunda versión representaba cuatro ejes: expresión clínica, estructuras interactivas, factores etiológicos y evaluación del riesgo (González et al., 2007).

### **Limitantes y alcances.**

Como ha de notarse, los esfuerzos por realizar sistemas de clasificación categoriales han sido muchos; sin duda, han de existir más, entre sus fortalezas se resalta el valor clínico que tienen pues la mayoría han sido elaboradas a partir de las observaciones de profesionistas en la práctica clínica, por lo que cuentan con una descripción amplia del trastorno. Sin embargo, estas clasificaciones, en algunos casos, han resultado de difícil empleo a la hora de diagnosticar a los niños, una de las principales dificultades que representan es la falta de consenso entre sí mismas y su presentación como entidades discretas, pues algunas psicopatologías de la infancia no se pueden enmarcar en alguna clasificación determinada dada la comorbilidad que presentan los trastornos infantiles y los cambios evolutivos tan rápidos que ocurren en el desarrollo infantil.

Otra cuestión a considerar es que la mayoría de las taxonomías se han enfocado a los comportamientos problemáticos, a excepción de las taxonomías de Anna Freud y la del Group for Advancement of Psychiatry quienes retomaron conductas adaptativas o de la salud, cuestión importante a la hora de elaborar un juicio sobre el desarrollo del niño y el diseño de intervenciones dirigidas, más que a reducir síntomas, a facilitar el desarrollo. También ha de hacerse notar, que la mayoría de las categorías descritas en estos sistemas carecen de confiabilidad y validez cuestión que dificulta el que puedan ser replicadas, incluso en los distintos sistemas de clasificación más empleados (DSM y CIE) existen faltas de concordancia al describir la misma categoría diagnóstica (Domènech & Ezpeleta, 1995).

Por este hecho principalmente, si en vez de utilizar una clasificación categorial se prefiere una clasificación cuantitativo-matemática se resuelven algunos de los problemas antes citados, principalmente la cuestión del respaldo empírico, pero se presentan otros; pues esta otra forma de clasificar los trastornos de la infancia no parte totalmente de la clínica y algunos de los síndromes con escasa prevalencia como lo es el autismo infantil no quedan reflejados. Sin embargo, no por ello dejan de ser útiles pues pueden emplearse en un proceso de escrutinio o bien salvar las fortalezas de ambos sistemas y emplear un sistema mixto de clasificación, lo importante es que la evaluación y diagnóstico que se realice sea de utilidad para la intervención. Además, debe resaltarse que en los últimos años, los sistemas de clasificación dimensional han ganado terreno y el avance en la investigación ha tenido frutos importantes, principalmente porque cuentan con un respaldo empírico.

### **Clasificaciones dimensionales.**

Este tipo de clasificaciones se desarrollaron a partir de la necesidad de contar con un sistema de clasificación distinto a los empleados para adultos. Han sido denominados también sistemas múltiples o multivariados, son derivaciones de procedimientos estadísticos como el análisis factorial o de conglomerados, que tratan de identificar covariaciones entre distintas conductas para agrupar diferentes síntomas o comportamientos en dimensiones. Por ello, los problemas se clasifican siguiendo una estrategia empírica, que casi desde sus inicios ha revelado

dos grandes constructos que han mostrado un contraste entre individuos con ansiedad, inhibición y problemas neuróticos, e individuos con sintomatología antisocial, agresión y acting out.

De acuerdo con Cicchetti y Toth (1991) quizá, el antecedente más fuerte que apoye a estas dos amplias dimensiones de problemas del comportamiento internalizados y externalizados, fue generada por los estudios de la clasificación empírica de Ackerson en 1942, quien realizó un estudio clínico con 2,113 niños y 1,181 niñas, y obtuvo una puntuación de personalidad que correlacionó con conflictos mentales, cambios en el estado de ánimo, depresión, apariencia infeliz y comportamiento extraño; y una puntuación conductual que correlacionó con ausentismo escolar, desobediencia, destructividad, crueldad, mentiras, groserías, robos y violación de límites.

Posteriormente, Hewitt y Jenkins en 1946, realizaron otro estudio con 500 niños, y establecieron la presencia de tres clases de rasgos: sobre inhibición, agresión, y comportamiento delincuente; otra vez pudieron la presencia de problemas internalizados y externalizados era clara. En 1961, Peterson trabajó sobre un listado de 58 conductas desviadas, obtenidas a partir de las historias clínicas de más de 400 niños atendidos por problemas conductuales y reportó a partir de un análisis factorial la presencia de dos grandes categorías: conducta (o agresividad) y personalidad (o retraimiento) (Cicchetti & Toth, 1991).

Pocos años después, Achenbach (1966) examinó los síntomas conductuales encontrados en las historias clínicas de 300 niños y 300 niñas de entre 6 y 15 años; analizó los síntomas de manera separada en función al sexo y aplicó análisis factoriales de componentes principales con rotación quartimax, varimax, y oblimin. Sus análisis demostraron la presencia de seis componentes para niños y nueve para niñas, de los cuales cuatro eran similares para los dos sexos: comportamiento agresivo, obsesiones-compulsiones-fobias, quejas somáticas y comportamiento-pensamiento esquizoide. Las dos escalas específicas para los niños eran problemas sexuales y comportamiento delictivo. En el caso de las niñas aparecían además los factores: comportamiento hiperactivo, comportamiento neurótico y delictivo, obesidad, síntomas depresivos y síntomas ansiosos.

En análisis posteriores, Achenbach y Edelbrock (1983) obtuvieron además de las dimensiones de primer orden denominadas escalas de banda estrecha; factores de segundo orden o escalas de banda ancha, representadas por problemas de tipo internalizados, externalizados y mixtos. En el transcurso del tiempo Achenbach y sus colaboradores han continuado la revisión de su propuesta inicial hasta presentar las clasificaciones dimensionales que se muestran en la tabla 1. En la actualidad, estos autores cuentan con un sistema de evaluación denominado ASEBA, resultado de sus estudios y considerado de tipo multidimensional, porque incluye la información de padres; profesores; autoreportes del niño; evaluación del clínico e información que debe completarse con exámenes físicos y de las funciones cognitivas (Achenbach & Rescorla, 2001).

Tabla 1.

Síndromes derivados del análisis factorial de segundo orden (perfil de 1991)

Síndromes internalizados	Retraimiento social Quejas somáticas Ansiedad/Depresión
Síndromes externalizados	Conducta delictiva Conducta agresiva
Síndromes combinados	Problemas sociales Problemas del pensamiento Problemas de atención

Retomado de González et al. (2007). Psicopatología del niño y del adolescente p. 58

El empleo y difusión del sistema ASEBA ha tenido una aceptación importante en los últimos años y con ello el sistema de clasificación dimensional; de acuerdo a lo reportado en la página oficial de los autores (<http://www.aseba.org/asebabib.html>), algunos de los cuestionarios que integran el sistema ASEBA cuentan con estudios de validez y confiabilidad en aproximadamente en 80 culturas distintas, por lo que se considera que la replicación de síndromes en diversas investigaciones contribuye a establecer las bases para una taxonomía empírica de los problemas que más comúnmente se presentan en niños y adolescentes. Y aunque el respaldo empírico con el que cuenta este sistema de clasificación sea principalmente una de sus principales fortalezas, también ha generado críticas que han de considerarse al momento de su uso.

### **Limitaciones y alcances.**

De acuerdo con González et al. (2007), entre las limitantes más sobresalientes que se puede considerar tienen los sistemas de clasificación dimensional, es que distintos autores suelen etiquetar con nombres diferentes los factores obtenidos, por lo que la comunicación entre se torna difícil; los métodos estadísticos también se encuentran influidos por la subjetividad de los investigadores, porque son ellos los que deciden con cuáles reactivos trabajar para conformar el cuestionario y qué técnicas emplear para el tratamiento de la información; consideran síndromes frecuentes de la infancia, pero como no se trabaja directamente con casos clínicos, se pierden síndromes de menor frecuencia como el autismo y la posibilidad de generalizar los resultados a casos clínicos; carecen de criterios externos que permitan validar las agrupaciones de síntomas, o decidir el número adecuado de agrupaciones para describir el comportamiento.

Como podrá observarse, los sistemas de clasificación dimensional cuentan con un respaldo empírico importante y permiten analizar la continuidad de los problemas infantiles; su empleo se ha extendido a diversas culturas y contextos; se han desarrollado de manera exclusiva dentro del campo de la psicopatología del desarrollo para el análisis de los trastornos infantiles. Sin embargo, al emplearlos también habrán de considerarse sus limitaciones.

Sin embargo, partiendo de la idea de que no existe una clasificación perfecta, que los sistemas de clasificación consideran diversos niveles de análisis y de observación que difieren en su grado de abstracción, y que las clasificaciones son instrumentos necesarios pero incapaces de plasmar toda la realidad psicopatológica, resulta relevante para el avance del tema continuar con líneas de investigación que contribuyan a una mejor comprensión de los problemas en la infancia. Por lo que a continuación se presentarán las definiciones de las dimensiones de problemas internalizados y externalizados.

## **Las dimensiones de problemas internalizados y externalizados.**

En la actualidad no existe una definición universalmente aceptada de lo que son los problemas internalizados y externalizados, debido posiblemente a la falta de acuerdo entre investigadores al nombrar los síntomas clínicos, sistemas de medición, características culturales, generalización del problema, etc. (Heward & Orlansky, 1992). Sin embargo, estas dos grandes dimensiones se han mostrado de manera consistente casi desde las primeras investigaciones clínicas centradas en analizar y clasificar los problemas infantiles, de hecho a partir de diversos estudios empíricos han logrado validez y consistencia en el transcurso del tiempo y en diversas culturas (Cicchetti & Toth, 1991).

En el presente trabajo, a fin de presentar una definición de los problemas internalizados y externalizados, se retomaron las aportaciones realizadas a estos constructos por Achenbach y Edelbrock, (1983); Forns et al. (2012) y Reynolds y Kamphaus (2004).

### **Definición de problemas internalizados y externalizados**

#### **Problemas internalizados.**

Los problemas internalizados se definen como comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito emocional, cuyas expresiones se dirigen hacia uno mismo, causando daño y sufrimiento a la propia persona, por esto, los problemas internalizados causan problemas al propio yo. Entre los síndromes que se agrupan dentro de esta dimensión, se encuentran:

- a) depresión: se refieren a problemas que los niños describen como: sentirse solo, sentirse rechazado, sentirse mal, entre otros.
- b) ansiedad: se refieren a problemas que los niños describen como: cuando me preocupo me muerdo las uñas, me siento nervioso cuando tengo examen, entre otros.

Estos problemas pertenecen al dominio emocional, y en muchas ocasiones son más difíciles de detectar en comparación con otros problemas, principalmente en los niños.

**Problemas externalizados.**

Los problemas externalizados se definen como comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito conductual cuyas manifestaciones producen conflicto o daño en el entorno y a otros, implicando indiferencia de las normas sociales. Entre los síndromes que se agrupan dentro de esta dimensión, se encuentran:

- a) comportamiento disruptivo: se refiere a problemas como, juego en el salón de clase, corro aunque no esté permitido, etc.
- b) conductas de agresión física: se refieren a problemas como, le pego a los niños cuando se me da la gana, le he pegado a la maestra, entre otros.
- c) conductas de autoagresión: se refieren a problemas que los niños describen como: me he mordido para hacerme daño, me rasco hasta sacarme sangre, etc.

Tanto la definición de problemas internalizados, como externalizados que se ha presentado sirvieron de guía para la elaboración del presente trabajo, ambas definiciones contienen una explicación conceptual y los indicadores de los síndromes que se agrupan en cada dimensión. Presentar una definición resulta importante para comprender la forma en la que se aborda el objeto de estudio, sistematizar el espectro de los problemas infantiles, elaborar instrumentos de medición para detectar a los niños con problemas, analizar la prevalencia, comparar los resultados con otros estudios y conocer las características presentes en una población.

Sin embargo, ha de recordarse que la investigación de los problemas en la infancia se encuentra en desarrollo por lo que no existe una teoría única, sino diferentes abordajes teóricos y métodos de indagación que implican el empleo de herramientas de medición elaboradas a partir de metodologías y marcos conceptuales diversos, esta cuestión como se podrá observar a continuación se ve reflejada a la hora de realizar estudios de prevalencia de la psicopatología infantil.

## **Prevalencia**

Respecto a los datos de prevalencia sobre los problemas internalizados y externalizados, es importante señalar que hasta cierto punto esta información se muestra inconsistente y algo ambigua, lo cual se considera que se podría deber a diversos factores; entre éstos: la falta de una definición general para los constructos, la sistematización de los estudios realizados, las herramientas empleadas para recoger la información, el concepto de psicopatología que se maneja en las distintas culturas y la percepción que se tiene como adultos de los problemas infantiles.

Como ejemplo de la información descrita en el párrafo anterior, Klein, Gonçalves y Silva (2009) describieron los datos de prevalencia recolectados de ocho estudios diferentes en los que el informante fue el padre. Los resultados del análisis mostraron, en términos generales, rangos de prevalencia desde el 3% al 39%, con una media del 12%; aunque se observó que cuando la definición del trastorno estaba asociada con un grado severo e impedimentos para funcionar, la prevalencia mostraba índices del 6% al 16%; y si la definición involucraba un grado medio de intensidad, entonces la prevalencia se incrementaba en un 50%. Estos autores concluyeron que la información presentada en los diferentes estudios se encontraba relacionada a la definición del constructo.

Otro ejemplo, fue el estudio reportado por la OMS (2005) en el que se estimó que entre el 10 y 22% de los menores de 18 años, en diversos países, eran identificados con algún tipo de trastorno psiquiátrico; estos datos se obtuvieron a partir de la recolección de información de diversos estudios realizados en culturas diferentes, entre los que se encontraba un estudio piloto realizado en Camboya, en donde emplearon el instrumento de fortalezas y debilidades (SDQ) y encontraron que 20% de los maestros y 13% de los padres indicaron tener niños con problemas, aquí se puede observar la discrepancia que existe entre los informantes. Estos ejemplos, resaltan la importancia de considerar los índices de prevalencia presentados en la literatura con una visión crítica que tome en cuenta el marco de referencia, la definición que cada autor esté empleando para describir los problemas internalizados y externalizados así como el informante.

Considerando esta información, se describirán los resultados reportados por Konh, Levay, Alterwain, Ruocco, Contreras y Grotta (2001) en diversos estudios realizados en América Latina, que han mostrado también diferencias importantes en los datos presentados sobre la prevalencia de estos problemas. En el Salvador, empleando el Cuestionario de Morbilidad Psiquiátrica Infantil (QMPI), se reportó que 23.2% de los niños de entre 5 y 14 años tenían problemas emocionales. En Puerto Rico, empleando instrumentos como el CBCL y una Entrevista Diagnóstica para Niños (en sus siglas en inglés DISC); se reportaron prevalencias del 45.3% y del 40.5% respectivamente en niños de 4 a 16 años.

En Chile empleando instrumentos diagnósticos semiestructurados que se basan en la CIE-10, se reportaron prevalencias del 43% en niños de 5 a 7 años. En este mismo país, en una población escolar de Santiago se reportó una prevalencia del 15% de problemas conductuales y emocionales. En Uruguay, al emplear el Cuestionario de Morbilidad Psiquiátrica Infantil (QMPI), se reportó que 53% de los niños de entre 5 y 15 años, eran percibidos por sus cuidadoras con problemas conductuales o emocionales.

En el caso de México, en 1995 se realizó un estudio para identificar los tipos de trastornos que se presentaban en niños y adolescentes. Se realizaron entrevistas casa por casa empleando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) a las madres, el cuestionario mostró un alfa de 0.80 y la identificación de 27 síntomas. Los datos obtenidos de un total de 1,686 menores entre 4 y 16 años indicaron una prevalencia de 4.46% para los síndromes internalizados (depresión, ansiedad generalizada, ansiedad con inhibición y probables trastornos de la alimentación); de 2.38% para los síndromes externalizados (déficit de atención e hiperactividad, conducta oposicionista, trastorno de la conducta, conducta explosiva secundaria a daño cerebral y rasgo explosivo); de 5.23% para los síndromes mixtos tipo 1 (externalizados e internalizados) y de 3.92% para los síndromes mixtos tipo 2 (externalizados y/o internalizados con otro tipo de problema) (Caraveo, 2007).

En años más recientes, la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 1997 (SEP, 2000) reportó 6,295 niños atendidos por problemas de conducta; y en el ciclo escolar 2003-2004 (SEP, 2004) reportó que el 31% de niños que acudían a educación básica presentaron problemas

emocionales y de comportamiento, así como dificultades de aprendizaje, pero no se tiene un diagnóstico diferencial dado que en esta Institución las políticas de integración educativa no consideran indispensable el diagnóstico por lo que tampoco se reporta quiénes y cómo identificaron a los niños.

Como una síntesis de esta información, en la Tabla 2 se presentan los datos de prevalencia descritos en los diversos trabajos antes citados.

Tabla 2.

Datos de prevalencia presentados en diferentes trabajos.

<b>País/Estudio</b>	<b>Fuente</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Edades</b>	<b>Prevalencias</b>	<b>Problemas</b>
Meta-análisis	Klein et al. (2009)	CBCL		3% al 39%	Rango general de PI y E
				6% al 16%	Grado severo
				50%	Grado medio
OMS	OMS (2005)	Varios	menores de 18	10% y 22%	Trastorno psiquiátrico
Salvador	Kohn et al. (2001)	QMPI	5 - 14	23.2%	Conductuales y emocionales
Puerto Rico		CBCL	4 - 16	45.3%	Trastornos mentales
		DSM-III		40.5%	
Chile		CIE-10	6 - 12	43%	Salud Mental
Santiago				15%	Conductuales y emocionales
Uruguay	QMPI	5 - 15	53%	Conductuales y emocionales	
México	Caraveo (2007)	CBTD	4 - 16	4.46%	Internalizados
				2.38%	Externalizados
				5.23%	Mixtos 1
				3.92%	Mixtos 2
México	SEP (2000, 2004)	No especificado	6-12	6.29%	Conductuales
				31%	Conductuales emocionales y aprendizaje

En esta información representada en la tabla, se puede observar lo descrito por Klein et al. (2009) acerca del amplio rango de prevalencia que se puede encontrar en diversos estudios desde el 3% al 50% y un poco más en el caso del estudio realizado en Uruguay; cabe indicar tal como se señaló antes, que esta información debe ser considerada de manera crítica y con el propósito de hacerse una cierta idea de la presencia de los trastornos en la infancia, además de reflexionar qué tanto los adultos sobreestiman los problemas de los niños y por ende la necesidad de preguntar al propio niño sobre sus propios problemas.

En este sentido, otra situación importante a considerar es, sin duda la cultura pues en distintos países incluso empleando el mismo instrumento, los datos que se presentan difieren considerablemente: Salvador (23.2%) y Uruguay (53%). En este aspecto habría que tener presente que la cultura influye en el sistema de creencias de los adultos para encontrar tolerables o no, ciertos comportamientos infantiles, pues en todos los estudios que se revisaron hasta este momento, es el adulto (padre o cuidador) quien reporta la información, quien determina si la conducta del niño le resulta normal o anormal y es el adulto quien juzga si el niño necesita ayuda profesional.

Por lo tanto se puede concluir que los padres y cuidadores de los niños son quienes perciben elevados índices de prevalencia para los problemas de tipo internalizados y externalizados, incluso en el caso de México que en términos generales se reportó una prevalencia de psicopatología del 16%, este dato cobra importancia al pensar en la información que el niño está recibiendo del adulto e interiorizando para estructurar y consolidar su personalidad; de tal suerte que se llegue a asumir como un niño con problemas y presentar una trayectoria y continuidad desadaptativa en el transcurso de su desarrollo.

### **Trayectoria y continuidad de los problemas internalizados y externalizados**

Autores como Rutter, Kim-Cohen y Maughan (2006) han descrito que tanto el desarrollo atípico como el desarrollo normal involucran cambios comportamentales y reacomodaciones; por lo que ambos, pueden caracterizarse por continuidades y discontinuidades en el transcurso de los años; causados por factores a nivel biológico, cognitivo, social y del tipo de experiencias que

tenga el niño. Aunque explicar la trayectoria y continuidad de los problemas internalizados, no es una tarea sencilla pues, en comparación con la literatura reportada sobre los problemas externalizados, se cuenta con poca evidencia, particularmente durante los primeros años de vida (Hunter, Chenier, & Gresham, 2013); esto posiblemente se deba a la dificultad que se tiene para desarrollar instrumentos que midan estos comportamientos ya que, en estos casos, resulta de mayor importancia contar con la información del propio niño.

### **Trayectoria de los problemas internalizados.**

De acuerdo a la información descrita por Fanti y Henrich (2010), los problemas de tipo internalizados pueden aparecer de manera temprana entre el primer y segundo año de vida en forma de aislamiento, ansiedad y tristeza. Después de los dos años existe la probabilidad de que aumenten gradualmente y se mantengan en el transcurso de la vida, por lo que los niños que presentan este tipo de problemas, probablemente podrían mostrar una continuidad desde la infancia hasta la adolescencia.

Asimismo, la misma autora refiere que en relación con el sexo, se ha observado que durante los primeros años de la vida hay pocas diferencias pero durante la transición a la adolescencia, las niñas muestran problemas internalizados con mayor frecuencia y severidad, en comparación con los varones. Además, las chicas tendrán el doble de probabilidades de presentar ansiedad y depresión durante la adolescencia según lo reportado por Chen, Liu, Rubin, Li, Li, Cen y Li (2003).

### **Trayectoria de los problemas externalizados**

Fanti y Henrich (2010) describieron que los problemas externalizados aparecen a edades tempranas en forma de agresión física, rabietas, conductas desafiantes, irritables y argumentativas; estos comportamientos aumentan en intensidad durante el segundo año de vida cuando los niños los emplean de manera frecuente para resolver conflictos con sus compañeros de juego, pero de acuerdo a una trayectoria normativa, estos disminuirán cuando el niño ingrese a

la escuela porque aprenden a desarrollar habilidades de tipo cooperativas y pro-sociales, además de que hay un desarrollo mayor del lenguaje para expresar y negociar sus dificultades.

Durante los primeros años de vida hay pocas diferencias en la frecuencia e intensidad de los problemas externalizados en relación con el sexo, tanto niñas como niños muestran comportamientos similares como golpear, morder, y hacer berrinches; mismos que después del segundo año deberían disminuir en ambos casos. En las niñas, se podrá observar de forma más temprana una mayor frecuencia a comportarse de manera oposicionista y agresiva, en comparación con los niños; pero estos últimos, lograrán superarlas alrededor de los 4 y 5 años, cuando comienzan a participar en actos más agresivos y a mostrarse más impulsivos.

Posteriormente, cuando ingresan a la primaria, los problemas de tipo externalizados son 10 veces superiores en los niños que en las niñas. A pesar de que en la mayoría se observa una disminución, habrá un pequeño grupo (tanto de niñas como niños) que no superan los berrinches, el comportamiento desafiante, irritable y argumentativo, característicos de la primera infancia, por lo que probablemente presentaran problemas crónicos (Fanti & Henrich, 2007).

En términos generales, la investigación sobre el tema, sugiere que la trayectoria de los problemas externalizados es similar para niños y niñas; sin embargo, se ha encontrado que las niñas exhiben menores niveles de agresión física. Y que los niños y niñas que no logran superar el curso evolutivo de los problemas externalizados probablemente presenten problemas crónicos, lo que ha sugerido una continuidad hasta la edad adulta, generando dificultades en otras áreas de la vida.

### **Continuidad**

Respecto a la continuidad tanto de los problemas de tipo internalizados como externalizados, se han realizado diversas investigaciones en las que se describen que aquellos niños que no logran superar estos problemas en las edades pertinentes, mostrarán una continuidad de la problemática hasta la edad adulta. Los resultados de algunos estudios, han indicado que los

problemas clínicos de los niños preescolares persisten, en algunos casos, hasta la edad adulta (Anselmi et al., 2008; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003)

De esta forma, las investigaciones en el campo de la psicopatología del desarrollo han expuesto que algunos problemas y trastornos que se originan en la infancia subsisten en la edad adulta y se asocian con otros trastornos psiquiátricos, aunque la naturaleza y gravedad de éstos pueda cambiar (Rutter et al., 2006). Por ello, es importante tener presente la continuidad del problema y las diferentes trayectorias que puedan seguir, con el fin de conocer el impacto que tienen sobre las tareas del desarrollo sobresalientes en cada hito de la vida.

### **Evidencia empírica sobre la continuidad de los problemas internalizados y externalizados en el desarrollo del niño en edad escolar.**

En muchas ocasiones se llega a considerar que las dificultades en la niñez son transitorias y por ello es común dedicarles poca atención, minimizarlas y llegar a pensar: “con el tiempo se le pasará”. Sin embargo, es cada vez mayor la evidencia que señala la relación entre los problemas de la infancia, su continuidad a lo largo del tiempo y las repercusiones que tienen en las distintas esferas de la vida y en particular en las tareas del desarrollo sobresalientes para cada periodo de edad, pues se recordará que éstas tienen un papel central en la adaptación de la persona al medio y cuando no se llevan a cabo de manera exitosa, se estarían presentando síntomas de psicopatología que a su vez repercutirían en las tareas del desarrollo y la adaptación (Masten, Desjardins, McCormick, Kuo, & Long, 2010).

Esta relación respecto a la continuidad de los problemas internalizados, externalizados y las tareas del desarrollo, se ha documentado en diferentes trabajos, por ejemplo: en el estudio realizado por Masten et al. (2005) se analizó la relación de los síntomas internalizados y externalizados con la competencia académica. Se trabajó con una muestra de 205 niños de escuelas urbanas de entre 8 y 12 años. Los autores reportaron los siguientes efectos en cascada: los problemas externalizados en la infancia tenían repercusiones sobre la competencia académica en la adolescencia, que posteriormente mostraban un efecto negativo sobre los problemas internalizados en la juventud. También se observó que los problemas internalizados disminuían el

riesgo de desarrollar problemas externalizados. Las variables como el sexo, el CI, la calidad en la crianza y factores socioeconómicos no fueron moderadoras en los resultados que se presentaron.

En años más recientes, Burt et al. (2008) analizaron las asociaciones entre la continuidad de los problemas internalizados, externalizados y la competencia social. Realizaron un estudio longitudinal con 205 niños de diferentes grupos étnicos de E.U., de edades entre 8 y 12 años, los niños fueron reevaluados después de 7, 10 y 20 años, con instrumentos de competencia social (que evaluaba principalmente el tener amigos y ser aceptado socialmente), un cuestionario de autopercepción, el CBCL y el YSR. Los resultados mostraron patrones negativos de competencia social y problemas de comportamiento internalizados de la niñez a la adolescencia y a la adultez. En cuanto a la competencia social y los problemas externalizados, se observaron fuertes asociaciones en la niñez pero no de manera longitudinal.

Otro estudio realizado por Moilanen, Shaw y Maxwell (2010) tuvo como propósito analizar las trayectorias relacionadas con los altos niveles de problemas externalizados, bajos niveles de competencia académica, y altos niveles de problemas internalizados durante el periodo escolar temprano y elevaciones en problemas internalizados durante la transición a la adolescencia. Se trabajó con 291 niños de diferentes grupos étnicos de E.U., identificados por sus padres y maestros con problemas internalizados, externalizados y dificultades en la competencia académica. Los resultados del estudio indicaron que los niveles altos de problemas externalizados a las edades de 6 y 8 años estuvieron asociados con baja competencia académica a las edades de 8 y 10 años, respectivamente.

Por otra parte, la competencia académica a las edades de 10 y 11 años estuvo relacionada con problemas externalizados a las edades de 11 y 12 años; también la baja competencia académica se encontró relacionada con altos niveles de problemas internalizados a la edad de 11 años. Los altos niveles de problemas externalizados a la edad de 6 años y durante la transición a la adolescencia, fue predictiva para altos niveles de problemas internalizados a las edades de 8 y 12 años de forma respectiva. Finalmente, puntuaciones bajas de inteligencia estuvieron directamente relacionadas con problemas externalizados a la edad de 11 años.

Un estudio más, fue el realizado por van Lier y Koot (2010) quienes para evaluar un modelo del desarrollo en cascada de los síntomas internalizados, externalizados y las dificultades para relacionarse con los pares (rechazo de pares, victimización y amistades), trabajaron con 653 niños holandeses; a quienes evaluaron anualmente desde el segundo grado de kínder hasta el cuarto grado de educación básica; el promedio de edad de los niños al iniciar la investigación fue de 6 años.

Los resultados de su estudio mostraron continuidad de los patrones de problemas externalizados y de problemas internalizados desde el primer hasta el cuarto año de educación básica. Continuidad de los problemas externalizados en el kínder hacia problemas internalizados en el primer grado. El rechazo de pares y la victimización estuvieron relacionados con problemas externalizados durante el segundo año de kínder y con problemas internalizados en el cuarto grado. El modelo de cascada fue similar en niños y niñas.

Por otro lado, van Lier, Vitaro, Barker, Brendgen, Tremblay y Boivin (2012) realizaron un estudio para explorar si los problemas externalizados en niños en escuela primaria impedían el funcionamiento académico y las experiencias sociales negativas, como la victimización entre iguales, haciéndolos vulnerables para desarrollar problemas internalizados y posiblemente, aumentar sus problemas externalizados. También en el estudio se analizó si los problemas internalizados contribuían al aumento de problemas externalizados. Trabajaron con 1,558 niños canadienses de entre 6 y 8 años. Las mediciones de los problemas internalizados, externalizados, la victimización de pares y el rendimiento escolar fueron anualmente. Los resultados mostraron que los problemas externalizados conducían al bajo desempeño académico y experiencias de victimización entre iguales. El bajo rendimiento académico y la victimización entre iguales, a su vez, predecían aumento de los problemas internalizados y externalizados. Estas trayectorias se presentaron igual entre niños y niñas.

También Vaillancourt, Brittain, McDougall y Duku (2013) reportaron la relación entre la competencia académica y la psicopatología. De acuerdo con los resultados de su estudio el bajo rendimiento académico se encontró relacionado con problemas externalizados. Los niños que mostraron un pobre desempeño en el área de la escritura durante el 3<sup>er</sup> grado escolar, tuvieron un

bajo rendimiento académico en 5° año y más problemas externalizados en 6° grado. Estos autores concluyen que el bajo rendimiento escolar puede ser un factor de riesgo para la presencia del comportamiento agresivo, por lo que consideran que los educadores deben prestar mayor atención a las dificultades académicas de los niños.

De esta forma, se puede observar que la evidencia empírica ha demostrado claras relaciones de la interacción recíproca y bidireccional entre los problemas internalizados, externalizados y la competencia académica y social. Estas relaciones se han demostrado en la mayoría de los casos a partir de investigaciones longitudinales que han comprobado los efectos “cascada” entre los factores antes descritos desde edades tempranas. Por ello, se considera que la identificación e intervención temprana de estos problemas puede atenuar el riesgo de una baja competencia académica y social y detener en cierto modo el efecto “cascada”.

En resumen, se puede exponer que para poder comprender y juzgar el desarrollo desadaptativo del niño, es importante contar con el bagaje teórico sobre los indicadores normativos del desarrollo en cada etapa de la vida. Es cierto, que no existe un consenso universal de lo que se debería considerar “desviado”, por ello también es necesario contextualizar el objeto de estudio de acuerdo a las normas sociales y culturales; quizá esta falta de acuerdo para clasificar y definir la psicopatología infantil repercute en el desarrollo de instrumentos de evaluación y por ende en los estudios de los índices de prevalencia reportados por diferentes investigadores. Además de esto, estos indicadores, en la mayoría de los casos son el resultado de las percepciones de padres, maestros y profesionistas. Debido a esto, se piensa que para poder salvar estos problemas es importante contar con instrumentos contextualmente válidos en formato de autoreporte con el fin de generar una idea más cercana a las percepciones de los propios niños, considerando sus recursos cognoscitivos, para definir sus problemas de salud mental y poder evaluarlos e intervenir de manera oportuna.

Al respecto, Esquivel, Heredia y Lucio (2007) resaltaron la importancia de contar con herramientas de evaluación que resulten apropiadas a la población, con el propósito de lograr una identificación e intervención temprana. Por ello, uno de los objetivos del presente trabajo fue el desarrollo de un cuestionario para medir problemas internalizados y externalizados, ya que a

partir de la investigación teórica realizada (que se comentará en el siguiente capítulo) como parte de este trabajo, fueron pocos los instrumentos en formato de autoreporte para niños de 8 a 12 años que se observó, se han desarrollado en nuestro país.

La evaluación e intervención temprana, resultan relevantes en el caso de los niños que presentan problemas internalizados y externalizados, pues como se pudo apreciar a lo largo de la teoría descrita en este capítulo, son problemáticas que influyen en el éxito de las tareas del desarrollo y cuando no se les da un tratamiento oportuno muestran una continuidad y trayectorias que afectan el comportamiento adaptativo a edades tempranas y hasta la adultez. Por ello, contar con instrumentos culturalmente válidos para niños mexicanos, apoyará el avance del conocimiento del tema y el trabajo del psicólogo en las áreas de evaluación, identificación e intervención temprana, tópicos que serán abordados en el siguiente capítulo.

## **Capítulo 3.**

# **Evaluación e Intervención en Niños con Problemas Internalizados y Externalizados.**

---

En el presente capítulo, se hará una revisión de la evaluación psicológica dirigida a niños con problemas internalizados y externalizados, se revisarán algunos de los instrumentos de evaluación más comúnmente empleados para obtener la información de los síntomas reportados en los problemas de la infancia y se describirán algunas de sus propiedades psicométricas. Posteriormente se hará referencia a la intervención, se describirán las características de la psicología clínica basada en la evidencia así como algunos de los programas de intervención que se han implementado para el tratamiento de los problemas en la infancia y cuentan con apoyo empírico.

En términos generales la evaluación es un recurso que sirve para hacerse cierta idea del niño, su propósito es examinar los procesos intra e interpsíquicos que se encuentran en cambio constante, resolver problemas, diagnosticar, asesorar, intervenir, evaluar los progresos y a partir de esto, poder tomar decisiones bien fundamentadas (Sattler, 2004). Desde el punto de vista de Forns (1993) la evaluación del niño como ser psicológico implica el análisis de sus fortalezas y del nivel de desarrollo potencial en cuanto a la estructura de su personalidad y conducta, habilidades sociales, cognoscitivas, comunicativas y funcionamiento intelectual, pues a partir del análisis detallado de estas áreas, se podrá brindar un planteamiento instruccional educativo o clínico terapéutico.

Por ello, Lucio (2014) argumenta que el psicoterapeuta infantil requiere contar con diversas herramientas para realizar una labor adecuada al identificar, evaluar e intervenir en las problemáticas del niño; por un lado, describe, que el profesional requiere de conocimientos del desarrollo infantil y sus trayectorias, conocer las diferentes formas de clasificación de los

problemas en la infancia; contar con un conocimiento preciso del contexto cultural en el que interactúa el niño, conocer los datos de prevalencia de las problemáticas más comúnmente reportadas, tener conocimiento de las herramientas básicas y de la diversidad de pruebas psicológicas para realizar el diagnóstico, también sería deseable que conozca los tipos de tratamientos existentes.

Contar con un bagaje teórico amplio sobre el desarrollo y las herramientas de evaluación e intervención, resulta indispensable a la hora de evaluar al niño, pues a partir de ésta el clínico se va haciendo una idea de la forma de intervenir. Forns (1993); Offord y Bennett (2002) y Sattler (2004) han considerado que la misma evaluación psicológica es un proceso que involucra el desarrollo de procedimientos de intervención; durante este proceso se pueden ir aportando pequeñas intervenciones al mismo tiempo de ir recabando información por medio de la aplicación de diversas técnicas a diversos informantes, con el fin de lograr tener una mejor idea del niño, de sus problemas y de los contextos en los que se desarrolla para diseñar intervenciones acordes a sus características y necesidades.

### **La evaluación de niños con problemas internalizados y externalizados**

Los niños con problemas internalizados y externalizados, representan un amplio grupo heterogéneo que muestra un gran rango de problemas conductuales o emocionales; ansiedad, depresión, comportamiento disruptivo, agresión física, etc. Sin embargo a pesar de esta heterogeneidad podrían estar mostrando tres características compartidas: sus comportamientos están a menudo fuera de lugar y resultan problemáticas para sus maestros, padres, compañeros y vecinos; difícilmente se reconocen sus dificultades para controlar su comportamiento, se les considera culpables de sus conductas pues no se acepta que carecen de las habilidades para afrontar sus problemas; y, finalmente, en la mayoría de los casos son excluidos, estigmatizados como problemáticos y con problemas mentales por lo que se les llega a aislar del grupo o comunidad (Worthington & Gargiulo, 2003).

Estos niños, además de presentar problemas de bajo desempeño académico y dificultades para relacionarse socialmente, muestran problemas en su comunicación caracterizada por un

lenguaje poco fluido, divergente e inapropiado para las conversaciones sociales (Worthington & Gargiulo, 2003). Además la investigación ha demostrado consistentemente a partir de estudios longitudinales prospectivos y retrospectivos que los orígenes de muchos problemas en la etapa de los adultos se encuentran en los primeros años de vida, por lo que se puede considerar que tanto los problemas internalizados como externalizados predicen el uso temprano de drogas, trastornos psiquiátricos y la presencia de comportamientos criminales que en muchas ocasiones llevan a la persona a enfrentar al sistema judicial (Murray, Irving, Farrington, Colman, Claire & Bloxson, 2010).

Éstas, resultan ser razones suficientes para pensar en la importancia de identificar e intervenir tempranamente en los problemas internalizados y externalizados que presentan los niños, evaluarlos de manera temprana ayudaría a identificar oportunamente sus necesidades e instrumentar programas de intervención que favorezcan el desarrollo de sus habilidades para afrontar sus problemas de manera funcional y lograr una mejor adaptación al medio. Aunque ha de señalarse que la evaluación de los niños con problemas internalizados y externalizados es un proceso complejo, que requiere preferentemente una aproximación multimétodos y multinformantes (Forns, 1993), que incluya una variedad de instrumentos de tipo criterial, observacional, entrevistas y pruebas estandarizadas dirigidas a obtener la información de los padres, maestros, compañeros y del propio niño.

En este sentido, es importante señalar que en los últimos años, a fin de lograr tener una mayor comprensión de los problemas de los niños de menor edad y de sus experiencias relacionadas con su salud-enfermedad, se ha enfatizado la importancia de conocer las propias percepciones del niño; se reconoció que son ellos el mejor recurso de información sobre sí mismos (Docherty & Sandelowski, 1999); particularmente, cuando se trata de contar con información de sus procesos internos, como en el caso de los problemas internalizados, que en muchas ocasiones pasan desapercibidos debido a que el niño no irrumpe en el medio.

Pese a esto, son pocos los instrumentos diseñados en formato de autoinforme para evaluar los problemas infantiles, particularmente cuando se trata de niños pequeños, esto posiblemente podría deberse a las falsas creencias de que a los pequeños no les impactan las problemáticas

sociales; que no cuentan con el nivel de maduración cognoscitivo para comprender y expresar su sentir; y a la dificultad para diseñar, validar y aplicar instrumentos acordes a sus niveles de desarrollo. Estas razones quizá influyan para que los instrumentos se diseñen a fin de que sean los adultos los informantes del desarrollo socio-emocional de los niños pequeños, de tal suerte que el diagnóstico que se realiza, es en muchos de los casos, a partir de lo que el adulto considera problemático en el niño, lo que en algún momento puede influir en la sobrevaloración o subestimación de algunos problemas.

Por ello, uno de los retos principales de este trabajo fue contribuir al proceso de evaluación de los niños con problemas internalizados y externalizados por medio del diseño y validación de un cuestionario en formato de autoinforme, con opciones de respuesta tipo Likert pictórico, para niños mexicanos de 8 a 12 años. Este objetivo surgió a partir de la necesidad de contar con herramientas culturalmente válidas a la población, pues al momento de realizar una revisión bibliográfica de las diferentes escalas válidas para medir este tipo de problemas, no se identificó alguna que estuviera validada en este contexto para los rangos de edad antes descritos y en formato de autoreporte. A continuación, se presentaran las escalas que se revisaron y la descripción de algunas de sus características.

### **Escalas para problemas internalizados y externalizados.**

En este apartado se presentará la información de determinados sistemas de evaluación que se basan en la clasificación dimensional de los problemas de la niñez, algunos de estos sistemas contienen formatos para multinformantes con el propósito de obtener una mayor información del niño en los diversos contextos en los que se desarrolla y una mayor precisión diagnóstica. En primer lugar se describirán tres sistemas que contienen formatos para padres y maestros; posteriormente, se presentaran tres más que han considerado agregar a sus sistemas de evaluación formatos de autoinformes. Enseguida se presentaran los trabajos que se han realizado en México y una tabla que resume la información proporcionada de las escalas revisadas; finalmente, se describirá una investigación que considera 12 instrumentos elaborados en los últimos 30 años.

## **Sistemas de evaluación con formatos para padres y maestros**

### **Rutter Children Behaviour Scales (RCBS).**

El Cuestionario Conductual para Niños de Rutter (1967) fue diseñado para evaluar los problemas internalizados y externalizados; está conformado por tres factores: Hiperactividad/Inatención; Dificultades Internalizadas y Dificultades Conductuales. Se responde por padres de niños de 3 a 16 años (forma A) y profesores de estudiantes de las mismas edades (forma B). Se administra en un tiempo aproximado de 6 minutos sobre una escala de respuestas de tres categorías, en un continuum del 0 al 2.

El cuestionario para padres contiene 31 reactivos y está organizado en tres secciones, la primera considera ocho reactivos relacionados con la salud, la segunda cinco reactivos relacionados con dificultades para comer, hablar, etc. y la tercera contiene 18 reactivos de comportamiento. El cuestionario para maestros, es derivado del de padres, está conformado por 26 reactivos. Las escalas han demostrado niveles adecuados de confiabilidad interna ( $\alpha = 0.72$ ) y consistencia test-retest ( $r = 0.89$ ). Este instrumento se estandarizó con población del Reino Unido.

En el año 2010 la forma B (para profesores) se estandarizó en el norte de Portugal, encontrando una estructura factorial de 2 factores con una varianza explicada del 79%, índices de consistencia interna ( $\alpha = 0.85$ ) y puntuaciones test-retests de ( $r = 0.85$  a  $r = 0.80$ ) en un periodo de tres meses (Klein et al., 2010).

### **Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI).**

El cuestionario de Eyberg y Ross (1978) denominado Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) se diseñó para proporcionar a los médicos una evaluación de la conducta de niños de 2 a 16 años, valora conductas de tipo externalizadas por medio de dos formatos: uno dirigido a padres (ECBI) y otro a maestros (SESBI). Cada formato evalúa las conductas a partir de 36 reactivos en dos formas: intensidad y frecuencia de la conducta. Es un cuestionario diseñado con

dos modalidades de respuesta: formato de respuesta de escala tipo Likert en un continuum de nunca a siempre; y un formato de respuesta dicotómico de presencia o ausencia del problema.

Para la elaboración de los reactivos, se seleccionaron 36 conductas de mayor frecuencia, reportadas por padres de niños que acudían a sesiones clínicas. Para analizar estos reactivos se trabajó con 512 padres de niños que no asistían a la clínica. Los datos arrojados, mostraron niveles apropiados de consistencia interna ( $\alpha = 0.98$ ) para ambos formatos (padres y maestros) y de confiabilidad test-retest a las 3 semanas ( $r = 0.88$ ); a los tres meses ( $r = 0.85$ ) y a los 10 meses ( $r = 0.75$ ).

La forma ECBI para padres fue adaptada y validada al español por Fernández de Pinedo, Gorostiza, Lafuente, Ojembarrena y Olaskoaga (1998). Para el estudio de validación se empleó el método de traducción-retraducción del cuestionario original; participaron cuatro pediatras que fingieron como jueces y trabajaban en el centro de salud del país Vasco. La muestra del estudio estuvo conformada por 527 madres de niños entre 3 y 4 años. Los hallazgos reportados indicaron adecuados coeficientes de confiabilidad test-retest ( $r = 0.89$ ); índices de consistencia interna ( $\alpha = 0.87$ ); y una varianza explicada del 84% a partir de la obtención de cuatro factores.

### **Escala Conductual y Emocional (BERS-2).**

Otro trabajo dentro de esta misma línea es la Escala Conductual y Emocional (BERS-2) (Epstein, 2004) que es una lista de chequeo constituida por 52 reactivos que describen comportamientos específicos, observables y medibles de los niños en los últimos 6 meses. Fue diseñada para evaluar las fortalezas, problemas internalizados y conductuales de los niños, consta de cinco subescalas que miden: Fortaleza Interpersonal, Participación Familiar, Fortaleza Intrapersonal, Funcionamiento de Escuela y Fortaleza Afectiva.

De acuerdo con el manual, esta escala la responden los informantes en menos de 10 minutos, estos pueden ser: padres, maestros, tutores u otras personas que estén en continuo contacto con el niño. El formato de respuesta va de 0 a 4 en donde 0 indica mucho y 4 nada. El rango de edad de los niños a los que está dirigida para ser evaluados, es de 5 a 18 años. Las

normas están basadas en una muestra normal representativa de ciudadanos americanos. La consistencia interna de los subtests se estableció con muestras clínica y normal, se obtuvieron coeficientes superiores a ( $r= 0.80$ ) para cada subprueba y ( $r= 0.95$ ) para la puntuación total.

Estos tres sistemas de evaluación para el comportamiento infantil presentados hasta el momento, fueron diseñados para obtener la información a partir de informantes adultos que tienen una relación significativa con el niño y que por ello, cuentan con la información necesaria para emitir su impresión acerca de lo que el menor está experimentando; sin embargo, en algunos casos esta información puede ser sobrevalorada o subestimada, esto dependerá de ciertos rasgos de personalidad por parte del adulto que esté proporcionando la información, pues se ha comprobado que algunos adultos podrían ser más tolerantes a ciertos comportamientos infantiles, mientras que otros podrían mostrar un grado de intolerancia mayor, lo que haría que el comportamiento infantil se llegue a considerar como problemático.

El hecho de que estos sistemas cuenten con protocolos para padres y maestros, hace que en algún momento se pueda cruzar la información y analizar si el problema es generalizado (del niño) o bien en qué contexto se está percibiendo al niño con una conducta problemática para diseñar estrategias que apoyen tanto en el contexto como al niño; sin embargo en caso de observar que al niño se le percibe con problemas en ambos contextos, se considera que sería deseable conocer cómo el propio niño está viviendo su proceso de adaptación al medio y con esto proporcionarle las herramientas para ayudarlo a afrontar sus dificultades, pues al ser de menor edad, quizá aún no cuentan con las habilidades para resolver adecuadamente sus problemas.

Para ello, existen algunos sistemas de evaluación que están conformados por formatos para padres, maestros y niños (formatos de autoinforme), en su mayoría estos sistemas se han desarrollado en países extranjeros y en algunos casos, algunas escalas, se han adaptado a la población mexicana; sin embargo este tipo de adaptaciones es reciente por lo que en nuestro país se requiere un mayor avance en cuanto al desarrollo de este tipo de herramientas. A continuación se describirán los sistemas que contienen formatos de autoinforme del niño.

## **Sistemas de evaluación con formatos para padres, maestros y autoinforme**

### **The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).**

El Cuestionario de Fortalezas y Dificultades se desarrolló por Goodman (1997) en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Consta de 25 reactivos que se dividen en 5 sub-escalas de 5 reactivos cada una: Síntomas Emocionales, Problemas Relacionales con Pares, Problemas Conductuales, Hiperactividad/Problemas de Atención, y Conducta Prosocial. Se responde en un formato de tres opciones: no es cierto, más o menos cierto y absolutamente cierto, que se puntúan con 0, 1 y 2 de manera respectiva.

El cuestionario se emplea para identificar problemas internalizados, externalizados y conducta prosocial, está dirigido para evaluar el comportamiento de niños de 4 a 16 años. Cuenta con tres formatos para obtener la información mediante padres, maestros y el propio niño y/o adolescente de 11 a 16 años (autoinforme).

### **Sistema ASEBA.**

Entre los trabajos de mayor difusión, se encuentra el sistema ASEBA (Achenbach & Edelbrock, 1983), conformado por diversos formatos o protocolos para recoger la información a partir de diferentes informantes; entre los formatos que pudieran ser de interés para el presente trabajo se encuentran: una forma para padres con hijos de 2 a 18 años (CBCL); una forma para profesores de estudiantes de 2 a 18 años (TRF) y una forma de autoadministración para chicos de 11 a 18 años (YSR).

Además de estos formatos, el sistema ASEBA cuenta también con una entrevista clínica para poder completar la evaluación de niños entre 6 a 18 años, denominada Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescent (SCICA), permite obtener información de áreas como: escuela, amigos, familia, fantasías, autopercepciones y sentimientos. Y un Formato de Evaluación Observacional para el Maestro, Test Observation Form 2/18 (TOF), el cual ofrece una

oportunidad al profesor para evaluar el comportamiento y afecto del niño más pequeño. También, incluye algunas de las escalas DSM.

Las escalas escolares CBCL y YSR ofrecen información de las competencias y manifestaciones internalizadas y externalizadas en la niñez y adolescencia; son formas paralelas de un mismo instrumento, con diferente número de reactivos cada uno, que facilitan la comparación de la información de diferentes informantes. Estas dos escalas en conjunto con el TRF y los demás formatos le dan un carácter multiaxial al sistema. La información solicitada considera 5 ejes de evaluación: Percepciones de los padres; Percepciones de los profesores; Evaluación cognitiva; Condiciones físicas y Evaluación del clínico (Achenbach & Edelbrock, 1993).

Al enfocarnos específicamente en el YSR, se encontró que consta de dos partes, en la primera se evalúa el comportamiento competente, incluye dos subescalas: la de actividades y la social. Ambas subescalas, incluyendo un autoreporte del desempeño académico, generan una puntuación total de la Escala de competencias. La segunda parte del YSR, es una lista de verificación que incluye 112 reactivos relacionados a problemas; los reactivos se responden de acuerdo a su frecuencia (0 = no es verdad; 1 = algunas veces es verdad; y, 2 = muy cierto o a menudo es verdad). El rango de edad para su aplicación es de 11 a 18 años y el tiempo promedio de administración es aproximadamente de 20 minutos (Achenbach, 1991).

Estos reactivos, han sido sometidos a análisis de componentes principales arrojando 8 síndromes o Escalas de banda estrecha: Ansiedad/Depresión, Aislamiento; Quejas Somáticas; Problemas Sociales; Problemas del pensamiento; Problemas de atención; Conducta de Romper Normas y Conducta Agresiva. Posteriormente al realizar análisis factoriales de segundo, tres de estos síndromes se agruparon conformando una dimensión; y dos más se agruparon conformando otra, las cuales fueron denominadas Escalas de banda ancha: Problemas Internalizados (Ansiedad/Depresión, Aislamiento; Quejas Somáticas) y Problemas Externalizados (Conducta de Romper Normas y Conducta Agresiva), los síndromes restantes no quedaron claramente identificados en alguna Escala de banda ancha (Achenbach & Edelbrock, 1993).

El YSR ha sido sometido a diferentes revisiones en el transcurso del tiempo. Sus propiedades psicométricas han mostrado resultados favorables y consistentes en distintas culturas (Larsson & Frisk, 1999). Los índices de consistencia interna reportados por los autores, en el manual, son de ( $\alpha = 0.72$ ) para los reactivos de competencias y del ( $\alpha = 0.95$ ) para los demás reactivos. En cuanto a la confiabilidad test-retest se reportaron índices de ( $r = 0.88$ ) para los reactivos de competencias y ( $r = 0.82$ ) para los reactivos de problemas.

En cuanto a los tipos y niveles de validez, se ha reportado que cuenta con validez discriminante a partir de la comparación de muestras clínicas y normales con niveles de significancia de ( $p < 0.01$ ); validez de criterio apoyada mediante análisis de regresión, odds ratios, y análisis discriminantes con significancias de ( $p < 0.01$ ); finalmente, validez de constructo apoyada por la obtención de asociaciones significativas con instrumentos análogos como el BASC.

### **Behavior Assessment System for Children (BASC-2).**

El BASC es un sistema de evaluación diseñado por Reynolds y Kauphman (2004), que en términos generales incluye dos escalas: la escala clínica, que reúne comportamientos que pudieran considerarse problemáticos y la escala adaptativa, que agrupa comportamientos que pueden catalogarse como positivos o deseables en los niños y adolescentes. Este sistema, incluye diversos instrumentos para cada grupo de edad.

- Dos escalas de valoración
  - 1) Para Maestros: Teacher Rating Scales (TRS)
  - 2) Para Padres: Parent Rating Scales (PRS)
- Una escala de Auto-reporte
  - 1) Self Report of Personality (SRP)
- Historial del Desarrollo  
Structured Developmental History (SDH)
- Plantilla de Observación en el salón de clases  
Student Observation System (SOS)

La escala para maestros TRS es una medida para el comportamiento adaptativo y problemático en el contexto escolar. Contiene descriptores de comportamientos que el maestro debe calificar con un valor dentro de una escala de cuatro puntos de frecuencia: nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre. Existen tres formatos de la escala TRS diseñada para tres grupos de edad: preescolar (2 a 5 años); niñez (6 a 11 años) y adolescencia (12 a 21 años). Las subescalas de la TRS son: nueve Categorías Clínicas (Hiperactividad, Agresión, Problemas de la Conducta, Ansiedad, Depresión, Somatización, Atipicidad, Aislamiento y Problemas de Atención) y tres Adaptativas (Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Liderazgo).

La escala de valoración para padres PRS es una medida del comportamiento adaptativo y problemático en el contexto del hogar y la comunidad del niño, contiene 138 preguntas y cuenta con versiones en español e inglés. En concordancia con la escala TRS la PRS utiliza el formato de respuesta desde nunca hasta casi siempre. Al igual que la escala para maestros, esta escala tiene formatos para los siguientes grupos de edad: preescolar (2 a 5 años); niñez (6 a 11 años) y adolescencia (12 a 21 años). En términos generales, la PRS evalúa las mismas categorías que la TRS e incluye una escala de actividades diarias del niño.

La escala de auto-reporte SRP consiste en un inventario de personalidad de 146 afirmaciones que se responde de dos maneras: algunas en el formato de cierto o falso, mientras que otras se contestan en un continuum de nunca hasta casi siempre. Al igual que la PRS, la SRP, está disponible en dos idiomas: español e inglés; esta escala de auto-reporte contiene formatos para los siguientes grupos de edad: niñez de 8 a 11 años; adolescencia de 12 a 21 años y jóvenes universitarios de 18 a 25 años. Agrupa 12 categorías o subescalas: ocho Clínicas (Actitud Negativa hacia la Escuela, hacia los Profesores, Atipicidad, Locus de Control Externo, Estrés Social, Ansiedad, Depresión, Sentido de Incapacidad) y cuatro Adaptativas (Relaciones Interpersonales, Relaciones con Padres, Autoestima y Confianza en sí mismo).

Por otro lado, el SDH es un extenso cuestionario para el padre o cuidador, la información que se obtiene a partir de su aplicación provee al clínico datos sobre el historial de desarrollo, médico, social y familiar; está disponible en español e inglés; puede ser completado durante una entrevista con el padre o tutor, también puede ser contestado en forma de cuestionario por el

padre. Este instrumento recopila sistemáticamente información que es crucial para el diagnóstico y el proceso de tratamiento.

El último de los componentes del BASC-2 es el S.O.S. En términos generales, el S.O.S. es una plantilla de observación directa del comportamiento del niño en el salón de clases. Utiliza una técnica sistematizada para la observación en un periodo de 15 minutos. Esta técnica permite recoger diversos aspectos del comportamiento del niño; por ejemplo, la interacción entre estudiante-maestro así como comportamientos negativos representados en inatención como movimientos inapropiados.

Las propiedades psicométricas del sistema mostraron una consistencia interna general de ( $\alpha= 0.90$ ) para las escalas adaptativas y ( $\alpha= 0.80$ ) para las Escalas Clínicas (formatos: TRS, PRS, SRP), tanto en la muestra general como en la muestra clínica. La confiabilidad test-retest a ocho semanas arrojó correlaciones promedio de ( $r= 0.80$ ) para las Escalas Adaptativas y entre ( $r= 0.70$  y  $r= 0.80$ ) para las Escalas Clínicas en todas las edades. En el manual se reportan varias medidas de validez de criterio con otros instrumentos, obteniendo correlaciones altas y significativas.

Estos tres sistemas de evaluación son ejemplos claros de la importancia de contar con herramientas para multinformantes a fin de tener una mayor información sobre el niño en los diversos contextos en los que se desenvuelve. Sin embargo, diseñar este tipo de sistemas es costoso en cuanto a tiempo y recursos; pero, se deben comenzar a hacer los esfuerzos necesarios para contar con herramientas que ayuden en el trabajo clínico profesional del psicólogo, con el propósito de brindar una atención de calidad para que los niños desarrollen comportamientos adaptativos y sigan una trayectoria normal en su desarrollo. En México, se han llevado a cabo estudios con el propósito de adaptar algunas de las escalas del Sistema ASEBA y así impulsar el trabajo tanto en el área de la investigación como en el área clínica respecto al análisis de la psicopatología infantil.

## **Trabajos realizados en México**

### **Adaptaciones del YSR**

Con el propósito de adaptar la Escala YSR de Achenbach al contexto mexicano, se han realizado diversos trabajos; el primero fue el de Valencia y Andrade (2004) quienes instrumentaron un estudio para validar y adaptar culturalmente el YSR. Su trabajo consistió en 3 estudios: en el primero participaron 25 padres de familia, 6 maestros, 10 psicólogos y 56 niños y niñas escolares de 5° y 6° grados de primarias públicas del Distrito Federal; en el segundo 106 niños y en el tercero 671 niños con una edad media de 11.10 años. Las autoras realizaron la traducción-retraducción de la escala original y elaboraron reactivos adicionales con base en cuestionarios de preguntas abiertas aplicados a padres, maestros, psicólogos y niños.

Una vez aplicada la escala, eliminaron los reactivos que presentaban problemas de comprensión y los que fueron aceptados o negados por la mayoría de los participantes, quedando una versión de 96 afirmaciones, con cuatro opciones de respuesta de nunca (0) a siempre (3), lo que la hace diferente de la escala original que contiene 3 opciones de respuesta. Los resultados del análisis factorial de esta adaptación, mostraron algunas diferencias en cuanto al instrumento original, explicadas, por las autoras como posibles faltas de comprensión conceptual debidas a las edades de los niños.

Del instrumento, se obtuvo la correlación reactivo-total y se excluyeron reactivos que presentaban correlaciones menores a ( $r = 0.15$ ). Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Se obtuvieron seis factores que explicaron el 30.76% de la varianza total: Problemas de Conducta Externalizada, Depresión/Ansiedad, Problemas Somáticos, Problemas de Pensamiento, Problemas Afectivos y Problemas de Ansiedad; quedando una escala final de 96 reactivos. Los índices de confiabilidad para las subescalas oscilaron entre ( $\alpha = 0.56$  a  $\alpha = 0.83$ ).

De este trabajo anterior se desprendió el realizado por Betancourt (2007), quien adecuó y ajustó la escala que habían trabajado Valencia y Andrade en el 2004, la autora obtuvo una primera versión readaptada de 111 reactivos. Para el análisis psicométrico de esta readaptación, participaron 509 estudiantes de 5° y 6° grado de primarias públicas y privadas del Distrito Federal. Los participantes del estudio fueron divididos en dos grupos de edad, considerando como niños a aquellos con una edad media de 11 años y adolescentes a aquellos con una edad media de 14 años.

Respecto a la versión para niños, se reportó que el análisis factorial arrojó 11 factores con valores eigen superiores a 1.0 que explicaron el 59.3% de la varianza y se eligieron los 7 primeros debido a su claridad conceptual que explicaron el 42.5% de la varianza total. La versión final de este instrumento contiene 30 reactivos con cuatro opciones de respuesta de nunca a siempre. Por otro lado, en la versión para adolescentes, el análisis factorial arrojó 15 factores con valores eigen superiores a 1.0 que explicaron el 64.2% de la varianza. De aquí se eligieron los 7 primeros factores, los cuales explicaron el 42.7% de la varianza total. La versión final de este instrumento contiene 40 reactivos con cuatro opciones de respuesta de nunca a siempre.

Estas adaptaciones realizadas por Betancourt (2007); Valencia y Andrade (2004), sirven de guía para considerar ciertos aspectos a la hora de desarrollar instrumentos para la población de niños mexicanos; el primero de ellos, tiene que ver con el uso de términos que sean conceptualmente comprensibles por los niños y el segundo con los cortes en las edades. Es deseable que el lenguaje con el que se construya un instrumento esté adaptado al nivel conceptual e idiosincrasia de la población a la que vaya dirigida. En este sentido, realizar adaptaciones en ocasiones podría ser un doble esfuerzo pues el lenguaje se debe traducir al español y además a los modismos y experiencias de los contextos, lo que muchas veces cambia el sentido del reactivo y quizá lo que pretendía medir.

Sin duda han sido varios los esfuerzos por realizar adaptaciones de las escalas del sistema ASEBA a la población mexicana, algunos han reportado indicadores estadísticos apropiados de validez y confiabilidad. Básicamente los trabajos se han centrado en los formatos de evaluación del YSR y de la CBCL para padres de niños preescolares (Albores, 2008; Zárate, Castro &

García, 2009). Es posible que existan otras adaptaciones del sistema ASEBA o que se encuentren en desarrollo, lo cual favorece el avance de la investigación pues aún son pocos los instrumentos validados empíricamente que miden los problemas infantiles desde un enfoque dimensional, que aunque no resulta quizá lo mejor en términos clínicos si apoya el avance de la investigación y la labor del tamizaje de los problemas infantiles.

En la tabla 3, se presentan los seis sistemas de evaluación descritos en párrafos anteriores (tres con formatos solo para padres y maestros y tres con formatos para padres maestros y autoinformes), así como los trabajos realizados en México sobre la adaptación de las escalas del sistema ASEBA, en la tabla se muestra el nombre del cuestionario, los autores y años de referencia, los formatos que contiene cada sistema, describiendo las edades de los niños a quienes va dirigida la evaluación y finalmente las dimensiones de cada sistema de evaluación.

Tabla 3.

Presenta un resumen de las características de los sistemas de evaluación revisados para problemas internalizados y externalizados.

<b>Sistemas de Evaluación con Formatos para Padres y Maestros</b>					
<b>Formas</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Padres</b>	<b>Maestr@s</b>	<b>Auto-admis.</b>	<b>Factores</b>
Cuestionario Conductual para niños.	Rutter (1967)	3 a 16 años	3 a 16 años		Hiperactividad/inatención; Dificultades Emocionales y Conductuales.
El Inventario Conductual de niños (ECBI)	Eyberg y Ross (1978)	2 a 17 años	2 a 17 años		Conductas Externalizadas
La Escala Conductual y Emocional (BERS)	Epstein (2004)	5 a 18 años	5 a 18 años		Interpersonal, Familiar, Intrapersonal, Escolar y Afectiva

**Sistemas de Evaluación con Formatos para Padres, Maestros y Autoinforme**

<b>Formas</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Padres</b>	<b>Maestr@s</b>	<b>Auto-admis.</b>	<b>Factores</b>
Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ)	Goodman (1997)	3 a 16 años	3 a 16 años	11 a 16 años	Síntomas Emocionales Problemas Conductuales Hiperactividad/Atención Problemas con Pares Conducta prosocial
Sistema ASEBA	Achenbach y Rescorla (2001)	(CBCL) 2 a 18 años	(TRF) 2 a 18 años	(YSR) 11 a 18 años	Problemas Internalizados Problemas Externalizados Otros Problemas
Sistema de Evaluación de la Conducta (BASC-2)	Reynolds y Kamphaus (2004)	(PRS) 2 a 21 años	(TRS) 2 a 21 años	(SRP) 8 a 25 años	Escalas Adaptativas y Escalas Clínicas

**Adaptaciones realizadas en México**

<b>Formas</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Padres</b>	<b>Maestr@s</b>	<b>Auto-admis.</b>	<b>Propiedades</b>
YSR	Valencia y Andrade (2004)			11 años	Depresión, Problemas Somáticos, Pensamiento, Afectivos y Ansiedad.
YSR	Betancourt (2007)			11 y 14 años	Se encontraron 7 factores
CBCL/1.5-5	Albores (2008)	3 a 5 años			Se encontraron seis factores, que reproducen el modelo de Achenbach
CBCL/1.5-5	Zárate, Castro y García (2009)	4 a 5 años			Seis factores, confirmó la estructura de Achenbach

Los trabajos realizados en México representan un avance importante ya que en nuestro contexto quizá hayan sido de los primeros estudios que realizaron un esfuerzo para medir y analizar las relaciones entre diferentes factores y los problemas internalizados y externalizados, tomando en cuenta la percepción del propio niño. Estos estudios realizados por Betancourt

(2007); Valencia y Andrade (2004) sirven de guía para conocer algunos de los problemas más frecuentes en los niños mexicanos; aunque aún queda la labor, de realizar estudios de validez de instrumentos para medir problemas internalizados y externalizados en niños más pequeños que sobretodo empleen el lenguaje propio del niño para la redacción de reactivos.

De acuerdo a lo descrito por Verhulst y van der Ende (2002), quienes al reportar las especificaciones y características de 12 sistemas de evaluación diseñados en el transcurso de los pasados 30 años, mostraron: que cuatro de los sistemas descritos se conforman por versiones para padres, profesores y chicos de entre 11 a 18 años; seis sistemas se integran con versiones para padres y profesores; y solo dos cuentan con la versión para niños y adolescentes de 11 a 18 años. Con esta información se corrobora que tanto a nivel nacional como internacional es necesario el impulso de herramientas de evaluación contextualmente válidas para niños de menor edad.

Identificar tempranamente a los niños con problemas internalizados y externalizados, resulta relevante pues los costos sociales y económicos de este tipo de problemas son importantes (Kazdin, 1985) incluso en la primera infancia, las referencias de niños con problemas externalizados representan el mayor grupo de niños atendidos en los centros de salud mental (Wells & Forehand, 1985). En este sentido contar con herramientas de medición válidas apoyará en su identificación e intervención.

### **Intervención**

La intervención, desde la disciplina de la psicopatología del desarrollo, está enfocada a reducir o eliminar alguna forma de desadaptación o psicopatología, su objetivo es modificar el curso del desarrollo de los individuos que están en riesgo de presentar comportamientos desadaptativos para fomentar resultados adaptativos y prevenir problemas futuros (Toth, Pianta, & Erickson, 2011)

Históricamente las intervenciones han sido clasificadas con base a si su propósito es primario, secundario o terciario. En términos generales, la intervención primaria tiene por objetivo reducir la incidencia o número de nuevos casos de un desorden. La secundaria radica en

disminuir la prevalencia del desorden por medio de la identificación temprana; y, la terciaria se centra en la rehabilitación, principalmente en reducir la severidad de los impedimentos asociados con un problema establecido (Cowen, 1983).

El problema con esta clasificación es que la distinción entre la presencia o ausencia de un desorden (en el caso de la intervención primaria y secundaria) a veces resulta confuso porque determinar el umbral de lo que es una conducta adaptativa y una desadaptativa en ocasiones es difícil y arbitrario, particularmente cuando la frecuencia y severidad de los síntomas ocurren en un continuum (Offord, 1987). Por esta razón, en años más recientes, más que clasificar la intervención en primaria secundaria o terciaria, se ha mostrado una preferencia por clasificarla de acuerdo al tipo de población a la que va dirigida.

De esta forma, se pueden encontrar intervenciones de tipo: *universales*, dirigidas a toda una población en general; es decir, a todos los residentes de un área geográfica en particular, o bien a todos los niños de una misma escuela (los individuos no buscan ayuda activamente); *selectivas*, recomendadas para aquellos con mayor riesgo de presentar problemas; e *indicadas*, que, como en la universal, los individuos no buscan activamente ayuda pero son señalados por la población para la intervención, pues presentan tempranamente síntomas de psicopatología. (Offord & Bennett, 2002).

Existen otras formas de clasificar las intervenciones, por ejemplo de acuerdo a la edad de la población a la que va dirigida, tipo o grupos involucrados, como intervenciones escolares, comunitarias, etc. No existe una clasificación simple que abarque a todos los programas de intervención relacionados con la salud mental y el bienestar emocional en niños y personas jóvenes, la clasificación muchas veces está en función de los propósitos, objetivos, métodos y localizaciones dirigidas por cada trabajo (Coleman, 2008).

En el caso de los programas para el tratamiento de los problemas internalizados y externalizados, han sido principalmente implementados a nivel escolar, como programas de tipo universales, algunos de éstos, incluso forman parte del mismo curriculum escolar. Su objetivo se ha centrado en brindar atención a los niños para enseñarles habilidades sociales y cognitivas que

les ayuden a afrontar adecuadamente sus problemas; así como, técnicas de autocontrol. También se han diseñado programas dirigidos al entrenamiento de padres, con el fin de enseñarles estrategias de disciplina positiva y no violenta; algunos otros, se han centrado en capacitar a los maestros para implementar estrategias dentro del salón de clase que promuevan las competencias sociales y escolares. Aunque se ha demostrado empíricamente que cuando se tratan de forma integral estos tres contextos se logra una mayor efectividad (Kauffman, 1985).

Sin duda, existe un número ilimitado de intervenciones diseñadas para prevenir la psicopatología. Sin embargo, la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Academia Americana del Niño y del Adolescente (Lonigan, Elbert, & Johnson, 1998), recomiendan el empleo de tratamientos basados en la evidencia (TBE) para la promoción de la salud mental. Estos tratamientos (TBE) han sido definidos por la APA (citado en Lonigan et al., 1998) como la integración de la mejor investigación disponible con experiencia clínica; esta definición ofrecida sugiere que para que una práctica sea efectiva se empleen tratamientos sustentados empíricamente que hayan demostrado efectividad en el cambio de los comportamientos infantiles.

Por ello, en el presente trabajo se realizó la revisión de programas de intervención que contaran con evidencia empírica; al respecto, se encontraron diversos programas diseñados en el extranjero que han demostrado efectividad de tratamiento, los sirvieron de guía para el diseño del programa de intervención que se propuso en esta investigación. Cabe señalar que son pocos los programas de intervención para problemas internalizados y externalizados, pues la mayoría de las intervenciones se enfocan a problemas específicos, como la ansiedad, depresión, TDAH, etc.

### **Programas de intervención para los problemas internalizados y externalizados**

#### **Promoción de Estrategias de Pensamiento Alternativo (PATHS)**

Este programa se desarrolló con base en un modelo denominado ABCD (Affective-Behavioral-Cognitive-Dynamic) que explica el desarrollo a partir de la interacción de las habilidades conductuales, emocionales y cognitivas de los niños, por lo que sus autores

Greenberg, Kusche, Cook, & Quamma (1995) sugieren que un modelo de tratamiento debe dirigirse hacia la integración óptima del desarrollo de éstas áreas, además de considerar las tareas sobresalientes del desarrollo para cada periodo de edad.

El programa está dirigido a niños en edades entre 6 a 13 años, su objetivo es mejorar el autocontrol, la comprensión emocional y habilidades sociales de resolución de problemas. Está conformado por tres bloques: desarrollo de auto-control por medio de la Técnica de la Tortuga; bloque de sentimientos, dirigido a lograr la comprensión emocional e interpersonal y el bloque de resolución de problemas interpersonales. Está integrado por 60 sesiones de 30 min., para trabajarse en el salón de clases en periodos semanales.

Este programa se ha implementado en las escuelas como parte de su curriculum escolar por lo que se aplica a todo un grupo en general con una periodicidad de 1 a 2 veces por semana, por lo que dadas las características de los programas de educación en nuestro país sería difícil realizar una réplica del mismo, además que los alcances de esta investigación se encuentran limitados por los tiempo y los recursos.

### **Programa FAST- Track.**

Otro de los programas que ha demostrado efectividad de tratamiento, es el FAST-Track que combina un programa de intervención preventiva universal con una intervención indicada en niños con alto riesgo de cometer actos delictivos. Sharp y Davids (2003) demostraron la eficacia del programa al realizar un estudio longitudinal cuyo objetivo fue entrenar a niños con problemas internalizados y externalizados en habilidades sociales y de autorregulación. Los cambios del comportamiento infantil se monitorearon empleando una versión modificada de la Escala Conductual (forma B) de Rutter (1967). Los resultados del estudio indicaron diferencias claras entre los dos grupos de escuelas que analizaron, las que integraron a su curriculum escolar el programa FAST- Track en comparación con las que no lo integraron.

Este programa ha logrado replicarse en países como Estados Unidos y Escocia; sin embargo está dirigido de forma puntual para aquellos niños que presentan conducta antisocial al ingresar a la escuela, su diseño es multimodal al incluir entrenamiento para padres y maestros, por lo que el tiempo y los costos para instrumentarlo deben ser elevados, además que sería necesario contar con los materiales y manuales traducidos para realizar la réplica del programa.

### **Programa de Aprendizaje Social y Emocional (SEL).**

Otro programa que ha demostrado efectividad de tratamiento es el denominado Social and Emotional Learning (SEL) (Payton, Weissberg, Durlak, Dymnicki, Taylor, Schellinger, & Pachan, 2008) el cual fue aplicado a 324,303 niños con edades de 5 a 18 años en diversos contextos sociales y grupos étnicos de E.U., se implementó en el ámbito de la escuela, durante las horas normales de clase, y se consideró como parte del currículo escolar. Los 317 estudios que se analizaron en un meta-análisis, demostraron que los niños que recibieron el programa se beneficiaron de múltiples maneras al ser comparados con los alumnos que no siguieron el programa, mostrando importantes mejoras en: 1. Habilidades sociales; 2. Actitudes hacia ellos mismos, los demás y la escuela; 3. Conducta social; 4. Problemas de conducta, como el mal comportamiento en clase y agresividad; 5. Tensión emocional, como estrés y depresión; 6. Desempeño escolar, etc. Los autores describen que la eficacia del programa se midió con distintas pruebas validadas en cada población de estudio.

### **Programa Alcanzando a los Educadores, Niños y Padres (RECAP)**

Es un programa diseñado para niños con problemas internalizados y externalizados, su objetivo es reducir el nivel de problemas psicológicos en los niños y prevenir el desarrollo de problemas más serios. Los componentes del programa son: entrenamiento en habilidades sociales; entrenamiento conductual; habilidades de comunicación; automonitoreo; expresión y reconocimiento emocional y relajación. Su aplicación es individual y grupal (Weiss, Harris, Catron, & Han, 2003)

### **Programa de Súper Habilidades para la Vida.**

Este programa tiene como objetivo central desarrollar la resiliencia y la autoestima en niños de 7 a 11 años, a partir del desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales. Está integrado por ocho sesiones, cada sesión se realiza en un tiempo de 45 min. Se trabaja en grupos pequeños de 6 a 8 niños, una o dos veces por semana, empleando técnicas de juego de roles, tareas para casa y actividades individuales y grupales. Los temas que se trabajan a lo largo de la implementación del programa son: expresión de sentimientos, pensamientos, integración de sentimientos, pensamientos y conductas, aprendiendo a relajarse, habilidades sociales, resolución de problemas, y el cierre del programa a partir de la revisión de los temas desarrollados en el programa (Essau & Ollendick, 2014).

Cabe señalar que este programa, al ser uno de los que ha demostrado efectividad de tratamiento, que su contenido está dirigido a niños, cuenta con un número moderado de sesiones, así como un tiempo mesurado de aplicación para cada sesión. Fue considerado como la mejor opción para guiar el diseño de la propuesta de intervención del presente trabajo. Pues aunque otros programas también han demostrado eficacia de tratamiento, su administración y diseño es más compleja rebasando los alcances en cuanto a tiempo y recursos de esta investigación.

Además otro factor a considerar fueron las características particulares de la población con la que se trabajó, de tal manera que se juzgó más pertinente diseñar una intervención que resultara ideológica y contextualmente válida para los niños identificados con problemas internalizados y externalizados durante el proceso de este trabajo.

### **Resumen.**

Para finalizar el apartado teórico del presente trabajo de investigación, cabe destacar que entre los aspectos más sobresalientes se ha encontrado que la disciplina de la psicopatología del desarrollo, cuyo objetivo es el análisis de los comportamientos tanto adaptativos como desadaptativos (Cicchetti, 1984), ha ido ganando terreno a partir de la instrumentación de estudios sistematizados que demuestran las continuidades y discontinuidades de las diferentes

trayectorias de los comportamientos tanto adaptativos como desadaptativos, en los que la presencia de factores de riesgo y protección están presentes y en muchos casos median o moderan el desarrollo; el análisis de estos factores ha resultado indispensable para fomentar el ajuste psicológico.

Entre estos factores de riesgo, se ha observado que los problemas internalizados y externalizados tienen una relación negativa en las competencias académicas y sociales de los niños en edad escolar, esto, demostrado empíricamente, conlleva a su vez a la presencia de psicopatología en edades más avanzadas (Masten et al., 2006). Sin embargo, esta relación recíproca y bidireccional (problemas internalizados, externalizados – competencias académica y social), está mediada por el tipo de respuestas de afrontamiento que emplean los niños para enfrentar sus dificultades (Billings & Moos, 1984; Holahan & Moos, 1985). Según el tipo de estrategias de afrontamiento que eche a andar el niño para afrontar sus problemas, lo estarían dirigiendo a mayores síntomas de psicopatología o bien hacia un comportamiento adaptativo.

Aunque, como se describió en la revisión teórica, comprender la sintomatología psicopática en la etapa infantil no es tarea sencilla, lo más apropiado es analizarla desde un marco del desarrollo, por lo que resulta indispensable conocer tanto las conductas normales como las anormales de cada etapa de la vida de un individuo. Contar con un marco de referencia del desarrollo, apoyará a determinar si se están cumpliendo las tareas del desarrollo conferidas socialmente para el niño de acuerdo a su edad (Masten et al., 2006); y en caso de que esto no sea así analizar si hay presencia de psicopatología.

Para el análisis de la psicopatología infantil, se deberá elegir en primer lugar una taxonomía, entre las más documentadas se encuentran: la categorial y la dimensional (González et al., 2007). Esta última encuentra entre sus ventajas, que se ha desarrollado considerando: un enfoque del desarrollo y la comorbilidad de los síntomas en los niños; además de que cuenta con amplio respaldo empírico por lo que las dimensiones de problemas internalizados y externalizados tienen las propiedades estadísticas de validez y confiabilidad adecuadas (Achenbach, 1991), aunque distintos autores les pueden dar nombres diferentes a las dimensiones de banda ancha y algunos síntomas de banda estrecha pueden agruparse de diferente forma en

distintos estudios, por lo que su definición no es unánime. Pero algunas de sus limitantes pueden salvarse si se opta por la elección de una clasificación mixta y además la clasificación dimensional puede ser de gran apoyo en estudios de tamizaje a grandes poblaciones.

A pesar de las limitantes que se pueden encontrar en la revisión teórica, el avance del estudio de la psicopatología infantil debe continuar, lo importante es ser claro y sistematizar los estudios que se realizarán, por ejemplo presentar una definición que sustente el trabajo y el suficiente apoyo empírico sobre las hipótesis que se desean probar, pues es claro que la psicopatología del desarrollo es una disciplina que se está conformando y aunque ya existe un adecuado respaldo empírico resulta de relevancia conocer qué ocurre en otros países como el nuestro, en donde casi no hay investigación al respecto.

Además debe resaltarse la importancia de brindar atención a los niños y familias que están experimentando la presencia de psicopatología infantil. De ahí la importancia de desarrollar intervenciones que ayuden a los niños a identificar cómo afrontan sus problemas y si estas respuestas los ayudan o no ante sus dificultades, en caso de no ser así, fomentar en ellos el uso de estrategias que les resulten más eficaces y los dirijan a un comportamiento adaptativo. Sin embargo, para poder desarrollar intervenciones ecológicamente válidas a la población, es necesario identificar a los niños que presentan problemas y para ello resulta indispensable el empleo de escalas culturalmente válidas.

En la revisión de las escalas válidas, se encontraron dos clases de trabajos, las escalas desarrolladas en países extranjeros y los estudios realizados en este país que tuvieron por objetivo la adaptación de escalas extranjeras a la población de niños mexicanos (Betancourt, 2007; Valencia & Andrade, 2004). Entre las limitaciones más importantes de las primeras se encontró el idioma, debido a las dificultades de falta de comprensión conceptual posibles que podrían tener el emplearlas; y de las segundas, resultó difícil su empleo debido a las edades para las que fueron adaptadas.

También se realizó una revisión de las intervenciones; en este rubro se documentaron principalmente aquellos tratamientos basados en la evidencia, reconocidos por la APA como los

más eficaces y efectivos, debido a que han demostrado efectividad de tratamiento. De los tratamientos revisados, se enfocó la atención a aquellos que tenían por objetivo los problemas internalizados y externalizados, pues de éstos se retomaron algunas ideas para la instrumentación y piloteo del tratamiento propuesto en este trabajo. Cabe señalar que para el diseño de la propuesta de intervención, se siguieron las pautas descritas en el capítulo de Prevención redactado por Offord y Bennett (2002), sobre los lineamientos establecidos por la ciencia preventiva, que establece una serie de cinco pasos para la creación de programas:

1. Identificación de un problema o desorden
2. Identificación de factores de riesgo y de protección
3. Llevar a cabo el estudio piloto de la eficacia del tratamiento
4. Realizar ensayos y evaluar la efectividad a gran escala; y
5. Difusión del tratamiento en una variedad de escenarios

Es importante mencionar que no se llevaron a cabo los cinco pasos, pero para poder comprender mejor cómo se realizó el trabajo, se hará una descripción de la estrategia general del estudio en el siguiente capítulo.

## Capítulo 4.

# Estrategia General de Investigación

---

### Justificación

Los reportes de prevalencia indican tanto a nivel internacional como nacional, altos índices de presencia de problemas internalizados y externalizados en las primeras etapas de la vida, que van desde el 3% al 39% según sean considerados como graves, moderados o leves (Caraveo, 2007; Klein et al., 2009). Además de una creciente presencia y demanda de atención ocasionada particularmente por las repercusiones que conllevan, así como las consecuencias a largo plazo que tienen en la vida de quien los padece (Caron & Rutter, 1992).

Estas repercusiones se reflejan en costos elevados en diversos contextos: comunitario, al ocasionar dificultades en el vecindario dada la problemática de drogadicción temprana y actos delictivos que podrían presentar los niños o adolescentes (Dorado & Jané 2001; Murray et al. 2010); educativo, debido a la deserción escolar y el bajo rendimiento académico que demuestran (Masten et al., 2005; Moilanen et al., 2010); de justicia, ocasionados por los frecuentes ingresos a los centros de integración social desde edades tempranas (Rhule, 2005); y de salud, debido a la frecuente necesidad de contar con apoyos terapéuticos frecuentes (Caron & Rutter, 1992).

También, estos problemas se han reconocido como factores que impiden a los niños seguir con un desarrollo normativo y adaptativo, porque suelen ser rechazados por sus compañeros (Burt et al., 2008), presentan bajo autoconcepto; prácticas sexuales de riesgo; autolesiones, dificultades para permanecer en un empleo formal y en general dificultades para lograr un comportamiento adaptativo (Murray et al., 2010; Bornstein et al., 2010; van Lier & Koot, 2010).

Estos problemas suelen presentar sus primeros indicadores en la niñez y se agudizan cuando no se cuenta con las herramientas adecuadas para identificar e intervenir tempranamente en quienes los padecen, mostrando incluso una continuidad en la vida adulta (Rutter et al., 2006). En México, es poca la investigación sobre el tema y la información que se tiene es resultado de estudios que han tenido como objetivo conocer las problemáticas infantiles a partir de las percepciones de maestros, padres de familia y adolescentes, casi ninguno se ha dado a la tarea de analizar el tema desde el propio punto de vista del niño, particularmente en niños en edad escolar (Albores, 2008; Caraveo, 2007; Leiner, Balcazar, Straus, Shirsat, & Handal, 2007; Zárate, Castro & García, 2009).

Este hecho podría deberse en primer lugar a la falta de instrumentos diseñados para la población en edad escolar, por ello una de las primeras necesidades que se observa es contar con instrumentos para medir problemas internalizados y externalizados, en formato de autoreporte y que resulten culturalmente válidos para los niños mexicanos en edades de 8 a 12 años. Así, el instrumento sería una herramienta empleada en la evaluación infantil para identificar a los niños con problemas y conocer cuáles son sus características psicológicas, llegar a una mayor comprensión de sus necesidades y poder diseñar estrategias de atención que los apoye a afrontar sus problemas.

Por ello, a partir de esta idea general, con el fin de poder diseñar una propuesta de intervención para niños con problemas internalizados y externalizados; se diseñó una estrategia que contempló la realización de tres estudios. Este diseño de investigación fue el planteamiento general que guio el proceso de la investigación sobre la propuesta de intervención. En la figura 3 se muestra el esquema de la estrategia de investigación; la cual, constó de tres estudios, cada uno con un método propio, que se irá revisando en los apartados subsiguientes de este capítulo.

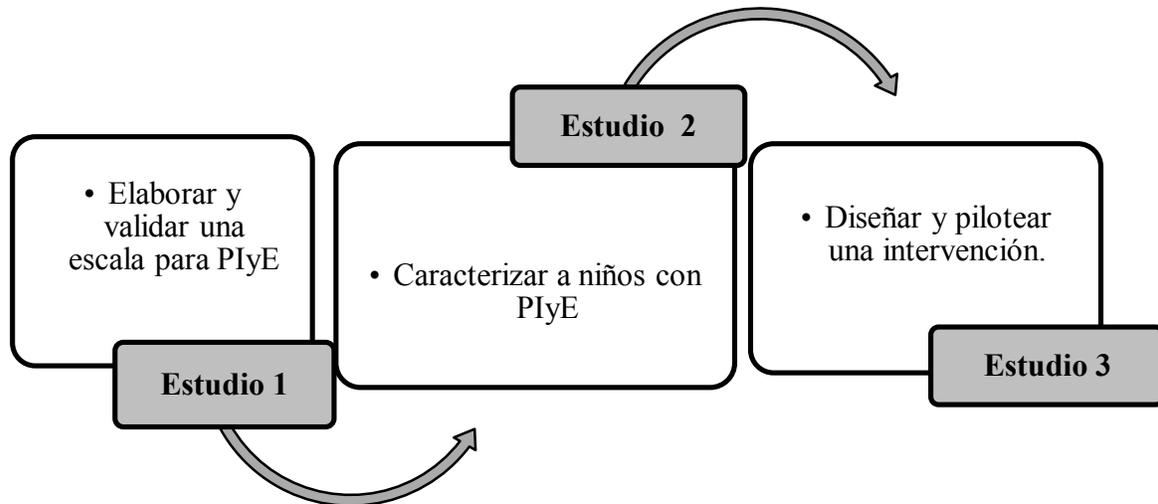


Figura 3. Estrategia de investigación para el estudio de los problemas internalizados y externalizados en una muestra de niños escolares mexicanos.

Con esta idea general del trabajo, se plantearon los objetivos que guiarían la investigación y aquellos que guiaron a cada uno de los estudios que la integraban; así como los términos empleados y la definición de los mismos, a continuación se revisarán estos aspectos.

### **Objetivo general:**

Proponer una intervención que resulte culturalmente válida para niños mexicanos de entre 8 a 12 años de edad con problemas internalizados y externalizados, para contar con herramientas de atención que los apoye a desarrollar estrategias de afrontamiento para afrontar sus problemas cotidianos y disminuir sus síntomas.

Los **objetivos particulares** que se establecieron fueron tres:

1. Elaborar y validar una escala para medir problemas internalizados y externalizados en niños mexicanos de 8 a 12 años de edad para contar con herramientas culturalmente válidas e información que apoye la evaluación infantil y el

desarrollo de programas de atención dirigidos a la población con estos problemas (Estudio 1).

2. Caracterizar a niños identificados en tres grupos con niveles diferenciados de problemas internalizados y externalizados (sin problemas, en riesgo y con problemas), respecto a su nivel cognitivo, sexo y las diferencias entre la competencia académica y social para conocer sus principales necesidades de atención (Estudio 2).
3. Diseñar y pilotear una intervención para escolares que los apoye a desarrollar estrategias de afrontamiento y minimizar sus problemas internalizados y externalizado, a fin de proponer herramientas de atención que favorezcan su bienestar emocional (Estudio 3).

Finalmente los **objetivos específicos** para cada uno de los estudios fueron:

### **Estudio 1**

- a. Conocer cómo los niños en edad escolar describían sus propios problemas, con el objetivo de redactar reactivos conceptualmente adecuados a su nivel cognoscitivo.
- b. Diseñar el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños, con el propósito de contar con una herramienta para medir dichos problemas.
- c. Pilotear el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños, a fin de mejorarlo para que resultara conceptualmente comprensible para los menores, desde las instrucciones hasta el formato de respuesta.
- d. Validar el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños, con el propósito de contar con una herramienta culturalmente válida para identificar a los niños que presenten estos problemas.

**Estudio 2**

- a. Realizar la evaluación psicológica mediante la aplicación de pruebas para medir: problemas internalizados y externalizados, competencia académica, competencia social y características cognitivas de inteligencia.
- b. Describir las características relacionadas a la competencia académica, competencia social y cognitivas, a partir de la identificación de tres grupos clasificados de acuerdo al nivel de problemas internalizados y externalizados (sin problemas, en riesgo y con problemas).
- c. Analizar las diferencias entre niños identificados con distintos niveles de problemas internalizados y externalizados (sin problemas, en riesgo y con problemas), respecto a la competencia académica y social.

**Estudio 3**

- a. Diseñar la propuesta de intervención para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en niños escolares de 8 a 12 años, identificados con riesgo y con problemas internalizados y externalizados con el propósito de enseñarles habilidades para afrontar sus problemas.
- b. Pilotear una propuesta de intervención para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en niños escolares de 8 a 12 años, identificados con riesgo y con problemas internalizados y externalizados, con el fin de analizar la relevancia de los contenidos de dicho taller.
- c. Analizar los cambios en los tipos de afrontamiento que emplean los escolares para afrontar sus problemas, así como en los niveles de síntomas internalizados y externalizados, a partir de mediciones antes y después de la intervención para niños identificados con riesgo y con problemas internalizados y externalizados.

## **Definición conceptual de variables**

### **Problemas internalizados y externalizados**

Los *problemas internalizados* se definen como comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito emocional, cuyas expresiones se dirigen hacia adentro de uno mismo causando daño a sí mismo (Achenbach & Edelbrock, 1983; Reynolds & Kamphaus, 2004), tales como:

- a) Depresión, se refieren a problemas que los niños describen como: sentirse solo, sentirse rechazado, sentirse mal, entre otros.
- b) Ansiedad, se refieren a problemas que los niños describen como: cuando me preocupo me muerdo las uñas, me siento nervioso cuando tengo examen, entre otros.

Los *problemas externalizados* se definen como comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito conductual cuyas manifestaciones producen conflicto o daño en el entorno y a otros (Achenbach & Edelbrock, 1983; Reynolds & Kamphaus, 2004), tales como:

- a) Comportamiento Disruptivo, se refiere a problemas como: juego en el salón de clase, corro aunque no esté permitido, etc.
- b) Conductas de Agresión Física, se refieren a problemas descritos como: le pego a los niños cuando se me da la gana, le he pegado a la maestra, entre otros.
- c) Conductas de Autoagresión, se refieren a problemas que los niños describen como: me he mordido para hacerme daño, me rasco hasta sacarme sangre, etc.

### **Competencia académica y social**

La definición del *comportamiento competente* en el presente proyecto está guiada por la perspectiva de las tareas del desarrollo (Masten et al., 2006; Pulkkinen & Caspin, 2002; Roisman et al., 2004; Sroufe, 1979) que se refiere a las habilidades y respuestas que requieren los niños de acuerdo a su edad para lograr un comportamiento adaptativo al medio, es decir hacer

bien las tareas del desarrollo sobresalientes para los niños en edad escolar, que se engloban en dos principales áreas:

La *competencia social*, se refiere a aquellas habilidades que los niños deben adquirir para seguir reglas de comportamiento en casa, escuela, lugares públicos y tener amigos (Masten et al., 2006).

La *competencia académica*, está relacionada con aquellas habilidades que los niños han de desarrollar para saber leer y escribir un idioma, así como aprender matemáticas básicas (Masten et al., 2005).

### **Intervención para escolares**

*Intervención para escolares.* Serie de actividades sistematizadas e instrumentadas, dirigidas a un grupo de niños que muestran síntomas tempranos de psicopatología (Offord & Bennett, 2002).

### **Afrontamiento**

Comportamientos intencionales dirigidos al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustándose su selección por el sujeto a las demandas y exigencias de la situación (Trianes, 1999).

### **Definición operacional de variables**

#### **Problemas internalizados y externalizados**

Los *problemas internalizados* se definieron operacionalmente con el puntaje obtenido en el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN), elaborado en el estudio uno, en los factores de ansiedad y depresión.

Los *problemas externalizados* se definieron operacionalmente por medio del puntaje obtenido por los niños en el CPIEN, en los factores de agresión, autoagresión y comportamiento disruptivo.

### **Competencia académica y social**

La definición operacional del *comportamiento competente* se obtuvo por medio de dos indicadores:

*Competencia académica (CA)*: promedio de calificaciones que los niños reportaron haber obtenido durante un curso escolar anterior en las materias de español y matemáticas. Así como, la calificación obtenida en las Pruebas Criteriales de Lectura, Escritura y Matemáticas.

*Competencia social (CS)*: puntaje obtenido por los niños en el CPIEN en el factor de comportamiento adaptativo.

### **Intervención para escolares**

La *intervención para escolares*, estuvo constituida operacionalmente por una serie de diez sesiones en las que se enseñaron estrategias de afrontamiento para el control emocional y habilidades sociales.

### **Afrontamiento**

Puntaje obtenido por los niños en la Escala Infantil de Afrontamiento (EIA), en sus factores de Afrontamiento Funcional; Afrontamiento Disfuncional; Centrado en la emoción y Evitativo.

## **Método general**

### **Contexto de la investigación**

La investigación se realizó en escuelas primarias públicas y privadas ubicadas en la zona urbana de la Cd. de México. La aplicación de las pruebas, se realizó dentro de los salones de clases de los niños, cada salón contaba con un promedio de 30 niños, cada niño se encontraba en un pupitre y algunos compartían una mesa para dos alumnos. Los salones de clase contaban con las condiciones adecuadas de espacio, luz y ventilación. En cada salón se encontraba el profesor titular del grupo que en la mayoría de los casos se quedaba atento a observar cómo se conducía el trabajo con los niños. Regularmente se contó con el apoyo de dos psicólogas egresadas de la licenciatura que brindaron apoyo a los niños durante la aplicación de las pruebas.

### **Participantes**

Se trabajó con niños y niñas inscritos en escuelas primarias públicas y privadas de la Cd. de México, con un promedio de edad de 9 años; que asistían regularmente a sus clases de educación básica, de entre 8 a 12 años de edad que se encontraban cursando de 3° a 6° grado de primaria.

### **Instrumentos**

Los instrumentos empleados se describirán en el apartado del método de cada uno de los estudios realizados.

### **Procedimiento**

Para llevar a cabo la presente investigación, en primer lugar se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura que diera un sustento teórico sólido y guiara la realización del trabajo, analizando huecos y contradicciones en la teoría. Se optó por desarrollar en primer lugar un instrumento que midiera los problemas internalizados y externalizados en niños de 8 a 12 años de

edad, se decidió por estas edades debido a que se espera que para este entonces tengan la lecto-escritura consolidada y así mostraran mínimas dificultades al responder a un Cuestionario de autoevaluación de problemas internalizados y externalizados, que para el caso de nuestro país no se encontró alguna.

Posteriormente se buscaron escuelas en las que los directivos permitieran realizar el trabajo, se realizó el contacto con los responsables y se les explicó el objetivo de la investigación, asimismo se tuvo una pequeña charla con los profesores titulares de los grupos y con los niños para informarles y solicitar su participación voluntaria. Cabe señalar que en algunos casos se asistió a las juntas técnicas de las escuelas para platicar con los maestros y compartir algunas experiencias de temas de su interés como intercambio del apoyo.

En todos los casos se solicitó el consentimiento informado por parte de los padres, para ello se acudía a cada escuela una semana antes de comenzar el trabajo de campo y se repartía a cada niño una carta en la que se explicaba el objetivo del trabajo y las implicaciones éticas resaltando la confidencialidad de la información obtenida; en esta carta, también se daba un teléfono de contacto para que los padres se comunicaran en casos de dudas. Posteriormente se recogían los consentimientos y se trabajaba con los niños que lo entregaban firmado y daban su asentimiento.

El procedimiento para construir el instrumento consistió en primer lugar, en obtener los permisos de directivos, padres y niños para aplicar el instrumento en una sesión grupal dentro de los salones de clase, en un tiempo aproximado de 30 min. Este estudio estuvo conformado de tres fases: 1) Fase exploratoria para conocer cómo los niños describían sus problemas, por medio de la aplicación de un Cuestionario de Frases Incompletas; 2) Fase de piloteo para realizar el análisis de reactivos y las modificaciones pertinentes en la redacción de instrucciones y afirmaciones; y 3) Fase de validación del Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN).

El procedimiento para el segundo estudio “Caracterización de niños identificados en tres grupos con niveles diferenciados de problemas internalizados y externalizados” consistió en la

aplicación grupal de las pruebas CPIEN; aplicación de Pruebas Criteriales de Competencia Académica; aplicación de la Prueba de Raven para medir el CI y aplicación de una ficha socio-demográfica para niños. La aplicación de estas pruebas se realizó en dos sesiones de aproximadamente 50 minutos, en todas las aplicaciones se contó con el apoyo de dos psicólogas egresadas de la licenciatura, previamente entrenadas en el manejo de las pruebas. Posteriormente, las pruebas fueron revisadas para verificar la ausencia de errores al responderlas; se calificaron. Y se elaboró la base de datos. Se identificaron tres grupos de niños con niveles diferenciados de problemas (sin problemas, en riesgo y con problemas) y finalmente se realizaron los análisis estadísticos para analizar las diferencias entre los tres grupos y la competencia académica y social.

El procedimiento para el tercer estudio “Propuesta de intervención para niños con problemas internalizados y externalizados” consistió en el análisis y síntesis de los datos obtenidos en el estudio dos para identificar las necesidades de intervención con mayor prioridad de los niños que se identificaron en riesgo y con problemas internalizados y externalizados. En este estudio se diseñó la intervención y se piloteó. Se realizaron aplicaciones pretratamiento y postratamiento de la Escala Infantil de Afrontamiento (EIA) y del CPIEN, con el objetivo de analizar los cambios de la intervención propuesta.

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSSv.20

Para el estudio uno se realizaron los análisis pertinentes en el desarrollo de instrumentos: análisis cualitativos de los reactivos y estructura del instrumento, análisis de frecuencias para los reactivos, análisis de discriminación de reactivos, análisis de fiabilidad, indicadores de consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, y estudios de la dimensionalidad del instrumento.

En el estudio dos, el análisis de los resultados se realizó en los niveles no paramétricos, empleando análisis de frecuencias y pruebas Chi cuadrada; y paramétricos, empleando pruebas T de Student, correlaciones de Pearson y el Modelo General Lineal Multivariante.

Finalmente para el estudio tres se analizaron los datos por medio del empleo de frecuencias; pruebas de diferencias de grupos dependientes; análisis del tamaño del efecto y análisis de la significancia clínica de la intervención.

Cada uno de estos análisis se retomará con mayor detalle en los capítulos siguientes dedicados a cada estudio que conformaron la investigación.

# Capítulo 5.

## Estudio 1

### Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños

---

#### Justificación

La aproximación dimensional de los problemas infantiles sugiere una taxonomía que involucra la presencia de escalas de banda estrecha y escalas de banda ancha. La diferencia en relación a la taxonomía categorial, es que cuantifica el grado en el cual los individuos manifiestan una clase particular del problema (Hudziak, Achenbach, Althoff, & Pine, 2007). Estos modelos son derivaciones de procedimientos estadísticos que tratan de identificar covariaciones entre distintas conductas, se han elaborado a partir de técnicas estadísticas como el análisis factorial o de clúster que agrupan distintos síntomas o comportamientos en dimensiones.

Los problemas se clasifican siguiendo una estrategia empírica, que casi desde sus inicios ha mostrado dos grandes constructos, problemas de comportamiento de tipo internalizados y problemas de comportamiento de tipo externalizados (Cicchetti & Toth, 1991). Bajo esta orientación se han desarrollado sistemas de evaluación para la población infantil: el Cuestionario Conductual para niños de Rutter (1967); el cuestionario de Eyberg y Ross (1978); la Escala Conductual y Emocional [BERS-2] de Epstein (2004); el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) desarrollado por Goodman (1997); el sistema ASEBA de Achenbach y Rescorla (2001); el Sistema de Evaluación del comportamiento para niños (BASC-2) de Reynolds y Kauphman (2004).

Estos sistemas de evaluación han sido elaborados a partir de un marco conceptual del modelo dimensional; sin embargo se han diseñado para poblaciones extranjeras y el sistema ASEBA que ha mostrado gran difusión, se ha adaptado y estandarizado a más de 80 culturas distintas, incluso en nuestro país se pueden encontrar los trabajos elaborados por Albores (2008); Betancourt (2007); Valencia y Andrade (2004); Zárata et al., (2009); quienes han adaptado las versiones para adolescentes y preescolares, dejando un poco de lado la evaluación a niños de edad escolar en formato de autoreporte.

Por ello, los esfuerzos de este estudio se han centrado en el desarrollo de una escala que mida problemas internalizados y externalizados y que al mismo tiempo considere comportamientos adaptativos propios de los niños de 8 a 12 años, con el propósito de contar con una escala culturalmente válida, en formato de autoreporte, que apoye el trabajo del psicólogo a nivel de evaluación, intervención e investigación; pues en nuestro país son pocos los estudios que se han dado a la tarea de analizar las repercusiones que los problemas clínicos de la infancia tienen sobre las tareas del desarrollo y que en otros países se ha demostrado que esta influencia puede en algún momento afectar el desarrollo adaptativo en etapas posteriores (Masten et al., 2006; Moilanen et al., 2010; van Lier & Koot, 2010).

### **Objetivo**

Elaborar y validar una escala para medir problemas internalizados y externalizados en niños mexicanos de 8 a 12 años de edad para contar con herramientas culturalmente válidas e información que apoye la evaluación infantil y el desarrollo de programas de atención dirigidos a la población con estos problemas.

Para cumplir con dicho objetivo, el estudio se dividió en tres fases, con objetivos propios:

**1. Fase exploratoria**

Conocer cómo los niños en edad escolar describían sus propios problemas, con el objetivo de redactar reactivos conceptualmente adecuados a su nivel cognoscitivo.

Diseñar el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños, con el propósito de contar con una herramienta para medir dichos problemas.

**2. Fase de piloteo**

Pilotear el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN), a fin de mejorarlo para que resultara conceptualmente comprensible para los menores, desde las instrucciones hasta el formato de respuesta.

**3. Fase de validación.**

Validar el CPIEN, con el propósito de contar con una herramienta culturalmente válida para identificar a los niños que presenten estos problemas.

**Fase exploratoria****Método****Participantes**

En esta fase del estudio se seleccionaron de manera no probabilística, y por cuotas (Kerlinger & Lee, 2005) 131 niños (62 niños [47%] y 69 niñas [53%]); en un rango de edad de 8 a 12 años;  $media_{Edad} = 10$  ( $DE = 1.2$ ). Los niños de 8 años representaron el 13% de la muestra, los de 9 años el 22%; los de 10 años el 20%; los de 11 años el 37% y los de 12 años el 8%. La aplicación se realizó en una escuela primaria pública ubicada al oriente de la Cd. de México.

El porcentaje de niños de acuerdo a los años escolares a los que asistían, se distribuyeron de la siguiente manera: el 14% de la muestra cursaban el 3<sup>er</sup> año; el 23% el 4<sup>o</sup> año; el 31% se encontraban en 5<sup>o</sup> año y el 32% el 6<sup>o</sup> año.

**Criterios de selección.***Criterios de inclusión*

Participaron en esta fase del estudio niños cuyos padres otorgaron el consentimiento informado y los menores que dieron su asentimiento para participar; niños cuyas edades se encontraban entre los 8 y 12 años de edad.

*Criterios de exclusión*

Niños con alguna necesidad de Educación Especial; identificados con algún diagnóstico clínico que les impidiera resolver el cuestionario; que no supieran leer y escribir; que mostraran poca comprensión en las instrucciones y resolución del cuestionario.

**Tipo de investigación.**

Se planteó una investigación de tipo exploratoria con el fin de conocer la frecuencia y el lenguaje empleado por los niños para describir sus problemas (Kerlinger & Lee, 2005).

**Instrumentos***Frases Incompletas del Comportamiento y Emociones del Escolar (FICE).*

Se elaboró un cuestionario denominado Frases Incompletas del Comportamiento y Emociones del Escolar (FICE) a partir de cuatro entrevistas abiertas realizadas a cuatro niños -2 varones de 9 años y dos niñas, una de 8 años y otra de 9 -, que asistían a una escuela pública ubicada de la Cd. de México. Las preguntas que se les realizaron a los niños durante la entrevista fueron: 1. ¿Qué cosas hacen los niños de tu escuela cuando se portan bien?; 2. ¿Qué cosas hacen cuando se portan mal?; 3. ¿Qué hacen cuando están tristes?; 4. ¿Qué hacen cuando están felices? y 5. ¿De qué otras formas les preguntarías a los niños sobre estas situaciones?

A partir de las respuestas de los niños, se conformó un cuestionario de 28 frases incompletas. Las instrucciones para resolver este cuestionario de frases incompletas se redactaron de la siguiente forma:

*A continuación vas a leer algunos enunciados que ya están empezados, y tú tienes que escribir el final, pueden ser uno o varios finales. No te preocupes porque esto no es un examen de la escuela y lo que escribas solo lo leeré yo (Apéndice A).*

### **Procedimiento.**

Una vez elaborado el cuestionario FICE, se realizó el contacto con una escuela primaria. Se tuvo una plática con el director del plantel y se solicitó el envío de un consentimiento informado a los padres y tutores de los niños (Apéndice B).

La aplicación del cuestionario de frases incompletas se realizó por la mañana, después de la hora del recreo de los niños, durante la aplicación estuvieron presentes dos egresadas de la licenciatura de psicología, familiarizadas con el cuestionario, quienes leyeron las instrucciones a los niños y los apoyaron de manera personal cuando se presentaba alguna duda. Las aplicaciones grupales tuvieron una duración promedio de 30 minutos en cada grado escolar.

Los resultados se obtuvieron a partir de un análisis de contenido de las respuestas de los niños, con el propósito de obtener los comportamientos con mayor frecuencia en cada pregunta y redactar afirmaciones con un lenguaje adecuado para niños de edades entre 8 y 12 años.

El análisis de los datos se realizó por medio de la obtención de categorías y frecuencias. Las categorías de agrupación se establecieron de acuerdo a la teoría del enfoque dimensional para la evaluación de la psicopatología infantil (Betancourt, 2007; Reynolds & Kamphaus, 2004).

## Resultados

En esta fase del trabajo se logró obtener un total de 89 respuestas que fueron frecuentemente descritas por los niños en el cuestionario FICE. Por lo que, respetando el lenguaje de los escolares, se redactaron una serie de afirmaciones que fueron agrupadas en seis categorías: Ansiedad/Depresión, Aislamiento Social, Agresión Física y Verbal, Normas y Reglas, Autoagresión y Comportamiento Adaptativo (Ver tabla 4).

Tabla 4.

Afirmaciones redactadas a partir de las respuestas más frecuentes dadas por los niños en el Cuestionario FICE

<b>Ansiedad/Depresión</b>	
1	Hago mal las cosas
2	Siento que nadie me escucha
3	Me dan ganas de llorar por todo
4	Me molestan o dicen cosas que me hacen sentir mal
5	Siento que nadie me pone atención
6	Cuando me preocupo me muerdo las uñas
7	Tengo muchos problemas
8	Me siento triste
9	Me siento menos que los demás
10	Me siento preocupado cuando alguien de mi familia se tarda en llegar.
11	Me siento nervioso cuando hago exámenes en la escuela
12	Me preocupo cuando es la firma de boletas
13	Cuando estoy nervioso como mucho
14	Me siento preocupado cuando falto a la escuela
15	Cuando me siento nervioso hago las cosas mal
16	Cuando estoy nervioso me sudan las manos
17	Pienso que algo malo pasó
<b>Aislamiento Social</b>	
1	Los niños me ignoran cuando quiero jugar con ellos
2	Mis amigos me dejan solo a la hora del recreo
3	Me siento rechazado
4	Me siento solo
5	Me alejo de mis amigos cuando me dicen apodos
6	Me quedo solo porque tengo mal carácter
7	Los niños me caen mal
8	Me quedo solo porque mis amigos se enojan conmigo
9	Prefiero jugar con la computadora que con otros niños
10	Los otros niños evitan estar conmigo
11	Platico muy poco con otros niños

12	Me da pena hablarle a otros niños
13	Tengo pocos amigos
14	Les dejo de hablar a los niños porque me molestan
<b>Agresión Física y Verbal</b>	
1	Digo groserías cuando me molestan
2	Insulto a los demás
3	Amenazo a otros niños
4	Me burlo de los demás
5	Me gusta discutir
6	Digo cosas que hacen sentir mal a los demás
7	Hablo mal de otras personas
8	Soy muy contestón
9	Cuando me enojo le pego a alguien
10	Me peleo con los niños de la escuela
11	Molesto a mis compañeros del grupo
12	Le pego a los niños cuando se me da la gana
13	Cuando alguien me harta, le pego
14	Rompo las cosas de los demás
15	Pierdo el control
16	Le he pegado a la maestra
17	Cuando me molesto le pego a mis papás
<b>Normas y Reglas</b>	
1	Corro aunque no esté permitido
2	Platico con mis compañeros aunque tenga trabajo
3	Juego en el salón cuando no debo hacerlo
4	Me paro de mi lugar cuando no debo hacerlo
5	Desobedezco a los adultos
6	Me salgo del salón sin el permiso de la maestra
7	Me castigan porque dejo de hacer mis deberes
8	Agarro las cosas de los demás sin permiso
9	La maestra le manda recado a mis papás porque me porto mal
10	Me salgo a jugar a la calle sin permiso de mis papás
11	Me niego a comer
12	Me porto mal cuando los adultos se van
13	Hago desorden cuando quiero
14	Me regañan porque hago travesuras
<b>Autoagresión</b>	
1	He querido hacerme daño
2	Cuando me siento mal me pego contra la pared
3	Me rasco hasta sacarme sangre
4	Me muerdo alguna parte del cuerpo hasta lastimarme
<b>Comportamiento Adaptativo</b>	
1	Pido ayuda a los demás cuando se me dificulta algo
2	Cuando me acerco a mis amigos juego con ellos
3	Soy amigable con los demás
4	Mis amigos son amables conmigo
5	Hago nuevos amigos fácilmente

6	Soy una persona amable
7	Me gusta ayudar a los demás cuando me lo piden
8	Siento que soy feliz
9	Me siento seguro de mí mismo
10	Los demás me tienen respeto
11	Mi familia me quiere
12	Me siento tranquilo porque mi familia está conmigo
13	Me siento tranquilo cuando duermo bien
14	Me porto bien cuando hago algo que me gusta
15	Hago bien las tareas que me dejan
16	Cuando me quedo solo me pongo a leer
17	Cuando la maestra se va, hago el trabajo que nos deja.
18	Me felicitan porque saco buenas calificaciones
19	Me siento tranquilo porque termino mis trabajos a tiempo
20	Estudio mucho cuando tengo exámenes
21	Me siento feliz cuando estoy en la escuela
22	Cuando me quedo solo en casa me pongo a estudiar
23	Cuando la maestra explica algo pongo atención

Estas afirmaciones se colocaron en forma aleatoria para el diseño del Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN), se redactó la ficha de identificación, las instrucciones, un reactivo de ejemplo y el formato de respuesta con cuatro opciones tipo Likert pictórico (1=nunca; 2= pocas veces; 3= muchas veces; 4= siempre). De esta forma quedó conformada la versión de prueba del CPIEN para poder realizar la aplicación del cuestionario a una muestra de niños con características similares a las del estudio, lo que conformaría la fase de piloteo.

### **Fase de Piloteo**

#### **Método**

##### **Participantes**

Para esta fase se seleccionaron de manera no probabilística y por cuota (Kerlinger & Lee, 2005) 148 niños (67 niños [45%] y 81 niñas [55%]) en un rango de edad de 8 a 12 años;

mediaEdad= 9.9 (DE= 1.2). Los niños de 8 años representaron el 19.6% de la muestra, los de 9 años el 16.2%; los de 10 años el 31.8%; los de 11 años el 20.9% y los de 12 años el 11.5%.

Los niños se encontraban distribuidos según sus grados escolares de la siguiente manera: el 25.7% de la muestra cursaban el 3<sup>er</sup> año; el 24.3% el 4<sup>o</sup> año; el 27% el 5<sup>o</sup> año y el 23% el 6<sup>o</sup> año de primaria.

La aplicación se realizó en tres escuelas primarias: dos públicas, en las que se encontraban el 71.6% de la muestra (una ubicada al oriente de la Cd. de México y otra al poniente); la tercer escuela fue privada, en esta se encontraban el 28.4% de los niños (ubicada al poniente de la Cd. de México).

### **Criterios de selección.**

#### *Criterios de inclusión*

Participaron en esta fase del estudio, niños cuyos padres otorgaron el consentimiento informado y los menores que dieron su asentimiento para participar; con edades de entre 8 a 12 años de edad y que asistían a 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, y 6<sup>o</sup> grado de primaria.

#### *Criterios de exclusión*

Se excluyeron a los niños cuyos padres negaron el permiso, a aquellos que no quisieron participar; a un niño del que se nos informó (por parte de los servicios de Educación Especial) que tenía un diagnóstico clínico de autismo; a quienes no sabían leer y escribir; los que mostraron poca comprensión en las instrucciones y resolución del cuestionario. Y a aquellos que dejaron más de cinco reactivos del CPEIN sin responder.

## **Tipo de investigación.**

Se realizó un estudio piloto con el propósito de conocer la pertinencia de la redacción y comprensión por parte de los niños de: las instrucciones, reactivos y tipo de respuestas tipo Likert pictórico de cuatro opciones (1=nunca; 2= pocas veces; 3= muchas veces; 4= siempre) para el CPIEN (Kerlinger & Lee, 2005).

## **Instrumentos**

### *Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN)*

A partir de los resultados de la primera fase, se diseñó un Cuestionario para medir Problemas Internalizados y Externalizados en Niños. El cuestionario se conformó con la ficha de identificación del niño; las instrucciones: *A continuación encontrarás algunos enunciados sobre cómo piensan, sienten y se comportan algunos niños y niñas. Lee con atención cada enunciado y marca con una X el cilindro que indica qué tanto lo haces tú;* un ejemplo de respuesta; ochenta y nueve afirmaciones con cuatro opciones de respuesta tipo Likert pictórico de nunca a siempre y una pregunta abierta para que los niños agregaran alguna otra cuestión que les pareciera importante sobre su comportamiento (Apéndice C).

## **Procedimiento**

Para el piloteo del CPIEN, en primer lugar, se tuvo una plática con las autoridades escolares a quienes se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento a seguir para la realización del estudio, se les mostró el cuestionario que se aplicaría y la información que se recabaría con este; así mismo, se les comentó sobre el envío de una carta de consentimiento informado a los padres y tutores de los niños.

La aplicación del cuestionario se realizó durante el horario de clases de los niños, en los que las maestras titulares proporcionaron un espacio de tiempo; se realizó de manera grupal con una duración promedio de 30 minutos. Estuvieron presentes tres aplicadoras: una responsable de

la aplicación y dos psicólogas egresadas de la licenciatura en psicología, familiarizadas con el instrumento y quienes entregaban el material a cada niño, les brindaban apoyo personal cuando se presentaba alguna duda, revisaban la forma de responder y al finalizar revisaban que los niños hubiesen respondido correctamente todo el cuestionario. Cabe señalar que las aplicadoras hicieron énfasis en la confidencialidad de la información.

Los resultados se analizaron a partir de un análisis de frecuencias de las respuestas de los niños; así como un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y niveles de consistencia interna.

## Resultados

En primer lugar se realizó un *análisis cualitativo* del CPIEN, con el objetivo de constatar la redacción adecuada de las instrucciones; el ejemplo descrito para saber cómo responder; el formato de respuesta y cada uno de los reactivos respecto a su contenido y empleo de conceptos. Para este análisis se emplearon las observaciones realizadas durante la aplicación, tanto por los niños como por las aplicadoras. Se encontró que:

- La redacción de las instrucciones parecieron adecuadas pues los niños comprendieron lo que tenían que hacer, cabe señalar que es importante leerlas con ellos en voz alta para que vayan siguiendo las indicaciones.
- El ejemplo también fue adecuado, los niños comprendieron cómo deberían responder cada uno de los reactivos, este ejemplo también se debe leer en voz alta y preguntar al final si tienen alguna duda.
- En cuanto al formato de respuesta se observó que la mayoría de los niños elegían la opción de “a veces”, respuesta que pareció ser neutra, por lo que se propuso cambiarla por pocas veces para que se presentara una distribución normal en el continuum de respuestas.
- Finalmente, en relación a cada uno de los reactivos, se propuso modificar los que en su contenido decían lo mismo y eliminar los que formaban una doble negación.

Posteriormente se realizó un *análisis cuantitativo*, a partir de la obtención de frecuencias para cada uno de los reactivos en los que se incluyó el análisis del sesgo para verificar la direccionalidad de los reactivos; así como obtención de medias; la discriminación de reactivos a partir de grupos extremos. Se analizó la confiabilidad interna de los reactivos y se corrió un análisis factorial exploratorio para tener una primera idea de la estructura interna del instrumento (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

### **Obtención de frecuencias y sesgos**

En este punto, se observó que había reactivos que tenían poca frecuencia de respuesta como “le pego a la maestra”, sin embargo se decidió que eran reactivos que no se podían eliminar pues aunque las frecuencias de respuesta fueron bajas sí había niños que respondían positivamente.

También se observó que había reactivos que corrían de forma contraria a la mayoría, éstos en su mayoría fueron los que hacían referencia al Comportamiento Adaptativo por lo que se consideró que tenían que ser invertidos en su calificación para que el cuestionario midiera problemas y poder realizar los análisis estadísticos posteriores.

### **Discriminación de reactivos**

Para analizar la discriminación interna de los reactivos, se generó una nueva variable para la suma de todos los reactivos de cada caso, posteriormente se obtuvieron los valores percentiles 75 y 25 de esta variable, por medio de un análisis de frecuencia; con los valores obtenidos se generó una variable dicotómica basada en los puntajes mayores o iguales a 166 (percentil 75) e inferiores o iguales a 131 (percentil 25). Posteriormente, esta variable se empleó como variable de agrupación para realizar pruebas T de Student y evaluar la discriminación de cada uno de los reactivos por comparación de grupos extremos. Los reactivos que se observó no discriminaron entre los grupos extremos fueron cinco: 5, 28, 74, 85 y 88, presentados en la tabla 5.

Tabla 5.

Prueba T para analizar la discriminación de reactivos entre grupos extremos.

	Media				Sig. (bilateral)
	altos n=37	Bajos n=39	t	gl	
Suma total	190.51	121.03	17.163	45.361	0.001
*5. Pido ayuda a los demás cuando se me dificulta algo	2.46	2.33	0.558	74.000	0.579
*28. Me alejo de mis amigos cuando me dicen apodos	2.00	1.90	0.454	74.000	0.651
*74. Me siento preocupado cuando falto a la escuela	2.24	2.72	-1.868	74.000	0.066
*85. Le he pegado a la maestra	1.14	1.00	1.535	36.000	0.134
*88. Cuando me molesto le pego a mis papás	1.16	1.03	1.772	44.872	0.083

\*Reactivos que no discriminaron entre grupos extremos

### Correlación reactivo-calificación total

Posteriormente se realizó el análisis de correlación reactivo-calificación total por medio del coeficiente de correlación de Pearson; que consiste en calcular la correlación entre cada reactivo y la puntuación total del cuestionario. Se analizó si cada reactivo media lo mismo que el resto de los reactivos (quienes puntúan alto en un reactivo, también tenderán a puntuar alto en el cuestionario; y quienes puntúan bajo, puntuarán bajo en el cuestionario).

Los resultados de este análisis mostraron que los reactivos 5, 28, 50, 63 y 85 tuvieron correlaciones bajas. Y el reactivo 74 mostró una correlación negativa, ver tabla 6.

Tabla 6.

Análisis de reactivo-calificación total.

	correlaciones
*5. Pido ayuda a los demás cuando se me dificulta algo	0.14
*28. Me alejo de mis amigos cuando me dicen apodos	0.06
*50. Me siento preocupado cuando alguien de mi familia se tarda en llegar.	0.15
*63. Platico muy poco con otros niños	0.15
*74. Me siento preocupado cuando falto a la escuela	-.220**
*85. Le he pegado a la maestra	0.14

\*Reactivos con correlaciones bajas

## Fiabilidad

A pesar de que se encontraron reactivos con correlaciones bajas y uno que correlacionó de manera negativa, al realizar el análisis de la confiabilidad interna, se observó que el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) no se modificaba sustancialmente si éstos se eliminaban. Para realizar este análisis de confiabilidad interna ( $\alpha$ ), se empleó la fórmula Alfa de Cronbach, se revisó la correlación elemento-total corregida y el valor de modificación del estadístico de confiabilidad al eliminar los reactivos, este procedimiento busca aumentar la consistencia interna de la dimensión. Se consideran adecuados los valores mayores o iguales a 0.25-0.30 (Nunnally, Bernstein, Arellano, & Guillén, 1995).

Se obtuvo un  $\alpha = 0.94$  al considerar la totalidad de 89 reactivos que conformaban la versión piloto de la escala. En la tabla 7 se presentan los estadísticos descritos y se observa que de acuerdo a los criterios de Nunnally et al. (1995), los reactivos 2, 5, 28, 50, 63, 68, 74, 75, 78, 81 y 85 presentan criterios bajos en las correlaciones elemento-total corregida. Sin embargo, al eliminarlos el valor de  $\alpha$  no se modificaba de manera sustancial.

Tabla 7.

Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento Alfa de Chonbach

Estadísticos total-elemento		
	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2. Corro aunque no esté permitido	0.24	0.94
5. Pido ayuda a los demás cuando se me dificulta algo	0.10	0.94
28. Me alejo de mis amigos cuando me dicen apodos	0.03	0.941
50. Me siento preocupado cuando alguien de mi familia se tarda en llegar.	0.11	0.941
63. Platico muy poco con otros niños	0.12	0.94
68. Cuando estoy nervioso como mucho	0.18	0.94
74. Me siento preocupado cuando falto a la escuela	-0.25	0.942
75. Tengo pocos amigos	0.24	0.94
78. Me regañan porque hago travesuras	0.23	0.94
81. Les dejo de hablar a los niños porque me molestan	0.20	0.94
85. Le he pegado a la maestra	0.13	0.94

Al eliminar los reactivos que se observaron con cargas factoriales bajas, los que presentaban doble negación, los que obtuvieron poca o nula frecuencia de respuesta debido a que la redacción no era comprensible; se corrió un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para indagar cómo se estaban agrupando los reactivos por factor y así analizar la dimensionalidad interna del cuestionario. Como resultado de estos análisis se conformó una primera versión del CPIEN compuesta por 75 reactivos.

### **Análisis de componentes principales**

Los resultados del AFE, a partir de la matriz de componentes rotados por medio del método varimax, arrojó una estructura factorial de siete factores que en conjunto explicaron el 47.4% de la varianza. Las cargas factoriales para que un reactivo formara parte de la matriz factorial fueron de .40 como mínimo.

A partir de estos primeros análisis se eliminaron un total de 14 reactivos debido a que no tenían concordancia conceptual con el factor en el que se agrupaban, compartían cargas factoriales mayores a .40 en dos o más factores, obtuvieron cargas menores a .40 y también los que se encontraban conceptualmente repetidos. Se modificó la redacción de algunos reactivos que resultaban de relevancia clínica para el presente estudio. La primera versión del cuestionario quedó conformada por 75 reactivos con una escala de respuesta tipo Lickert pictórica con cuatro opciones de respuesta en un continuum de nunca a siempre.

El *primer factor* denominado Comportamiento Disruptivo quedó conformado por 18 reactivos, con una varianza explicada del 21% y un  $\alpha = 0.90$ ; el *segundo factor* llamado Depresión, quedó conformado por 11 reactivos, con una varianza explicada de 8% y un  $\alpha = 0.91$ ; el *tercer factor*, Comportamiento Adaptativo, quedó conformado por 20 reactivos, con una varianza explicada de 5% y un  $\alpha = 0.88$ ; el *cuarto factor*, Relaciones con Pares, quedó conformado por 6 reactivos, con una varianza explicada de 4% y un  $\alpha = 0.78$ ; el *quinto factor*, Ansiedad, quedó conformado por 10 reactivos, con una varianza explicada de 3% y un  $\alpha = 0.74$ ; el *sexto factor*, Agresión, quedó conformado por 5 reactivos, con una varianza explicada de 3% y

un  $\alpha = 0.77$ ; el *séptimo factor*, Comportamiento Desafiante, quedó conformado por 6 reactivos, con una varianza explicada de 3% y un  $\alpha = 0.70$ .

Con esta primera versión del CPIEN se procedió a analizar la validez interna del instrumento.

## **Fase de validación.**

### **Método**

#### **Participantes**

En esta fase del estudio, se seleccionaron de manera no probabilística y por cuotas (Kerlinger & Lee, 2005) a 366 niños de dos escuelas primarias públicas (186 niñas [51%] y 180 niños [49%]); en un rango de edad de 8 a 12 años;  $\text{mediaEdad} = 9.6$  años ( $DE = 1.14$ ). Los niños de 8 años representaron el 22% de la muestra; los de 9 años el 27%; los de 10 años el 25%; los de 11 años el 23% y los de 12 años el 3%.

#### **Criterios de selección**

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra fueron los mismos que en las fases anteriores del estudio.

#### **Instrumentos**

*Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN).*

A partir de los resultados de la segunda fase, se obtuvo un Cuestionario corregido para medir Problemas Internalizados y Externalizados en Niños. El cuestionario se conformó con la ficha de identificación del niño; las instrucciones: *A continuación encontrarás algunos enunciados sobre cómo piensan, sienten y se comportan algunos niños y niñas. Lee con atención*

*cada enunciado y marca con una X el cilindro que indica qué tanto lo haces tú;* un ejemplo de respuesta y 75 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta tipo Likert pictórico de nunca a siempre.

### **Procedimiento.**

La aplicación del cuestionario se realizó durante el horario de clases de los niños en los que las maestras titulares proporcionaron un espacio de tiempo, la aplicación se realizó de manera grupal con un tiempo aproximado de 30 minutos para responderlo, se contó con el apoyo de dos aplicadoras familiarizadas con el instrumento (egresadas de la licenciatura en psicología), quienes leyeron las instrucciones a los niños, entregaban el material a cada uno, los apoyaban de manera personal cuando se presentaba alguna duda, revisaban la forma de responder y al finalizar revisaban que los niños hubiesen respondido adecuadamente a los reactivos.

El análisis de los datos se realizó siguiendo los criterios establecidos por Carretero-Dios y Pérez (2007) para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales.

### **Resultados**

El análisis de los resultados para la elaboración del CPIEN, se realizó con base en las normas propuestas por los autores antes citados, quienes describen siete pasos a considerar en la creación de un nuevo instrumento: justificación del estudio, delimitación conceptual del constructo a evaluar, construcción y evaluación cualitativa de reactivos, análisis estadístico de los reactivos, estudio de la dimensionalidad del instrumento, estimación de la fiabilidad y obtención de evidencias externas de validez. Con base en estos criterios y habiendo cumplido los primeros tres criterios propuestos por estos autores, la descripción del análisis se iniciará con el análisis estadístico de los reactivos.

## Análisis estadístico de reactivos

### Discriminación de los reactivos.

Para analizar la discriminación interna de los reactivos, se obtuvieron los valores percentiles 75 y 25 de la sumatoria total de problemas para cada caso y por medio de un análisis de frecuencia, con los valores obtenidos se generó una variable dicotómica basada en los puntajes mayores o iguales a 137 (percentil 75) e inferiores o iguales a 107 (percentil 25). Posteriormente, esta variable se empleó como variable de agrupación para realizar pruebas T de Student y evaluar la discriminación de cada uno de los reactivos por comparación de grupos extremos. Los reactivos que se observó no discriminaron entre los grupos extremos fueron el 25, 53 y 63 presentados en la tabla 8.

Tabla 8.

Prueba T para analizar la discriminación de reactivos entre grupos extremos

	Media		t	gl	Sig. (bilateral)
	altos n=94	Bajos n=92			
Suma total	190.51	98.87	31.22	123.5	0.000
* r25 Me alejo de mis amigos cuando me dicen apodos	1.87	2.20	1.95	181.87	0.052
*r53 Le he pegado a la maestra	1.10	1.23	1.54	177.69	0.125
*r63 Me siento preocupado cuando faltó a la escuela	2.26	2.41	0.95	184	0.343

### Correlación reactivo-calificación total

El análisis de correlación reactivo-calificación total, se realizó mediante el coeficiente de correlación Pearson, el cual busca aumentar el coeficiente de correlación total. Se consideran adecuados valores mayores o iguales a 0.25 – 0.30 (Nunnally et al., 1995). Mientras más elevadas sean estas correlaciones mayor será el índice de confiabilidad interna del instrumento al considerar la totalidad de los reactivos que la integran. Los resultados de este análisis mostraron que los reactivos 26, 47, 57, y 75 tuvieron correlaciones bajas. Y los reactivos 40 y 42 mostraron correlaciones negativas, ver tabla 9.

Tabla 9.

Análisis de reactivo-calificación total de la versión del cuestionario CPIEN de 75 reactivos.

	<b>correlaciones</b>
*26. Soy una persona amable	0,096
*40. Los demás me tienen respeto	-0,017
*42. Mi familia me quiere	-0,029
*47. Me siento tranquilo cuando duermo bien	0,101
*57. Cuando la maestra se va, hago el trabajo que nos deja.	0,064
*75. Cuando la maestra explica algo pongo atención	0,034

\*Reactivos con correlaciones bajas

### Fiabilidad

El análisis de la confiabilidad interna, realizado por medio del coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Arrojó un  $\alpha = 0.82$  al considerar la totalidad de 75 reactivos que conformaban la primera versión de prueba. En la tabla 10 se presentan los estadísticos descritos y se observa que de acuerdo a los criterios de Nunnally et al. (1995), los reactivos 1, 2, 3, 11, 15, 17, 22, 26, 28, 32, 37, 40, 41, 42, 44, 48, 51, 53, 54, 57, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 73, 74 y 75 presentan criterios bajos en las correlaciones elemento-total corregida. Sin embargo, su eliminación no indica modificación en el indicador del coeficiente de consistencia interna general.

Tabla 10.

Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento Alfa de Chonbach

<b>Estadísticos total-elemento</b>		
	<b>Correlación elemento-total corregida</b>	<b>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</b>
r1 Digo groserías cuando me molestan	0.248	0.818
2 Corro aunque no esté permitido	0.111	0.821
r3 Me niego a hacer las cosas que me piden	0.171	0.82
r11 Amenazo con lastimar a otros niños	0.19	0.82
r15 Soy amigable con los demás	-0.033	0.825
r17 Me paro de mi lugar cuando no debo hacerlo	0.148	0.82
r22 Me gusta discutir	0.207	0.819
r26 Soy una persona amable	0.041	0.823
r28 Me salgo del salón sin el permiso de la maestra	0.141	0.82
r32 Me gusta ayudar a los demás cuando me lo piden	0.127	0.821

r37	Me siento seguro de mí mismo	0.139	0.821
r40	Los demás me tienen respeto	-0.082	0.826
r41	Cuando me enoja le pego a alguien	0.179	0.819
r42	Mi familia me quiere	-0.066	0.823
r44	Me siento tranquilo porque mi familia está conmigo	0.091	0.821
r48	Me porto bien cuando hago lo que me gusta	0.149	0.82
r51	Hago bien las tareas que me dejan	0.065	0.822
r53	Le he pegado a la maestra	0.084	0.821
r54	Cuando me quedo solo me pongo a leer	0.126	0.821
r57	Cuando la maestra se va, hago el trabajo que nos deja.	0.004	0.824
r62	Me felicitan porque saco buenas calificaciones	0.146	0.821
r63	Me siento preocupado cuando falto a la escuela	0.215	0.819
r64	Tengo pocos amigos	0.196	0.82
r65	Me siento tranquilo porque terminé mis trabajos a tiempo	0.121	0.821
r66	Rompo las cosas de los demás	0.226	0.819
r67	Estudio mucho cuando tengo exámenes	0.112	0.821
r70	Me siento feliz cuando estoy en la escuela	0.116	0.821
r71	Platico muy poco con otros niños	0.185	0.82
r73	Cuando me quedo solo en casa me pongo a estudiar	0.078	0.822
r74	Le he pegado a mis papás	0.196	0.819
r75	Cuando la maestra explica algo pongo atención	-0.02	0.824

### Análisis de componentes principales

Finalmente, se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para analizar la dimensionalidad del cuestionario. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.86. La prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 7949.22, 1770$ ;  $p < 0.0001$ ) muestra la existencia de una alta dependencia entre los reactivos. El análisis de componentes principales a seis factores, explicaron el 41.44% de la varianza. Las cargas factoriales para que un reactivo formara parte de la matriz factorial fueron de .40 como mínimo.

Se eliminaron un total de 15 reactivos debido a que obtuvieron cargas menores a .40, de esta forma la matriz factorial mostró que el *primer factor* denominado Comportamiento Disruptivo agrupó 16 reactivos, con una varianza explicada del 17% y un  $\alpha = 0.89$ ; el *segundo factor* llamado Depresión quedó conformado por 12 reactivos, con una varianza explicada de

8.5% y un  $\alpha = 0.86$ ; el *tercer factor*, Comportamiento Adaptativo, quedó conformado por 16 reactivos, con una varianza explicada de 5.83% y un  $\alpha = 0.83$ ; el *cuarto factor*, Ansiedad, quedó conformado por 6 reactivos, con una varianza explicada de 4% y un  $\alpha = 0.70$ ; el *quinto factor*, Agresión Física, quedó conformado por 6 reactivos, con una varianza explicada de 3% y un  $\alpha = 0.60$ ; y, el *sexto factor*, Autoagresión, quedó conformado por 4 reactivos, con una varianza explicada de 2.8% y un  $\alpha = 0.73$ . La estructura factorial contuvo 60 reactivos con una consistencia interna de  $\alpha = 0.896$ ; ver tabla 11.

Tabla 11.

Matriz de componentes rotados del análisis factorial del cuestionario CPIEN con el método de rotación varimax.

	Factores					
	1	2	3	4	5	6
r27 Digo cosas que hacen sentir mal a los demás	0.69					
r16 Me burlo de los demás	0.69					
r12 Juego en el salón cuando no debo hacerlo	0.67					
r7 Platico con mis compañeros aunque tenga trabajo	0.64					
r6 Insulto a los demás	0.63					
r31 Hablo mal de otras personas	0.61					
r23 Desobedezco a los adultos	0.60					
r17 Me paro de mi lugar cuando no debo hacerlo	0.59					
r2 Corro aunque no esté permitido	0.56					
r1 Digo groserías cuando me molestan	0.55					
r49 Molesto a mis compañeros del grupo	0.55					
r22 Me gusta discutir	0.54					
r28 Me salgo del salón sin el permiso de la maestra	0.52					
r61 Echo relajo cuando quiero	0.52					
r35 Soy muy contestón con los adultos	0.44					
r11 Amenazo con lastimar a otros niños	0.41					
r20 Me siento solo		0.72				
r14 Me siento rechazado		0.72				
r21 Siento que nadie me pone atención		0.68				
r9 Mis amigos me dejan solo a la hora del recreo		0.66				
r8 Siento que nadie me escucha		0.65				
r33 Me siento triste		0.63				
r19 Me dicen cosas que me hacen sentir mal		0.62				
r4 Los niños me ignoran cuando quiero jugar con ellos		0.60				
r39 Me quedo solo porque mis amigos se enojan conmigo		0.58				
r29 Tengo muchos problemas		0.43				

r45 Los otros niños evitan estar conmigo	0.42					
r38 Me siento menos que los demás	0.41					
r67 Estudio mucho cuando tengo exámenes	0.62					
r51 Hago bien las tareas que me dejan	0.58					
r70 Me siento feliz cuando estoy en la escuela	0.57					
r73 Cuando me quedo solo en casa me pongo a estudiar	0.56					
r75 Cuando la maestra explica algo pongo atención	0.53					
r65 Me siento tranquilo porque termino mis trabajos a tiempo	0.52					
r62 Me felicitan porque saco buenas calificaciones	0.51					
r54 Cuando me quedo solo me pongo a leer	0.51					
r32 Me gusta ayudar a los demás cuando me lo piden	0.51					
r40 Los demás me tienen respeto	0.49					
r26 Soy una persona amable	0.48					
r44 Me siento tranquilo porque mi familia está conmigo	0.46					
r47 Me siento tranquilo cuando duermo bien	0.46					
r42 Mi familia me quiere	0.45					
r57 Cuando la maestra se va, hago el trabajo que nos deja.	0.43					
r37 Me siento seguro de mí mismo	0.41					
r69 Cuando estoy nervioso me sudan las manos	0.63					
r72 Pienso que algo malo pasó cuando alguien no llega	0.62					
r46 Me siento nervioso cuando tengo examen	0.60					
r43 Me siento preocupado cuando alguien de mi familia se tarda.	0.58					
r52 Me preocupo cuando es la firma de boletas	0.52					
r24 Cuando me preocupo me muerdo las uñas	0.45					
r66 Rompo las cosas de los demás	0.58					
r74 Le he pegado a mis papás	0.57					
r55 Le pego a los niños cuando se me da la gana	0.56					
r53 Le he pegado a la maestra	0.45					
r41 Cuando me enojo le pego a alguien	0.43					
r36 Agarro las cosas de los demás sin permiso	0.41					
r10 Cuando me siento mal me pego contra la pared						0.65
r60 Me he mordido para hacerme daño						0.56
r5 He querido hacerme daño						0.51
r30 Me rasco hasta sacarme sangre						0.50
Número de reactivos por factor	16	12	16	6	6	4
Consistencia interna de cada factor	0.89	0.86	0.83	0.70	0.59	0.73
KMO	0.86					
VE	41.44					
Total reactivos	60					
Alfa total para los 60 reactivos	0.89					

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.  
La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

Con el fin de comprobar la estructura bi-dimensional de la taxonomía de la psicopatología infantil, se realizó un análisis factorial de segundo orden con los factores de problemas del CPIEN. Este análisis arrojó una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.70. La prueba de esfericidad de Bartlett ( $\text{Chi-cuadrado} = 286.61$ ;  $p < 0.0001_{,10}$ ) mostró la existencia de la dependencia entre los factores. El análisis factorial de segundo orden se corrió de manera libre y arrojó dos dimensiones, que explicaron el 63.93% de la varianza.

La primera dimensión Problemas Externalizados agrupó los factores de Agresión, Autoagresión y Conducta Disruptiva, con una varianza explicada del 43.7%. La segunda dimensión, Problemas Internalizados, agrupó los factores de Ansiedad y Depresión, con una varianza explicada de 20.17%; ver tabla 12.

Tabla 12.

Matriz de componentes rotados del análisis factorial de segundo orden para los factores de problemas del CPIEN.

<b>Análisis factorial de segundo orden</b>	
<b>Problemas</b>	
<b>Externalizados</b>	<b>Internalizados</b>
Agresión	Ansiedad
Autoagresión	Depresión
Conducta Disruptiva	

## **Discusión**

El propósito de esta fase del trabajo fue elaborar y validar una escala para medir problemas internalizados y externalizados en niños mexicanos de 8 a 12 años de edad para contar con herramientas culturalmente válidas que apoye la evaluación infantil y el desarrollo de tratamientos dirigidos a la población con estos problemas. El objetivo planteado logró cumplirse, a partir de contar con la información de cómo los niños describían sus problemas, pues esto ayudó a familiarizarse con su lenguaje y redactar reactivos que fueran comprensibles para ellos; dichos reactivos, posteriormente se analizaron para observar cómo se comportaban estadísticamente y obtener sus índices de confiabilidad y validez interna.

Respecto a los indicadores estadísticos que se obtuvieron al realizar los análisis sugeridos para el desarrollo de instrumentos (Carretero-Dios & Pérez, 2007); se concluye, que resultaron estadísticamente apropiados conforme a los criterios de Nunnally et al., (1995). En este sentido se manifiesta que se cuenta con un instrumento para medir problemas internalizados y externalizado en niños con indicadores adecuados de consistencia y validez interna. También, los resultados del análisis cualitativo del CPIEN mostraron que su diseño, al considerar los apartados de: ficha de identificación, instrucciones, el reactivo de ejemplo y el formato de respuesta tipo Likert pictórico de cuatro opciones, resultaron adecuados; los niños comprendieron el lenguaje y la manera en la que tenían que responder.

Dado esto, se establece que el presente estudio sienta las bases para el avance en la investigación sobre psicopatología infantil en niños mexicanos en edad escolar. Brinda una primera versión del instrumento CPIEN, con indicadores apropiados de confiabilidad y validez interna; que además, resulta parcialmente congruente con la clasificación empírica bi-dimensional de problemas internalizados y externalizados en la niñez, reportada en los estudios de Achenbach y Edelbrock (1993); Reynolds y Kamphaus (2004); etc.; pues aún queda en discusión la manera en la que se correlaciona el factor de Autoagresión, por lo que se sugiere en futuras investigaciones ponerle especial atención y analizar cómo correlaciona con otros factores.

Es importante que se tenga presente que el Cuestionario se encuentra en desarrollo, en esta primera versión se observó un sesgo en la distribución de respuestas por parte de los niños; las frecuencias de respuestas se agrupaban mayormente en las opciones de nunca y a veces (particularmente en los reactivos que miden problemas), se considera que esto se encuentra relacionado con el tipo de población con la que se realizó la aplicación. Se recordará que el objetivo del instrumento está dirigido a medir problemas internalizados y externalizados y la aplicación del mismo se realizó en población normal, por lo que será necesario realizar un estudio del instrumento con una muestra clínica.

Tomando en cuenta esto, debe mencionarse, que algunos de los reactivos (si uno se apega estrictamente a los indicadores estadísticos solicitados en la literatura) debieron haber sido

eliminados; sin embargo, se consideró pertinente no hacerlo; pues algunos autores con experiencia en la elaboración de escalas clínicas, han descrito que al momento de crear instrumentos de este tipo, se debe tener cuidado en la toma de decisiones de eliminación de reactivos, pues aunque un reactivo resulte problemático para una muestra determinada, podría resultar muy adecuado para otra (Carretero-Dios & Pérez, 2007; Simms & Watson, 2009). Por tal razón a la hora de realizar el análisis de reactivos se debe tener en cuenta el tipo de instrumento a desarrollar y la muestra con la que se trabaja. De tal manera que los criterios de decisión para la eliminación de reactivos deben considerar los indicadores de tipo cualitativo y cuantitativo, así como la relevancia clínica de los mismos.

Estas cuestiones dejan ver la importancia de continuar realizando estudios sistematizados con el instrumento CPIEN para obtener criterios de consistencia y validez externa; así como realizar algún Análisis Factorial Confirmatorio para comprobar su validez de constructo. No obstante, se concluye que es un instrumento que puede emplearse para identificar tempranamente a niños con problemas internalizados y externalizados para proporcionarles tratamientos oportunos que minimicen los riesgos futuros de mayores problemas. También puede ser usado con fines de investigación a fin de conocer más sobre las problemáticas que viven los niños y su relación con otros factores que afectan o motivan su desarrollo.

Entre las fortalezas de este trabajo se encuentran que es pionero al ofrecer una de las primeras herramientas de medición para la identificación de niños con problemas internalizados y externalizados; entre los puntos de mejora se identifica que es necesario obtener otros tipos de validez para que pueda generalizarse a otras muestras. En este punto se resalta, que una de las limitantes durante el proceso de elaboración del instrumento fueron, la poca evidencia empírica que existe en nuestro contexto sobre la psicopatología infantil y lograr el acceso a las escuelas primarias para su aplicación, pues al no existir algún convenio entre instituciones que permita un intercambio de información, el ingreso debe negociarse con las autoridades escolares locales y por recomendaciones.

# Capítulo 6.

## Estudio 2

### Caracterización de Niños con Problemas Internalizados y Externalizados.

---

#### Justificación

Existe un interés relevante en el estudio de los PIyE en la etapa escolar, debido principalmente a dos razones: 1) la alta prevalencia: se han reportaron tasas desde el 3% al 39%, con una media del 12% (Caraveo, 2007; Caron & Rutter, 1991; Klein et al., 2009; Konh et al., 2001; OMS, 2005); y 2) la continuidad y trayectorias en el transcurso de la vida: se ha expuesto que algunos problemas y trastornos que se originan en la infancia subsisten en la edad adulta y se asocian con dificultades en otras áreas del desarrollo (Anselmi et al., 2008; Costello et al., 2003; Rutter et al., 2006; van Lier & Koot, 2010). Pues es en este periodo de vida cuando los niños afianzan habilidades que les serán útiles para el desarrollo de comportamientos de mayor complejidad

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2012), uno de los períodos críticos del desarrollo es la segunda infancia (de los 6 a los 12 años), porque resulta decisiva para consolidar la personalidad; afianzar habilidades físicas, intelectuales, de socialización, formar la identidad, la autoestima, aprender normas sociales y adquirir valores para lograr una adecuada adaptación. En este sentido, desde el marco conceptual del modelo de competencias (Waters & Sroufe, 1983; Masten et al., 2006), se postula que para que el niño logre demostrar un comportamiento adaptativo, debe desarrollar de manera exitosa ciertas tareas, echando a andar sus recursos individuales en interacción con los factores contextuales que podrán dirigirlo a comportamientos adaptativos (Rolf et al., 1990).

Masten y colaboradores, en un estudio realizado en el año 2006, describieron que las tareas del desarrollo que los escolares deben realizar pueden agruparse en dos áreas: las relacionadas a la competencia social y las relacionadas a la competencia académica. Las primeras se refieren a seguir normas sociales y aprender a relacionarse con los pares; mientras que las segundas, se refieren al desarrollo de habilidades académicas como: aprender a leer y escribir un idioma y aprender matemáticas básicas (Masten et al., 2005; Masten et al., 2006).

El desarrollo de estas habilidades en la niñez, aumenta la probabilidad de éxito en el periodo siguiente del desarrollo (Cicchetti, 2006), por lo que de acuerdo con Lucio (2014) es conveniente examinar si los escolares adquieren las competencias antes descritas y de especial interés para este trabajo, analizar la relación entre los PIyE y el logro de estas competencias académicas y sociales en la edad escolar, pues de acuerdo a lo reportado en la evidencia empírica podría haber una relación bidireccional entre estos dominios; es decir, los problemas internalizados y externalizados tendrían una influencia sobre el comportamiento competente y éste sobre los primeros (Coie, Belding, & Underwood, 1988; Molilanen et al., 2010)

Sin embargo, esta relación no ha sido bien esclarecida en todas las culturas. Particularmente al hacer una búsqueda en la literatura a nivel nacional, se observó que el estudio de estas relaciones no se encuentra bien documentado para el caso de los niños en edad escolar, por ello se considera que identificar la relación que guardan los problemas internalizados y externalizados con la competencia social y académica cobra relevancia, sobretodo porque desde la perspectiva de las tareas del desarrollo (Masten et al., 2005) cuando los niños no logran el éxito en éstas, podrían generarse consecuencias en otras áreas y se presentaría un rezago en el cumplimiento de las tareas de la siguiente etapa.

Al respecto, los hallazgos expuestos por diversos autores (Coie et al., 1998; Coie, Lochman, Teery & Hyman, 1992; Masten et al., 2006; Reep & Horner, 2000) indican que la presencia de PIyE en los niños en etapa escolar está asociada a dificultades en el cumplimiento de las tareas del desarrollo y a dificultades posteriores en las tareas del desarrollo de las siguientes etapas; así como en el desarrollo o mantenimiento de la psicopatología. Por ello, identificar de forma temprana las características de los niños con estas problemáticas y compararlas con las de

niños que presentan un desarrollo normativo, ayudará a comprender sus necesidades de atención y contar con indicadores que guíen el diseño de intervenciones para el desarrollo de habilidades de afrontamiento que los dirija a un comportamiento adaptativo.

### **Objetivo**

Caracterizar a niños identificados en tres grupos con niveles diferenciados de problemas internalizados y externalizados (sin problemas, en riesgo y con problemas), respecto a su nivel cognitivo, sexo y las diferencias entre la competencia académica y social para conocer sus principales necesidades de atención.

### **Método**

#### **Participantes**

Se seleccionaron de manera no probabilística, propositiva y por cuota, niños de 8 a 12 años de edad que cursaban de 3° a 6° grado de educación básica elemental en primarias públicas ubicadas en la Ciudad de México. Participaron 314 niños, 159 niñas (51%) y 155 niños (49%), con una  $_{media}Edad = 9.6$  años ( $DE = 1.10$ ). Los niños de 8 años representaron el 23% de la muestra; los de 9 el 26%; los de 10 el 20%; y, los de 12 el 5%. Respecto a la ubicación de su centro escolar, 159 niños asistían a una escuela pública ubicada al oriente de la Cd. y 155 a una escuela ubicada al poniente. Todos los niños que participaron en el estudio contaron con el consentimiento informado de sus padres, directores y maestros. También se obtuvo el asentimiento de los menores.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión.**

Participaron niños de escuelas primarias de 3° a 6° grado; con edades entre 8 y 12 años; que sabían leer, escribir y mostraban comprender el contenido de los reactivos y ejercicios

contenidos en las pruebas que se les aplicaron; aquellos quienes manifestaron su asentimiento y entregaron firmada la carta de consentimiento informado por alguno de sus padres o tutores.

### **Criterios de exclusión.**

Los niños que no participaron fueron aquellos cuyos padres no firmaron el consentimiento informado, que no otorgaron su asentimiento para responder a las pruebas, niños que dejaron inconcluso alguno de los cuestionarios, dejaron más de cinco preguntas sin responder en el CPIEN, también se excluyeron a los niños que respondieron bajo un patrón (como por ejemplo todas las respuestas en nunca, todas en siempre, etc.) y aquellos que presentaron características de educación especial, tales como problemas de aprendizaje.

### **Tipo de investigación**

Se realizó un estudio de campo de tipo comparativo para analizar las diferencias en las puntuaciones de competencia académica y social que obtuvieron, los niños identificados en tres grupos de problemas internalizados y externalizados (sin problemas, en riesgo y con problemas) (Kerlinger & Lee, 2005).

### **Instrumentos**

#### *Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN)*

Se empleó el Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños; elaborado en el estudio uno de esta investigación. El cuestionario consta de 60 reactivos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert pictórico, en un continuum de nunca a siempre, tiene una consistencia interna  $\alpha = 0.895$ . Cinco factores que miden problemas y uno de Comportamiento Adaptativo. Para mayor referencia sobre este instrumento dirigirse al capítulo cinco de este trabajo.

*Pruebas Criteriales de Competencia Académica* (saber leer, escribir y matemáticas básicas)

Se elaboraron cuatro pruebas (una por cada grado escolar de 3º, 4º, 5º y 6º) para medir el desempeño académico de los niños. Su diseño se realizó a partir de reactivos extraídos de los exámenes diagnósticos que aplican los docentes a los estudiantes al inicio de cada ciclo escolar y que se encuentran elaborados de acuerdo al plan de estudios oficial de la SEP para la educación primaria. Del área de español se retomaron reactivos con lecturas y preguntas de comprensión; y, se realizó dictado con palabras y enunciados. Para el área de matemáticas se retomaron reactivos que requerían el uso de operaciones básicas. Las puntuaciones de estas pruebas oscilaron entre cero y diez (Apéndice D).

*Ficha Socio-demográfica para Niños.*

Este instrumento está compuesto por 10 reactivos impresos en una hoja, se responde con lápiz y su tiempo promedio de aplicación es de 15 minutos. Incluye una ficha de identificación en donde el niño debe escribir su nombre, edad, sexo, grado escolar, nombre de la escuela y fecha de cumpleaños. En esta misma ficha se le solicitó al niño reportar el promedio final que obtuvo durante el año escolar anterior en las materias de español y matemáticas (Lucio & Durán, 2010) (Apéndice E).

*Test de Matrices Progresivas de Raven Escala Coloreada para Niños.*

Mide la inteligencia general a partir de una serie de 36 matrices a color, distribuidas en tres series de 12 problemas cada una, designadas como series A, Ab y B. Su aplicación puede ser colectiva o individual, con una duración de 30 a 40 minutos. Su validez concurrente con las escalas Wechsler oscila entre 0.60 y 0.90 y la fiabilidad test-retest ofrece un valor de 0.90 (Raven, 1999).

## **Procedimiento**

Se solicitó el permiso de directivos y maestros de las escuelas, posteriormente se explicó a los niños de qué se trataba el estudio, se obtuvo su asentimiento para participar, y el consentimiento informado de los padres.

Para la aplicación de los instrumentos, se contó con el apoyo de dos psicólogas egresadas de la licenciatura en psicología; las pruebas se aplicaron en dos sesiones, en la primera se aplicó de manera colectiva el CPIEN y la Ficha Socio-demográfica; en la segunda sesión, se aplicó el Test de Matrices Progresivas Escala Coloreada de Raven, de manera colectiva y las Pruebas Criteriales de Competencia Académica.

El tiempo promedio de aplicación del CPIEN fue de 30 minutos, de la Ficha Socio-demográfica de 10 minutos; del Test de Raven, 20 minutos; y de las Pruebas Criteriales de Competencia Académica de 20 minutos. En cada caso, se les solicitó a los niños anotar sus datos personales y leer las instrucciones siguiendo en silencio, la lectura en voz alta que realizaba la responsable de la aplicación.

Las pruebas se calificaron y revisaron con el propósito de considerar sólo aquellas que contaban con los criterios de inclusión; es decir, que no tuvieran más de cinco preguntas sin resolver y que estuvieran dentro de los rangos de discrepancias que marca el Raven en sus normas para considerarse una prueba válida, etc.

Posteriormente se creó la base de datos y la información se analizó por medio del programa estadístico SPSS, versión 20.

Para el análisis de los datos se agrupó a los participantes en función de las puntuaciones brutas obtenidas en el CPIEN; para esto, se realizó un análisis de conglomerados (método de K-medias). Para este análisis, se utilizaron por un lado, las puntuaciones brutas obtenidas en la Dimensión de Problemas Internalizados (DPI); y por el otro, las de la Dimensión de Problemas Externalizados (DPE).

Sobre los grupos resultantes se realizaron análisis descriptivos para caracterizar a los niños de cada conglomerado, respecto a su edad, CI, calificaciones reportadas durante el ciclo escolar anterior en español y matemáticas; calificaciones obtenidas en las Pruebas Criteriales de Competencia Académica y puntuaciones obtenidas en el indicador de Competencia Social (Comportamiento Adaptativo). Posteriormente se empleó el Modelo General Lineal para correr análisis multivariado de varianza MANOVA y covarianza MANCOVA, con el fin de evaluar el efecto del nivel de problemas sobre los puntajes promedios obtenidos en los diferentes indicadores de la competencia académica y social.

## **Resultados**

A continuación se presentarán los resultados relacionados a la caracterización de la muestra mediante el análisis de los datos en dos niveles: análisis descriptivos, con el propósito de mostrar las frecuencias y porcentajes de las variables socio-demográficas que definen a la muestra general y a los grupos sin problemas, en riesgo y con problemas (conformados a partir de un análisis de conglomerados K-medias). Posteriormente se presentarán los análisis inferenciales, con el propósito de obtener conclusiones sobre las relaciones entre los factores de Problemas Internalizados (PI), Problemas Externalizados (PE), Competencia Académica (CA) y Competencia Social (CS). Así como, las diferencias en las puntuaciones de CA y CS en los tres grupos de problemas.

### **Análisis descriptivos de la muestra general**

En este apartado se presentarán las frecuencias y porcentajes que se obtuvieron al realizar los análisis para la muestra general del estudio, que incluye, la información social, cognitiva, CA, CS y las puntuaciones obtenidas en el CPIEN para el área de problemas.

En relación a la información social, se encontró que respecto al sexo, edad y grado de escolaridad, la muestra se encontraba más o menos bien balanceada. En total, participaron 314 niños de educación básica (51% fueron niños y 49% niñas). Ver figura 4.

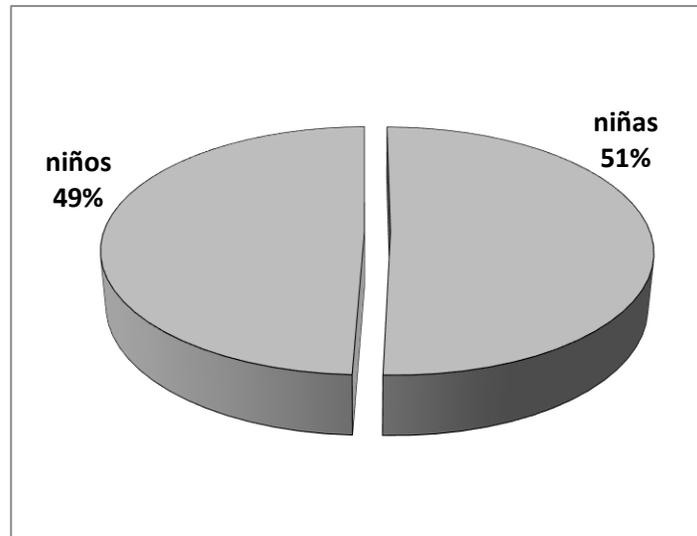


Figura 4. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.

Las edades de los niños que conformaron la muestra se encontraron en un rango de 8 a 12 años cumplidos, la media de edad fue de 9.6 años ( $DE = 1.10$ ); los niños con edades entre 8 y 9 años representaron el 23% de la muestra; los de 9.1 a 10 años, el 26%; los de 10.1 a 11 años, el 26% y los de 11.1 a 12, el 25%. Cabe señalar que se eliminaron algunos de los cuestionarios de los niños más pequeños debido a que no cumplían con alguno de los criterios de inclusión, por ello lograron menor representación en la muestra (figura 5).

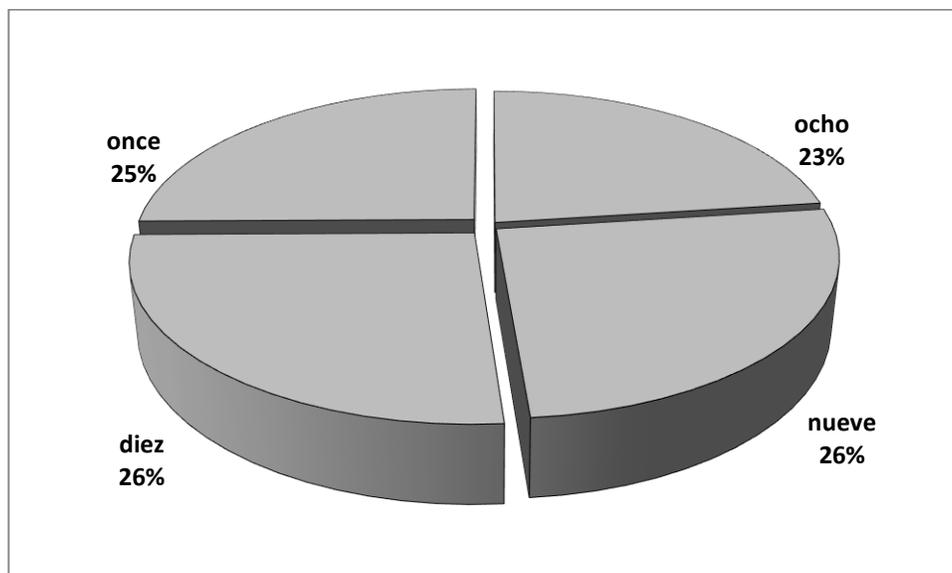


Figura 5. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad de los niños

Todos los niños que participaron se encontraban inscritos en educación básica, en escuelas primarias públicas de la Cd. de México en los grados de 3° a 6°. Los niños de 3<sup>er</sup> grado representaron el 21% de la muestra; los de 4° el 23%; los de 5° el 28% y los de 6° el 28% (figura 6).

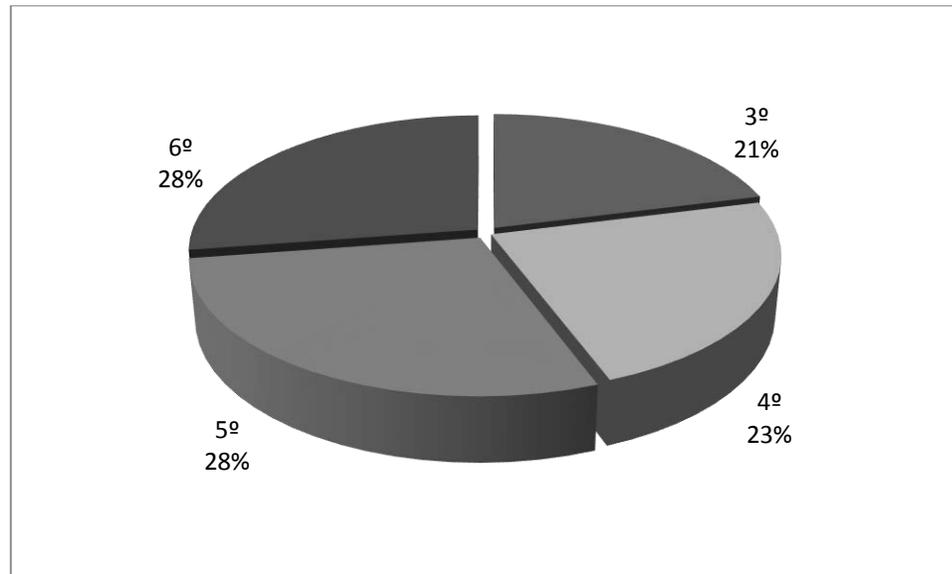


Figura 6. Distribución de la muestra de acuerdo al grado escolar que cursaban

Por otro lado, en lo que respecta a los resultados obtenidos en el área cognitiva, a partir de los datos obtenidos en la prueba de inteligencia Raven, se observó que la muestra general obtuvo una puntuación media que se ubicó en el percentil 55.7 (DE= 24.11); un percentil mínimo de 5 y un máximo de 100. El 20% de los niños obtuvieron un nivel intelectual por debajo del normal (el dos por ciento se ubicó en la categoría de deficiente y el 19% en la categoría de inferior al término medio); el 40% obtuvieron un nivel intelectual de término medio y el 39% obtuvieron un nivel intelectual por arriba de la norma (el 33% se ubicó en la categoría de superior al término medio y el 6% en la categoría de superior). En la figura 7 se muestra la distribución de las puntuaciones obtenidas por los niños de acuerdo a la ubicación en la que se encontraron, los rangos de CI son los propuestos en el manual de la Prueba Raven escala coloreada.

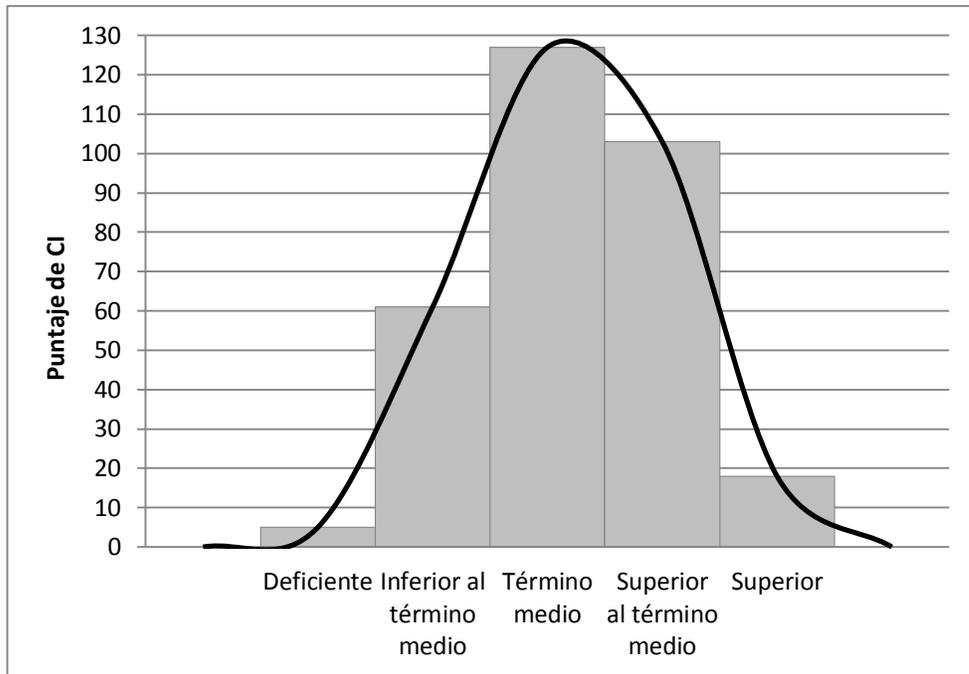


Figura 7. Representa la distribución de los resultados de la prueba Raven (CI)

Los resultados observados respecto al área de inteligencia se muestran dentro de lo esperado para la población escolar, de acuerdo a lo reportado en estudios realizados por Acle, Roque, Zacatelco et al. (2012) quienes han descrito datos similares al evaluar a niños en contextos escolares, aunque ha de señalarse que en este estudio el porcentaje de niños que se encontraron por arriba de la norma fueron más que los reportados por estas autoras, una explicación podría ser debido a la edad de los niños que fueron evaluados en los estudios de estas autoras y el presente trabajo.

Por otro lado, al realizar el análisis de las puntuaciones de la competencia académica, se encontró que en promedio los niños reportaron obtener durante el ciclo escolar anterior una calificación media de 8.7 (DE= 0.94), en la asignatura de español y una calificación de 8.5 (DE= 1.09), en matemáticas. Las calificaciones que los niños obtuvieron en las Pruebas Criteriales de Competencia Académica fueron de 6.3 (DE= 20.13), para el área de escritura; 5.0 en lectura (DE= 2.60) y 5.1 en matemáticas (DE= 2.42); ver figura 8.

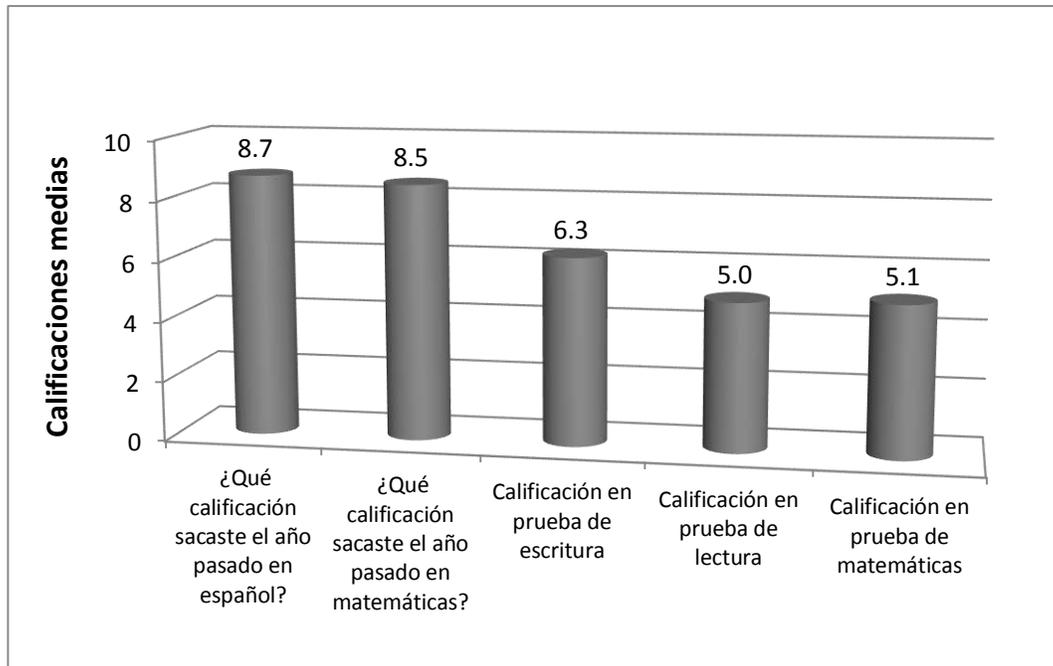


Figura 8. Promedios de las calificaciones obtenidas por los niños en las áreas de español y matemáticas.

En el área de competencia social, los niños obtuvieron una puntuación mínima de 21 puntos, una puntuación máxima de 64 puntos y una media de 50.42 (DE= 8.12), los puntajes teóricos para esta área fueron: puntuación mínima de 16; máxima de 64 y media de 40; por lo que la media obtenida de los niños de la muestra fue mayor a la media teórica.

En lo que respecta al área de problemas, los datos indicaron que en la Dimensión de Problemas Internalizados (DPI), los niños obtuvieron una puntuación mínima de 18 puntos, una puntuación máxima de 66 puntos y una media de 33 (DE= 8.25), los puntajes teóricos para esta área fueron: puntuación mínima, 18; máxima, 72 y media de 45; por lo que la media obtenida de los niños de la muestra fue menor a la media teórica.

En la Dimensión de Problemas Externalizado (DPE), los niños obtuvieron una puntuación mínima de 26 puntos, una puntuación máxima de 81 puntos y una media de 35.3, DE= 8.36, los puntajes teóricos para esta área fueron: puntuación mínima 26; máxima 104 y media de 65; por lo que la media obtenida de los niños de la muestra fue menor a la media teórica. Ver figura 9.

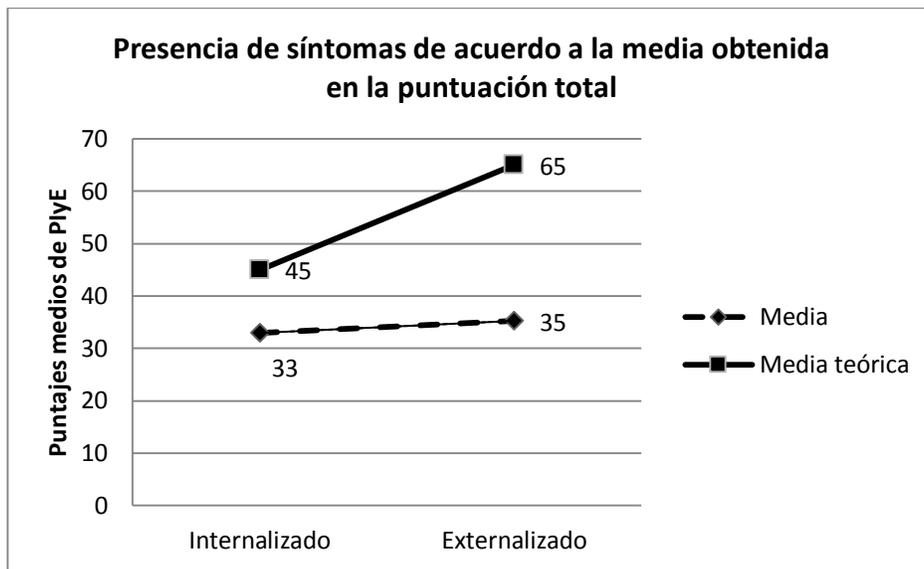


Figura 9. Comparación de los puntajes medios obtenidos por la muestra del estudio y la media teórica del cuestionario CPIEN en cada dimensión de PIyE.

A partir de los resultados obtenidos en el área de problemas, se observó que hubo niños que obtuvieron puntuaciones más altas que la media teórica; es decir, niños que reportaron presentar una sintomatología mayor de problemas; por lo que se realizó un análisis de conglomerados mediante el método de k-medias, con este procedimiento se identificó a tres grupos de niños que presentaron puntuaciones relativamente homogéneas en cuanto a sus problemas internalizados y externalizados. De estos grupos conformados se analizaron, posteriormente, las características de cada uno, así como las diferencias que presentaron en los niveles de competencia académica y social.

### **Caracterización de los grupos conformados por medio del análisis de conglomerados para la Dimensión de Problemas Internalizados (DPI)**

En la figura 10 se presentan las puntuaciones medias obtenidas en los tres conglomerados solicitados para la DPI. Se observa que el primer conglomerado quedó conformado con  $n= 194$  niños (62% de la muestra total) con una puntuación bruta media en el CPIEN de 28 (niños sin problemas internalizados); el conglomerado dos agrupó a  $n= 97$  (31% de la muestra de niños) con

una puntuación bruta media en el CPIEN de 39 (niños en riesgo de problemas internalizados); y, el conglomerado tres agrupó a  $n = 23$  participantes (7% de la muestra total) con una puntuación bruta media en el CPIEN de 52 (niños con problemas internalizados).

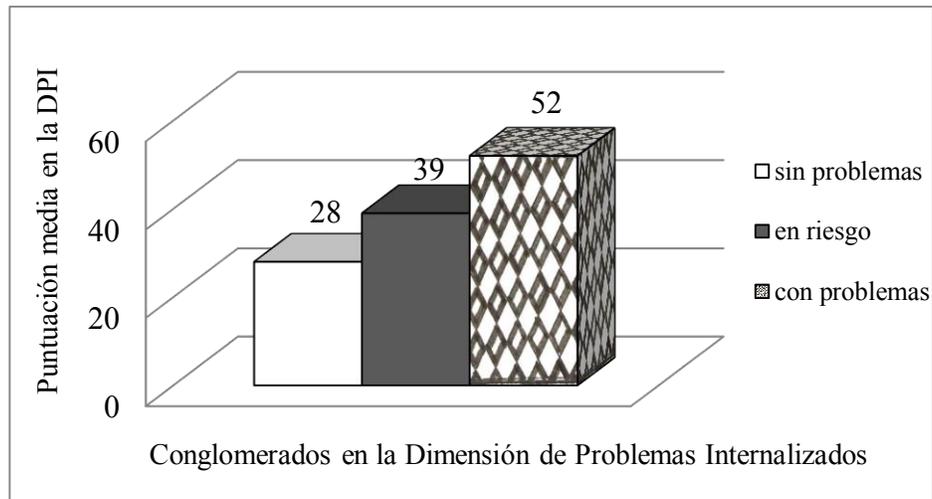


Figura 10. Se representan las puntuaciones medias (brutas) para la dimensión de problemas internalizados de acuerdo a cada conglomerado conformado.

Las características del primer conglomerado de la DPI indicaron que los niños que se ubicaron en este conglomerado se encontraban en el nivel sin problemas internalizados, ya que su puntuación bruta media en el CPIEN fue de 28, que los ubicó en el percentil 30. Este grupo de niños incluyó a 194 escolares (52% de niños y el 48% de niñas), con una edad media de 9.5 años (DE= 1.11). El CI del grupo se ubicó en el percentil 55 (Término medio [TM]) (DE= 24). La calificación media reportada durante el año anterior por los niños en la asignatura de español fue de 8.8 (DE= 0.94) y en la asignatura de matemáticas fue 8.6 (DE= 1.03). La calificación media obtenidas en la Prueba Criterial de escritura fue de 6.4 (DE= 2.05); en la de lectura fue de 5.04 (DE= 2.69) y en la de matemáticas fue de 5.19 (DE= 2.40). En el área de competencia social los niños de este grupo obtuvieron un puntaje bruto promedio de 51.31 (DE= 7.93).

Las características del segundo conglomerado, indicaron que los niños que se ubicaron en este conglomerado se encontraban en un nivel en riesgo de problemas internalizados, ya que la puntuación bruta media que obtuvieron en el CPIEN fue de 39, que los ubicó en el percentil 75.

Este grupo de niños estaba conformado por 97 escolares (43% niños y el 57% niñas), con una edad media de 9.7 años (DE= 1.09). El CI del grupo se ubicó en el percentil 57 (TM) (DE= 23.34). La calificación media reportada por los niños durante el curso anterior en la asignatura de español fue de 8.6 (DE= 0.91) y en la de matemáticas de 8.3 (DE= 1.22). La calificación obtenida en la Prueba Criterial de escritura fue de 6.3 (DE= 2.22); en la de lectura fue de 4.9 (DE= 2.55) y en la de matemáticas fue de 4.9 (DE= 2.53). En el área de competencia social los niños de este grupo obtuvieron un puntaje bruto promedio de 49.5 (DE= 7.62).

Las características del tercer conglomerado en esta misma DPI, indicaron que los niños que se ubicaron en este conglomerado presentaban problemas internalizados, ya que la puntuación bruta media que obtuvieron en el CPIEN fue de 52, que los ubicó arriba del percentil 95. Este grupo estaba conformado por 23 escolares (52% de niños y 48% de niñas), con una edad media de 9.4 años (DE= 1.11). El CI del grupo se ubicó en el percentil 56 (TM) (DE= 28.88). La calificación media reportada por los niños durante el curso escolar anterior en la asignatura de español fue de 8.4 (DE= 0.90) y en la de matemáticas fue de 8.4 (DE= 1.04). La calificación obtenida en la Prueba Criterial de escritura fue de 4.9 (DE= 2.07); en lectura 4.65 (DE= 2.04) y en la de matemáticas 4.48 (DE= 2.06). En el área de competencia social los niños de este grupo obtuvieron un puntaje bruto promedio de 46.9 (DE= 10.46). Ver tabla 9.

Tabla 9.

Características de los niños de acuerdo a su edad, CI, calificaciones reportadas durante el curso escolar anterior; Pruebas Criteriales y puntajes medios de competencia social, por niveles de problemas internalizados.

<b>Dimensión de Problemas Internalizados</b>					
			<b>Sin problemas n = 194</b>	<b>En riesgo n=97</b>	<b>Con problemas n=23</b>
Edad	M		9.5	9.7	9.4
	DE		1.11	1.09	1.11
Coeficiente intelectual	M		55	57	56
	DE		24.00	23.34	28.88
Calificación del año pasado	español	M	8.8	8.6	8.4
		DE	0.94	0.91	0.90
	matemáticas	M	8.6	8.3	8.4
		DE	1.03	1.22	1.04

Calificación reportada en...	escritura	M	6.4	6.3	4.9
		DE	2.05	2.22	2.07
	lectura	M	5.04	4.9	4.65
		DE	2.69	2.55	2.04
	matemáticas	M	5.19	4.9	4.9
		DE	2.40	2.53	2.06
Competencia social	Comportamiento Adaptativo	M	51.3	49.5	46.9
		DE	7.93	7.62	10.46

Cabe señalar que la proporción de niñas y de niños en los grupos de la DPI (sin problemas, en riesgo y con problemas), no se diferenció entre sí ( $\chi^2 = 2.06$ ;  $p = 0.35$ ). Además de esto, tampoco se encontraron diferencias en cuanto a la edad ( $F_{(2,1)} = 1.383$ ;  $p = 0.25$ ;  $\eta^2 = 0.01$ ), ni en cuanto al nivel intelectual ( $F_{(2,1)} = 0.256$ ;  $p = 0.77$ ;  $\eta^2 = 0.002$ ); tabla 10.

Tabla 10.

Características de los escolares por sexo, edad y CI. Descriptivos (M y DE); ANOVAs o  $X^2$  de las variables.

		<b>Grupo 1</b> <b>Sin problemas</b> <b>n = 194</b>	<b>Grupo 2</b> <b>En riesgo</b> <b>n = 97</b>	<b>Grupo 3</b> <b>Con problemas</b> <b>n = 23</b>	<b>ANOVAs o</b> <b><math>\chi^2</math></b>
Sexo	Niños	52%	43%	52%	$X^2 = 2.06$ $p = 0.35$
	Niñas	48%	57%	48%	
Edad	M	9.5	9.7	9.4	$F = 1.383$ $p = 0.25$ $\eta^2 = 0.01$
	DE	1.11	1.09	1.11	
Cociente intelectual	M	55	57	56	$F = 0.256$ $p = 0.77$ $\eta^2 = 0.002$
	DE	24.00	23.34	28.88	

### Efecto del nivel de problemas internalizados sobre los puntajes promedios en los indicadores de competencia académica.

Para analizar las diferencias en los puntajes promedios de los indicadores de competencia académica en los tres grupos de problemas en la DPI, se realizó un análisis MANOVA. Los contrastes multivariados a partir del modelo general lineal, mostraron un efecto principal significativo para todo el modelo ( $F$  de Roy= 2.417;  $p= 0.036$ ). Las comparaciones univariadas mostraron efectos significativos en la calificación que reportaron obtener los niños durante el ciclo escolar anterior en el área de español, en los tres niveles de internalización ( $F_{(2,313)}= 3.101$ ;  $p= 0.046$ ;  $\eta^2= 0.02$ ), siendo el grupo de escolares identificados sin problemas los que obtuvieron una calificación más alta en este rubro en comparación con los escolares en riesgo y con problemas ( $p= 0.037$ ); estos últimos no se diferenciaron entre sí ( $p= 0.606$ ).

También se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en la prueba de escritura en los tres grupos de internalización ( $F_{(2,313)}= 5.106$ ;  $p= 0.007$ ;  $\eta^2= 0.032$ ) siendo el grupo de escolares sin problemas quienes obtuvieron mejores notas que los escolares con problemas ( $p= 0.002$ ), y el grupo de escolares en riesgo con mejores puntuaciones que los escolares con problemas ( $p= 0.006$ ). Los grupos en riesgo y sin problemas no se diferenciaron entre sí ( $p= 0.651$ ). Ver tabla 11.

Tabla 11.

Predicción de la competencia académica a partir de los niveles de problemas internalizados que presentaron los niños.

Origen		Variable dependiente	F	P	$\eta^2$
Problemas internalizados	Calificación reportada el año pasado en...	español	3.101	<b>0.046</b>	0.020
		matemáticas	2.051	0.130	0.013
	Calificación obtenida en prueba de...	escritura	5.106	<b>0.007</b>	0.032
		lectura	0.362	0.696	0.002
		matemáticas	1.189	0.306	0.008

El análisis de los contrastes entre los grupos se realizó mediante la prueba de rango post-hoc de Tukey

### Efecto del nivel de problemas internalizados en el indicador de competencia social.

Por otro lado, para analizar las diferencias en los índices de competencia social en los tres grupos de problemas internalizados, se realizó un análisis factorial de varianza. Los resultados indicaron que existían efectos significativos en la competencia social y los tres grupos de problemas ( $F_{(2,311)} = 4.07$ ;  $p = 0.018$ ;  $\eta^2 = 0.025$ ). Estos resultados indicaron que existía una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de la competencia social y el nivel de problemas internalizados. Los problemas internalizados mostraron una influencia para que los niños sigan normas sociales y establezcan relaciones con sus compañeros, los niños en el grupo de problemas internalizados obtuvieron menores puntajes promedios en el comportamiento adaptativo a diferencia de los niños sin problemas ( $p = 0.034$ ) (Ver tabla 12).

Tabla 12.

Predicción de la competencia social a partir de los niveles de problemas internalizados que presentaron los niños.

		<b>Grupo 1</b> <b>Sin problemas</b> <b>n = 194</b>	<b>Grupo 2</b> <b>En riesgo</b> <b>n = 97</b>	<b>Grupo 3</b> <b>Con problemas</b> <b>n = 23</b>	<b>ANOVA</b>
Competencia social	M	51.31	49.49	46.87	$F = 4.07$
	DE	7.93	7.62	10.46	$p = 0.018$ $\eta^2 = 0.025$

### Caracterización de los grupos conformados por medio del análisis de conglomerados para la dimensión problemas externalizados (DPE)

En la figura 11 se muestran las puntuaciones medias obtenidas en los tres conglomerados solicitados para la DPE. Se observa que el primer conglomerado quedó conformado con  $n = 193$  (62% de la muestra total) con una puntuación bruta media en el CPIEN de 30 (niños sin problemas); el conglomerado dos agrupó a  $n = 114$  (36% de la muestra) con una puntuación bruta media en el CPIEN de 42 (niños en riesgo de problemas externalizados); el conglomerado tres agrupó a  $n = 7$  participantes (2% de la muestra total) con una puntuación bruta media en el CPIEN de 68.

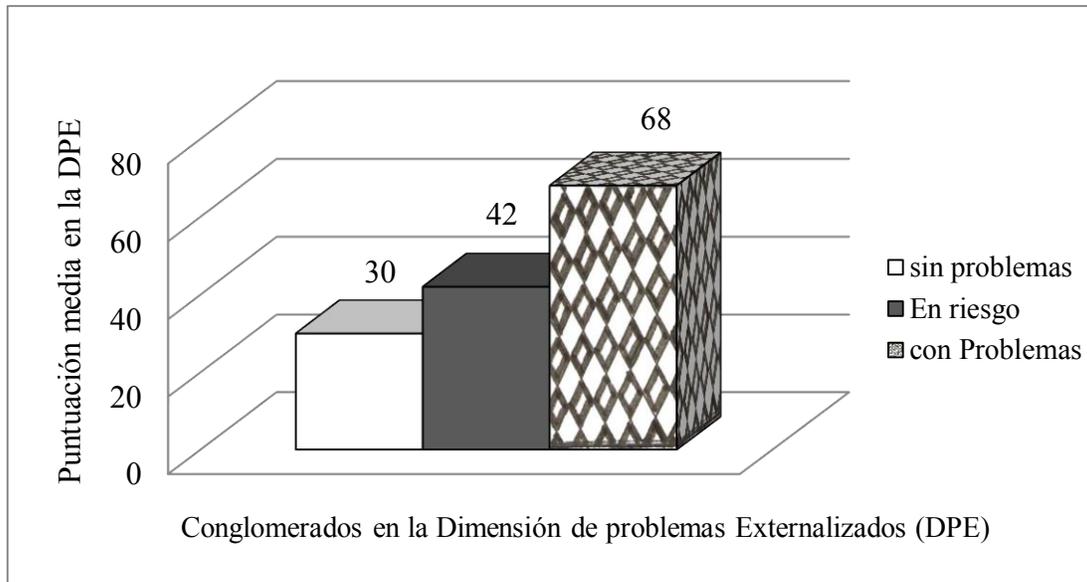


Figura 11. Se representan las puntuaciones medias (brutas) para la dimensión de problemas externalizados.

Las características del primer conglomerado en la DPE indicaron que los niños que se ubicaron en este conglomerado se encontraban en el nivel sin problemas externalizados, ya que su puntuación bruta media en el CPIEN fue de 30, que los ubicó en el percentil 30. Este grupo de niños incluyó a 193 escolares (43% de niños y el 57% de niñas) con una edad media de 9.4 años (DE= 1.08). El CI del grupo se ubicó en el percentil 55 (TM) (DE= 25.08). La calificación media reportada por los niños durante el curso anterior en la asignatura de español fue de 8.8 (DE= 0.91) y en la asignatura de matemáticas fue de 8.6 (DE= 1.02). La calificación media obtenida en la Prueba Criterial de escritura fue de 6.3 (DE= 2.17); en la de lectura 5.1 (DE= 2.68) y en la de matemáticas 5.3 (DE= 2.36). En el área de competencia social los niños de este grupo obtuvieron un puntaje bruto promedio de 52.88 (DE= 7.55).

Las características del segundo conglomerado indicaron que los niños que se ubicaron en este conglomerado se encontraban en el nivel en riesgo de problemas externalizados, pues la puntuación bruta media en el CPIEN fue de 42, que los ubicó en el percentil 80. Este grupo de niños incluyó a 114 escolares (61% de niños y el 39% de niñas), con una edad media de 9.9 años (DE= 1.08). El CI del grupo se ubicó en el percentil 57.5 (TM) (DE= 22.58). La calificación media reportada por los niños durante el curso anterior en la asignatura de español fue de 8.5

(DE= 0.91) y en la asignatura de matemáticas fue de 8.3 (DE= 1.15). La calificación promedio obtenida en la Prueba Criterial de escritura fue de 6.3 (DE= 2.03); en la de lectura 4.8 (DE= 2.44) y en la prueba de matemáticas 4.6 (DE= 2.5). En el área de competencia social los niños de este grupo obtuvieron un puntaje bruto promedio de 46.88 (DE= 7.36).

Las características del tercer conglomerado en esta DPE indicaron que los niños que se ubicaron en este conglomerado presentaban problemas externalizados, pues obtuvieron una puntuación media de 68, que los ubicó arriba del percentil 95. Este grupo de niños estaba conformado por 7 escolares (57% niños y 43% niñas), con una edad promedio de 9.3 años (DE= 1.11). El CI del grupo se ubicó en el percentil 43 (TM-) (DE= 18.90). La calificación media reportada por los niños durante el curso anterior en la asignatura de español fue de 7.3 (DE= 0.49) y en matemáticas 7.14 (DE= 0.69). La calificación promedio obtenida en la Prueba Criterial de escritura fue de 4.9 (DE= 2.61); en la de lectura 2.4 (DE= 1.62) y en la prueba de matemáticas 5.3 (DE= 2.43). En el área de competencia social los niños de este grupo obtuvieron un puntaje bruto promedio de 40.57 (DE= 6.92). Ver tabla 13.

Tabla 13.

Características de los niños de acuerdo a su edad; CI; calificaciones reportadas durante el curso escolar anterior; Pruebas Criteriales y puntajes medios de competencia social, por niveles de problemas externalizados.

<b>Dimensión de problemas externalizados</b>					
			<b>Sin problemas n=193</b>	<b>En riesgo n=114</b>	<b>Con problemas n=7</b>
Edad	M		9.4	9.9	9.3
	DE		1.08	1.08	1.11
Coeficiente intelectual	M		55.00	57.5	43
	DE		25.08	22.58	18.90
Calificación reportada en...	español	M	8.8	8.5	7.3
		DE	0.91	0.91	0.49
	matemáticas	M	8.6	8.3	7.14
		DE	1.02	1.15	0.69

Calificación en pruebas aplicadas	escritura	M	6.3	6.3	4.9
		DE	2.17	2.03	2.61
	lectura	M	5.1	4.8	2.4
		DE	2.68	2.44	1.62
	matemáticas	M	5.3	4.6	5.3
		DE	2.36	2.5	2.43
Competencia social	Comportamiento Adaptativo	M	52.88	46.88	40.57
		DE	7.55	7.36	6.92

En el caso de la DPE si se encontraron diferencias en la proporción de niñas y niños en los grupos de problemas ( $\chi^2= 9.50$ ;  $p= 0.009$ ); había más niños de los esperados en los grupos en riesgo y con problemas y más mujeres de lo esperado en el grupo sin problemas. También los grupos se diferenciaron estadísticamente en cuanto a la edad ( $F_{(2,1)}= 8.132$ ;  $p= 0.00$ ;  $\eta^2= 0.50$ ), los niños de mayor edad se ubicaron en el grupo en riesgo. No fue así en cuanto al nivel intelectual ( $\chi^2= 2.938$ ;  $p= 0.23$ ) en este caso no se encontraron diferencias entre los grupos. Ver tabla 14.

Tabla 14.

Características de los escolares en sexo, edad y CI. Descriptivos (M y DE),  $\chi^2$  y MANOVAS para el análisis de las diferencias.

		<b>Grupo 1 Sin problemas n= 193</b>	<b>Grupo 2 En riesgo n = 114</b>	<b>Grupo 3 Con problemas n = 7</b>	<b>MANOVAs o <math>\chi^2</math></b>
Sexo	Niños	43%	61%	57%	$X_2= 9.504$
	Niñas	57%	39%	43%	<b><math>p = 0.009</math></b>
Edad	M	9.4	9.9	9.3	$F = 8.132$
	DE	1.08	1.08	1.11	<b><math>p = 0.001</math></b> $\eta^2= 0.50$
Cociente intelectual	M	55	57.5	43	$F = 1.365$
	DE	25.08	22.58	18.90	$p = 0.257$ $\eta^2= 0.009$

### **Efecto del nivel de problemas externalizados sobre los puntajes promedios en los indicadores de competencia académica.**

Para analizar las diferencias en los indicadores de la competencia académica en los tres grupos de problemas de la DPE, se corrió la prueba de MANCOVA debido a que resultó necesario considerar las variables edad y sexo como covariables.

Los contrastes multivariados del modelo general lineal, mostraron un efecto principal significativo para todo el modelo ( $F$  de Roy=6.602;  $p= 0.001$ ). Las comparaciones univariadas mostraron efectos significativos en las calificaciones reportadas por los niños durante el ciclo escolar anterior en la asignatura de español en los tres grupos de problemas externalizados ( $F_{(2,313)}= 11.080$ ;  $p= 0.001$ ;  $\eta^2= 0.67$ ); siendo los escolares identificados en el grupo sin problemas los que obtuvieron una mayor diferencia en la media de la calificación en este rubro, en comparación con sus coetáneos del grupo con problemas ( $p= 0.001$ ). Asimismo los escolares del grupo en riesgo obtuvieron mayor puntuación en español que los escolares del grupo con problemas ( $p= 0.001$ ). Esta información muestra que fueron los niños identificados con problemas externalizados quienes reportaron haber obtenido los peores resultados en la asignatura de español durante el ciclo escolar anterior.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones que los niños reportaron haber obtenido durante su ciclo escolar anterior en la asignatura de matemáticas, en los tres grupos de externalización ( $F_{(2,313)}= 7.954$ ;  $p= 0.001$ ;  $\eta^2= 0.05$ ); los escolares sin problemas reportaron haber obtenido mejores calificaciones que los escolares con problemas ( $p= 0.001$ ) y los escolares en riesgo mayores puntuaciones que los escolares con problemas ( $p= 0.002$ ). Los niños del grupo de problemas externalizados reportaron haber obtenido los peores resultados en el área de Matemáticas.

Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calificación de la prueba de lectura en los tres grupos de externalización ( $F_{(2,313)}= 5.156$ ;  $p= 0.006$ ;  $\eta^2= 0.032$ ); los escolares del grupo sin problemas obtuvieron mejores puntuaciones que los escolares del grupo con problemas ( $p= 0.005$ ) y los escolares del grupo en riesgo mayor puntaje promedio que

los escolares con problemas ( $p= 0.029$ ). Los niños del grupo con problemas obtuvieron los peores resultados en el área de lectura. Ver tabla 15.

Tabla 15.

Predicción de la competencia académica a partir de los niveles de problemas externalizados que presentan los niños.

Origen	Variable dependiente		F	P	$\eta^2$
Problemas externalizados	Calificación reportada el año pasado en...	español	11.08	<b>0.001</b>	0.067
		matemáticas	7.954	<b>0.001</b>	0.049
	Calificación obtenida en prueba de...	escritura	1.801	0.166	0.012
		lectura	5.156	<b>0.006</b>	0.032
		matemáticas	1.711	0.182	0.011

El análisis de los contrastes entre los grupos se realizó mediante la prueba de rango post-hoc de Tukey

### **Efecto del nivel de problemas externalizados en el indicador de competencia social.**

Para analizar las diferencias en los puntajes obtenidos en la competencia en los tres grupos de problemas externalizados, se realizó un análisis factorial de covarianza controlando las variables de sexo y edad. Los resultados indicaron que existían efectos significativos en las puntuaciones de la competencia social en los tres niveles de problemas externalizados ( $F_{(2,313)}= 29.29$ ;  $p= 0.001$ ;  $\eta^2= 0.15$ ). Estos resultados indicaron que los problemas externalizados influían en las conductas de normas sociales y establecimiento de relaciones con sus compañeros. Las diferencias más grandes se encontraron en los niños de los grupos que presentaron problemas externalizados y los que no los presentaron ( $p= 0.001$ ) (Ver tabla 16).

Tabla 16.

Predicción de la competencia social a partir de los niveles de problemas externalizados que presentaron los niños.

		<b>Grupo 1</b> <b>Sin problemas</b> <b>n = 193</b>	<b>Grupo 2</b> <b>En riesgo</b> <b>n = 114</b>	<b>Grupo 3</b> <b>Con problemas</b> <b>n = 7</b>	<b>ANCOVA</b>
Social	M	52.88	46.88	40.57	F = 29.29
	DE	7.55	7.36	6.92	<b>p = 0.001</b> $\eta^2 = 0.159$

### Discusión

El objetivo de este estudio fue describir la muestra en función de sus características socio-demográficas y analizar las diferencias en la competencia académica y social en tres niveles de PIyE. Los datos hallados permitieron corroborar la relación demostrada en otros estudios (Chen et al., 2003; Masten et al., 2005; Moilanen et al., 2010; Van Lier & Koot, 2010;) entre los problemas internalizados, externalizados y la competencia académica y social, pues se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas variables; y con ello se logró cumplir con el objetivo planteado al inicio de este estudio.

En cuanto al sexo, se observó que se distribuyó de forma prevista en función del número total de los grupos en los tres niveles de problemas internalizados, lo que implicó que en cada uno de estos grupos existiera una proporción equivalente de niños y de niñas. Por otro lado, en los tres grupos de problemas externalizados no se produjo esta equivalencia; en el grupo sin problemas predominaron las niñas; en los grupos de riesgo y con problemas predominaron los niños. Este dato tiene concordancia con lo expuesto en otros estudios (Chen et al., 2003).

Respecto a la relación entre éxito académico y conductas internalizadas se encontró que el rendimiento en el área de español mostró diferencias en función del nivel de severidad de los problemas internalizados, tanto en la calificación reportada por los escolares como en las puntuaciones de la Prueba Criterial de escritura que se les aplicó. Los escolares sin problemas de internalización reportaron haber obtenido mejores puntuaciones que los escolares en riesgo en la

materia de español durante un curso escolar anterior; además los escolares con problemas internalizados cometieron un número mayor de errores al realizar un dictado, tales como omisiones, sustituciones o adherencias de algunas consonantes, en comparación con sus pares tanto del grupo en riesgo como el de sin problemas. Estas dificultades se presentaron independientemente del sexo, la edad y el CI.

Estos hallazgos muestran que los problemas internalizados afectan algunos aspectos de la competencia académica de los escolares, especialmente los referidos a la competencia en escritura e implica que los problemas internalizados no funcionan como un mecanismo de protección global de las habilidades académicas como se ha expuesto en algunos estudios. Este dato coincide parcialmente con los trabajos de Chen et al. (2003) quienes hallaron que las conductas internalizadas correlacionaban negativamente con el logro académico.

Un panorama similar fue el que se observó en el caso de los escolares que se ubicaron en el grupo de problemas externalizados. Los niños con problemas externalizados, reportaron haber obtenido menores promedios durante un ciclo escolar anterior en las asignaturas de español y matemáticas. Además se encontró que obtuvieron peores resultados en la comprensión lectora, al compararlos con los escolares de los grupos en riesgo y sin problemas externalizados. La comprensión lectora parece especialmente afectada en el grupo de escolares con problemas externalizados quienes obtuvieron promedios inferiores a sus contrapartes internalizados. Este aspecto requiere futuros estudios que independicen con precisión a los escolares con problemas internalizados y externalizados para apreciar los efectos de la conducta sobre el rendimiento.

Cabe señalar que los resultados expuestos en el caso de los niños con problemas externalizados mostraron una relación directa entre los niveles de problemas y la competencia académica, esta relación se observó antes y después de controlar las variables de sexo y edad, pues se observó que éstas se encontraban linealmente relacionadas con la competencia académica por lo que se decidió controlar el efecto que pudieran estar causando incluyéndolas como covariables.

Por otro lado, también se encontraron diferencias entre los niveles de problemas internalizados y externalizados y la competencia social, tanto los niños con problemas internalizados como los niños con problemas externalizados obtuvieron menores puntajes brutos medios en el factor de Comportamiento Adaptativo que incluye reactivos relacionados con comportamientos que implican el seguimiento de normas y el establecimiento de relaciones sociales adecuadas. Por lo que los niños con PIyE refirieron en menor frecuencia comportamientos de seguir reglas y tener adecuadas relaciones sociales con compañeros y adultos.

Como conclusión se describe que los resultados del presente estudio encuentran sustento en los trabajos de Masten et al. (2005); Moilanen et al. (2010); van Lier y Koot (2010) quienes han reportado que los problemas internalizados y externalizados tienen una relación causal en la competencia académica y social. Por lo que se resalta la importancia de la identificación temprana para diseñar intervenciones culturalmente válidas, que doten de herramientas a los escolares para afrontar sus dificultades (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

Este trabajo tiene algunas limitaciones; la primera se refiere a que se ha tratado la internalización y externalización de forma independiente, identificando escolares en función del grado de afectación en estas variables sin considerar la posibilidad de coocurrencia; la segunda se refiere al desequilibrio del número de escolares en los grupos resultantes producidos por el análisis de conglomerados, aspecto que afecta la calidad de los análisis calculados.

Entre los puntos fuertes del trabajo se encuentran el uso del CPIEN, cuestionario desarrollado con una perspectiva dimensional (Achenbach, 2001), válido contextualmente para niños mexicanos, salvando así el conflicto del sesgo intercultural que puede ser introducido con el uso de pruebas elaboradas para otras culturas. También debe ser considerado como un punto fuerte que este sea uno de los primeros estudios sistematizados en niños de primaria sobre la relación entre las competencias: académica, social y problemas emocionales y conductuales en población mexicana.

## Capítulo 7.

### Estudio 3

# Propuesta de una Intervención para Escolares con Problemas Internalizados y Externalizados.

---

## Justificación

Existe evidencia empírica que demuestra que los síntomas internalizados y externalizados son factores que afectan el comportamiento competente de tipo académico y social de los niños en edad escolar; por ejemplo, van Lier y Koot (2010); van Lier et al. (2012) reportaron que los problemas internalizados y externalizados de los niños en la escuela primaria impedían su funcionamiento académico y contribuían a experiencias sociales negativas como la victimización y el rechazo por parte de sus pares. Este tipo de información ha sido corroborada en un estudio realizado durante el proceso de esta investigación (descrito en el capítulo 8), en el que se encontró que los síntomas internalizados y externalizados afectaron algunas de las tareas del desarrollo relacionadas a la competencia académica y social de los escolares que se identificaron con problemas.

Es importante resaltar que el éxito en la adquisición de las tareas del desarrollo relacionadas con el comportamiento competente de tipo académico y social, en la etapa escolar, está asociado con la calidad de vida, adaptación positiva, psicopatología y resiliencia (Masten et al., 2006), por lo que al evaluar el comportamiento adaptativo o desadaptativo tendrá que tenerse presente la relación que existe entre la sintomatología internalizada, externalizada y el comportamiento competente de tipo académico y social. Se ha documentado también, que los problemas en esta etapa del desarrollo siguen trayectorias continuas a problemas de mayor

impacto en la edad adulta (Masten et al., 2005; Patterson, 1982; Reep & Horner, 2000); esto ha dejado ver la necesidad de intervenir a edades tempranas para minimizar la presencia y consecuencias a corto y largo plazo a nivel, educativo, de salud, comunitario, social y de justicia (Coie et al., 1998; Coie et al., 1992; Masten et al., 2005, Reep & Horner, 2000; Rhule, 2005).

En este sentido, se considera importante señalar que en los últimos años se ha observado el potencial que tiene el afrontamiento como moderador y mediador de los eventos estresantes (Cicchetti & Rogosch, 2009), pues las formas en las que el niño reacciona y hace frente a los desafíos cotidianos pueden hacer una diferencia en su adaptación (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014). Las conductas de afrontamiento, al igual que otros procesos básicos son aprendidas desde edades tempranas y dependientes de los factores intrínsecos y extrínsecos del menor, por lo que se considera que a edades tempranas estas respuestas están en proceso de formación y son más fácilmente susceptibles al cambio.

Dado esto, la enseñanza y el reforzamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas puede hacer un cambio en la forma en la que el niño afronta sus problemas, sean de tipo personal o de interacción social; poniendo especial atención en el desarrollo de estrategias de control emocional y la resolución de problemas que son desde el punto de vista de Compas et al. (2001), el tipo de estrategias que surgen cuando el niño ingresa a la educación elemental. Por ello, una forma de brindar atención a los niños que presentan problemas internalizados y externalizados esa partir de la enseñanza de estrategias de afrontamiento para que logren una mayor adaptación al medio.

### **Objetivo**

Diseñar y pilotear una intervención para escolares que los apoye a desarrollar estrategias de afrontamiento y minimizar sus problemas internalizados y externalizados, a fin de proponer herramientas de atención que favorezcan su bienestar emocional.

## **Hipótesis**

No se encontrarán cambios en las mediciones pretratamiento y postratamiento al pilotear una intervención para escolares, que los apoye a desarrollar estrategias de afrontamiento y minimizar sus problemas internalizados y externalizados.

## **<sup>1</sup>Variables**

**VI** Intervención para escolares

**VD<sub>1</sub>** Afrontamiento

**VD<sub>2</sub>** Problemas internalizados y externalizados

## **Método**

### **Participantes**

Se seleccionaron de manera no probabilística y propositiva (Kerlinger & Lee, 2005), doce niños de entre 9 a 11 años de edad (50% niños y 50% niñas); con una  $_{media}Edad = 10$  años ( $DE = 0.87$ ), que asistían regularmente a clases en una escuela primaria del sector público que se encontraba ubicada al poniente de la Cd. de México: tres niños (25%) se encontraban en 4° grado; tres niños (25%) en 5°; y seis (50%) cursaban el 6° grado. De acuerdo a los reportes de los niños, el 50% habían obtenido una calificación promedio final de ocho durante el ciclo escolar anterior; el 42% describieron que habían obtenido nueve y el 8% refirieron que obtuvieron siete.

Los niños fueron identificados en el estudio anterior de esta investigación como niños en riesgo y con problemas internalizados y externalizados. Cada niño que conformó la muestra fue seleccionado por obtener un percentil mayor a 75 en alguna o las dos Dimensiones de Problemas Internalizados y Externalizados del CPIEN, algunos de estos niños también fueron identificados por sus profesores de grupo por presentar problemas dentro del salón de clases. En la tabla 24, se

<sup>1</sup>La definición conceptual y operacional de las variables se encuentran en el capítulo 4

indican las características de edad, sexo, tipo de problemas en el que se ubicaron y en caso de haberlas tenido, las observaciones que sus maestros de clase realizaron de ellos.

Tabla 24.

Características de los niños que formaron parte de la intervención.

Id.	Edad	Sexo	Grupo de problemas*		Observaciones por parte de los profesores.	
			internalizados	externalizados		
1.	F	9	hombre	3	2	
2.	M	9	hombre	3	2	No aprende, no pone atención
3.	P	9	mujer	3	1	Se niega a hablar
4.	A	10	hombre	2	2	Problemas de comportamiento
5.	J	10	hombre	2	2	Problemas de comportamiento
6.	R	10	hombre	3	3	Problemas de comportamiento
7.	B	11	hombre	3	1	
8.	G	11	mujer	2	2	
9.	L	11	mujer	2	2	
10.	MP	11	mujer	3	1	Problemas de comportamiento
11.	S	11	mujer	3	1	Problemas de comportamiento
12.	T	11	mujer	2	2	Problemas de comportamiento

\*Grupo de problemas en el que se identificó a los niños (1= sin problemas; 2= en riesgo y 3= con problemas)

### **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión.**

Participaron niños que fueron identificados con percentiles mayores al 75 en las Dimensiones de Problemas Internalizados y Externalizados del CPIEN; niños que hubiesen participado en el estudio dos de este trabajo y formado parte de la muestra para caracterizar a los grupos de problemas internalizados y externalizados; niños que dieran su asentimiento para

formar parte del grupo de intervención y niños que contaron con el consentimiento informado de sus padres, directores y maestros.

### **Criterios de exclusión.**

Niños que dejaban de asistir a las sesiones, por falta de permiso de sus padres, maestros, falta de interés de ellos mismos o asistencia irregular a la escuela. Contar con menos del 80% de asistencia a las sesiones del taller.

### **Tipo de investigación.**

Se realizó un estudio *ex post facto* de un grupo con mediciones pretratamiento y postratamiento (Kerlinger & Lee, 2005).

### **Instrumentos**

#### *Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN)*

Se empleó el cuestionario de problemas internalizados y externalizados para niños, elaborado en el estudio uno de esta investigación (para mayor información remitirse al capítulo cinco).

#### *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)*

Es una Escala constituida de 45 reactivos con cuatro opciones de respuesta en formato de respuesta tipo Likert pictórico, con un continuum de cuatro opciones en donde 1= nunca y 4= siempre. La Escala en conjunto tienen una consistencia interna de  $\alpha = 0.83$ ; está conformado por cuatro factores que explican el 39% de la varianza; el primer factor fue nombrado Afrontamiento Funcional con un  $\alpha = 0.86$ ; el segundo factor Afrontamiento Disfuncional tiene un  $\alpha = 0.85$ ; el tercer factor denominado Centrado en la Emoción  $\alpha = 0.77$  y el cuarto factor nombrado Evitativo obtuvo un  $\alpha = 0.67$  (Lucio & Durán, 2015).

### *Ficha Socio-demográfica para Niños.*

Este instrumento está compuesto por 10 reactivos impresos en una hoja, se responde con lápiz en un tiempo promedio de 15 minutos. Para mayor referencia remitirse al capítulo seis (Lucio & Durán, 2010).

### *Programa de Intervención para Niños con Problemas Internalizados y Externalizados.*

Programa diseñado a partir de los resultados de la caracterización de niños identificados sin problemas; en riesgo y con problemas internalizados y externalizados. Compuesto por 10 sesiones con bloques de: 1. Presentación; 2. Emociones; 3. Habilidades sociales y 4. Cierre (ver Apéndice F).

### *Cuestionario de Evaluación de las Sesiones*

Se diseñó un cuestionario para que los niños pudieran evaluar cada sesión a la que asistían, incluía nueve reactivos: 1. ¿Qué aprendí en este taller? (escribe todo lo que hayas aprendido) 2. ¿Cómo me ayuda en mi vida esto que aprendí?; 3. Tacha el número que indique cuánto te gustó el taller; 4. ¿Le cambiaría algo al taller?; 5. ¿Qué le cambiaría?; 6. ¿Qué sesión me gustó más?; 7. ¿Por qué?; 8. ¿Qué sesión me gustó menos?; 9. ¿Por qué? (Apéndice G).

## **Procedimiento**

Para la realización de este estudio se solicitó el apoyo de directivos y maestros de una escuela primaria pública para trabajar con los niños que habían sido identificados previamente a partir de la aplicación del cuestionario CPIEN, en riesgo y con problemas internalizados y externalizados; en total se identificaron a 25 niños, a quienes se les explicó sobre su posible participación en un taller grupal y se les solicitó que llevaran a casa el consentimiento informado para que sus padres les dieran autorización de participar. De estos primeros 25 niños, se logró incorporar a 19 que otorgaron su asentimiento; sin embargo, sólo fueron 12 los que concluyeron

la intervención, pues cinco de ellos no entregaron el consentimiento informado de sus padres, otro niño dejó de asistir a la escuela y otro no quiso continuar asistiendo al grupo.

La intervención se realizó en el salón de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) de una escuela primaria pública; durante el turno matutino, en un tiempo aproximado de 50 a 60 minutos por sesión; dos veces a la semana. La intervención se diseñó de 10 sesiones, en casi todas las sesiones se contó con el apoyo de dos psicólogas egresadas de la licenciatura en psicología, quienes brindaban apoyo a los niños, realizaban observaciones y anotaciones en cada sesión, ayudaban en el control grupal, en la entrega de materiales y organización del trabajo con los menores.

La primera sesión estuvo destinada a las mediciones pretratamiento, cuyo objetivo fue evaluar el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por los niños y los niveles de problemas internalizados y externalizados que presentaban al inicio de la intervención. La segunda sesión tuvo por objetivo la presentación e integración del grupo. Las siguientes cinco sesiones estuvieron destinadas al conocimiento, reconocimiento, expresión y afrontamiento de las emociones. Las siguientes dos sesiones tuvieron que ver con el desarrollo de habilidades sociales para desarrollar conductas socialmente aceptadas y hacer amigos. Finalmente, la última sesión estuvo destinada al cierre de la intervención y las mediciones postratamiento.

Una sesión típica consistió en saludar a los niños y dar a conocer el objetivo de la sesión, revisar la tarea y comentar con ellos sobre ésta. Se presentaba el tema y se hacía un vínculo con el tema nuevo para activar el conocimiento. Posteriormente, se desarrollaba el tema a tratar con apoyos didácticos como libros, viñetas, etc. Enseguida, se les enseñaba alguna técnica terapéutica como por ejemplo, relajación con el juego “inflarse como un globo”, los niños practicaban la técnica; se hacía un breve espacio para la discusión y se cerraba la sesión con alguna conclusión, el llenado de la evaluación de la sesión por parte del niño, la autoevaluación del comportamiento del niño ante el grupo y se explicaba la tarea para casa.

Al concluir la intervención se creó una base de datos para analizar los resultados del pre y postratamiento por medio del programa estadístico SPSS, versión 20.

El análisis de los datos se realizó en dos niveles:

En primer lugar se realizaron análisis cuantitativos para conocer las características socio-demográficas de los niños; analizar las diferencias en las variables de afrontamiento y problemas, usando la prueba no paramétrica de Wilcoxon y el índice  $d$  de Cohen para medir el tamaño del efecto entre los puntajes de las variables medidas en el pretratamiento y el postratamiento (considerado como pequeño  $r= 0.1$ ,  $d= 0.2$ ; mediano  $r= 0.3$ ,  $d= 0.5$  y grande  $r= 0.5$ ,  $d= 0.8$ ) (Ozer, 2007). Y finalmente, calcular la significancia clínica mediante el Índice de Confiabilidad del Cambio (ICC) siguiendo el método de C de Jacobson y Truax (1991) que consideraron cuatro categorías:

1. Casos recuperados,  $ICC \geq \pm 1.96$  y al punto de corte.
2. Casos mejorados,  $ICC \geq \pm 1.96$ , pero menor al punto de corte.
3. Casos sin cambio, cuando el  $ICC < \pm 1.96$  ó igual a cero.
4. Casos deteriorados,  $ICC > \pm 1.96$  pero en dirección opuesta a la mejoría.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis cualitativo apoyado en las observaciones y anotaciones realizadas por la responsable de la intervención y las psicólogas que apoyaron durante las sesiones con los niños, con el objetivo de analizar la dinámica de las mismas, considerando la pertinencia del número de sesiones, los tiempos propuestos para las dinámicas, la adecuación de los materiales, la pertinencia de la cantidad de información por sesión y el contenido de cada sesión.

## **Resultados**

A continuación se presentaran los resultados obtenidos durante el estudio piloto de la propuesta de intervención para escolares; en primer lugar, se presentará la información relacionada a las características sociales de la muestra; para ello, se empleó la información que reportaron los niños al responder una ficha socio-demográfica, la información de este apartado se presentará en términos de frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente se describirá el análisis de los cambios observados durante la instrumentación de la intervención, en las variables

de afrontamiento y problemas internalizados y externalizados, durante el pretratamiento y el postratamiento, dichos cambios se analizan con una prueba de significancia estadística, el índice del tamaño del efecto y los indicadores de significancia clínica para conocer el efecto del tratamiento en cada uno de los participantes.

### **Características sociales de la muestra**

En su mayoría los niños que participaron en esta fase del trabajo, vivían en un núcleo familiar extenso, mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos y primos (51%), otros vivían con su familia nuclear constituida por mamá, papá y hermanos (33%); un niño vivía únicamente con su papá (8%) y otro con su mamá y hermanos (8%). En mayor porcentaje, los niños tenían dos hermanos (41%), otros tenían sólo un hermano (25%); dos niños (17%) tenían tres hermanos y otros dos (17%) cinco o más hermanos. El 92 % de los niños describieron que sus papás tenían un oficio y sólo 8% comentaron que su papá era profesionista. El 50% de los niños reportaron que sus mamás eran ama de casa y el otro 50% describieron que sus mamás tenían algún oficio y trabajaban fuera de casa.

El 42% de los niños comentó que tanto papá como mamá llevaban dinero a casa; el 33% describió que sólo su papá aportaba al gasto familiar; un 16% dijo que sólo su mamá aportaba al gasto familiar y el 8% reportó que era su mamá y otra persona no especificada quienes llevaban el dinero a casa. El 67% de los niños informó que en sus familias pocas veces faltaba el dinero; un 17% comentó que siempre faltaba el dinero y el 16% restante, respondió que nunca faltaba el dinero en su casa.

### **Análisis de los cambios observados durante la instrumentación de la intervención en los tipos de afrontamiento durante el pretratamiento y el postratamiento.**

Respecto a los cambios en las respuestas de afrontamiento durante el pretratamiento y el postratamiento, en la tabla 25 se muestran los resultados obtenidos del tipo de Afrontamiento Funcional. En este tipo de afrontamiento, aunque los puntajes brutos de las medianas y las medias aumentaron al concluir el tratamiento, se observó que las diferencias no resultaron

estadísticamente significativas ( $Z= 0.134$ ;  $p=0.89$ ); al analizar el tamaño del efecto, se observó que la intervención no tuvo un impacto relevante en este estilo ( $r= -0,01$ ;  $d= -0.02$ ). Por lo que el cambio no se puede atribuir exclusivamente al tratamiento.

Tabla 25.

Diferencias en el pretratamiento y postratamiento para el Afrontamiento Funcional.

Tipo de Afrontamiento	condición	Prueba de Wilcoxon				d de Cohen		
		Mediana	DE	Z	p	Media	r	d
Afrontamiento Funcional	Pret.	40.0	10.02	0.134	0.89	39.92	-0.01	-0.02
	Post.	42.0	10.65			40.17		

Al analizar la significancia clínica de la intervención y conocer el Índice de Cambio Confiable (ICC), que indica el efecto terapéutico del tratamiento en el tipo de Afrontamiento Funcional para cada uno de los participantes, se encontró que 10 casos no mostraron cambios, de los cuales cinco (42%) se encontraron dentro de la funcionalidad (casos 2, 3, 5,6 y 7) y los restantes (42%) dentro de la disfuncionalidad (casos 1, 4, 9, 11 y 12); un caso (8%) (caso 10), se mostró deteriorado ( $p= 0.05$ ) y otro más (8%) (caso 8) mostró mejoría ( $p= 0.05$ ) (Ver tabla 26).

Tabla 26.

Índices de Cambios Confiables para el tipo de Afrontamiento Funcional

	Afrontamiento Funcional			
	pretratamiento	postratamiento	punto de corte	ICC
1	42	35	41.68	-1.24
2	54	54	41.68	0.00
3	48	53	41.68	0.89
4	42	41	41.68	-0.17
5	35	39	41.68	0.71
6	25	32	41.68	1.24
7	45	54	41.68	1.59
8	20	38	41.68	<b>3.19*</b>
9	46	45	41.68	-0.17
10	39	24	41.68	-2.66*
11	30	25	41.68	-0.88
12	48	47	41.68	-0.17

\* $ICC \geq \pm 1.96$  ( $p= 0.05$ )

En relación al tipo de Afrontamiento Disfuncional, los valores de las medianas y las medias disminuyeron al concluir el tratamiento; sin embargo, estas diferencias entre los puntajes del pretratamiento y el postratamiento no fueron estadísticamente significativas ( $Z= 1.074$ ;  $p=0.28$ ); el análisis del tamaño del efecto indicó que la intervención no tuvo un impacto relevante en este segundo estilo de afrontamiento ( $r= 0.06$ ;  $d= 0.11$ ) (Ver tabla 27).

Tabla 27.

Diferencias en el pretratamiento y postratamiento para el Afrontamiento Disfuncional.

Tipo de Afrontamiento	condición	Prueba de Wilcoxon				d de Cohen		
		Mediana	DE	Z	p	Media	r	d
Afrontamiento Disfuncional	Pret.	30.5	10.21	1.074	0.28	31.51	0.06	0.11
	Post.	29.0	11.04			30.33		

Al analizar la significancia clínica se encontró que el tratamiento no mostró un efecto terapéutico en esta respuesta de afrontamiento, pues los datos no indicaron cambios significativos. Los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 12, que representan el 83% de la muestra, se encontraron dentro de la funcionalidad, mientras que los casos 10 y 11 (17% de la muestra), dentro de la disfuncionalidad. La información se muestra en la tabla 28.

Tabla 28.

Índices de Cambios Confiables para el tipo de Afrontamiento Disfuncional

Afrontamiento Disfuncional				
	pretratamiento	postratamiento	punto de corte	ICC
1	37	37	29.70	0.00
2	24	21	29.70	-0.49
3	19	18	29.70	-0.16
4	31	28	29.70	-0.49
5	34	33	29.70	-0.16
6	34	34	29.70	0.00
7	27	23	29.70	-0.66
8	24	21	29.70	-0.49
9	24	21	29.70	-0.49
10	25	33	29.70	1.32
11	38	45	29.70	1.16
12	61	50	29.70	-1.82

\*ICC  $\geq \pm 1.96$  ( $p= 0.05$ )

En cuanto al tipo de Afrontamiento Centrado en la Emoción, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones brutas de las medianas durante el pretratamiento y el postratamiento ( $Z= 0.04$ ;  $p=0.96$ ), y tampoco en cuanto a las diferencias en las medias, de tal manera que el valor del efecto del tamaño indicó que la intervención no tuvo un impacto relevante en este estilo ( $r= -0,03$ ;  $d= -0.05$ ) (Ver tabla 29).

Tabla 29.

Diferencias en el pre y postratamiento para el Afrontamiento Centrado en la Emoción.

Tipo de Afrontamiento	condición	Prueba de Wilcoxon				d de Cohen		
		Mediana	DE	Z	p	Media	r	d
Centrado en la emoción	Pret.	18.0	5.98	0.04	0.96	17.17	-0.03	-0.05
	Post.	19.5	6.19			17.49		

Los índices de significancia clínica revelaron que 10 casos no mostraron cambios, de los cuales cinco (42%) se encontraron dentro de la funcionalidad (casos 4, 8, 9, 11 y 12) y los restantes cinco (42%) dentro de la disfuncionalidad (casos 1, 2, 5, 7, y 10); el caso 6 (que representó el 8% de la muestra) se mostró deteriorado ( $p= 0.05$ ) y el 3 (8% de la muestra) mostró mejoría ( $p= 0.05$ ) (Ver tabla 30).

Tabla 30.

Índices de Cambios Confiables para el tipo de Afrontamiento Centrado en la Emoción.

Centrado en las Emociones				
	pretratamiento	postratamiento	punto de corte	ICC
1	25	26	16.55	0.25
2	18	23	16.55	1.23
3	18	10	16.55	<b>-1.97*</b>
4	19	18	16.55	-0.25
5	10	11	16.55	0.25
6	11	22	16.55	<b>2.71*</b>
7	10	11	16.55	0.25
8	11	10	16.55	-0.25
9	15	12	16.55	-0.74
10	18	21	16.55	0.74
11	27	23	16.55	-0.99
12	24	23	16.55	-0.25

\*ICC  $\geq \pm 1.96$  ( $p= 0.05$ )

Finalmente, en el tipo de Afrontamiento Evitativo se observaron valores que indicaron que las diferencias entre las puntuaciones brutas de las medianas durante el pretratamiento y el postratamiento tampoco resultaban estadísticamente significativas ( $Z = 1.746$ ;  $p = 0.081$ ); y en el caso de las diferencias entre las medias, se observó un tamaño del efecto mediano ( $r = 0.3$ ;  $d = 0.57$ ), lo que indicó que la intervención resultó medianamente relevante para disminuir el empleo de este tipo de estrategia de afrontamiento (Ver tabla 31).

Tabla 31.

Diferencias en el pretratamiento y postratamiento para el Afrontamiento de tipo Evitativo.

Tipo de Afrontamiento	condición	Prueba de Wilcoxon				d de Cohen		
		Mediana	DE	Z	p	Media	r	d
Evitativo	Pret.	13.0	2.90	1.746	0.08	12.42	<b>0.3</b>	<b>0.57</b>
	Post.	12.0	2.62			10.83		

Los índices de la significancia clínica revelaron que 11 casos no mostraron cambios, de los cuales nueve (75%) se encontraron dentro de la funcionalidad (casos 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11 y 12), dos casos (17%) dentro de la disfuncionalidad (casos 2 y 4) y el caso 10 (que representó el 8% de la muestra) mostró mejoría ( $p = 0.05$ ) (Ver tabla 32).

Tabla 32.

Índices de Cambios Confiables para Afrontamiento de tipo Evitativo.

Evitativo				
	pretratamiento	postratamiento	punto de corte	ICC
1	12	8	11.92	-1.70
2	11	13	11.92	0.85
3	15	11	11.92	-1.70
4	13	14	11.92	0.42
5	16	14	11.92	-0.85
6	14	12	11.92	-0.85
7	15	12	11.92	-1.27
8	7	7	11.92	0.00
9	13	12	11.92	-0.42
10	15	7	11.92	<b>-3.40*</b>
11	8	8	11.92	0.00
12	10	12	11.92	0.85

\* $ICC \geq \pm 1.96$  ( $p = 0.05$ )

**Análisis de los cambios observados durante la instrumentación de la intervención en los problemas internalizados y externalizados durante el pretratamiento y el postratamiento.**

Por otro lado, al analizar las puntuaciones obtenidas por los niños en el área de problema; en la Dimensión de Problemas Internalizados se observaron indicadores que apuntaron a considerar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la medición del pretratamiento y el postratamiento, como estadísticamente significativas ( $Z= 1.958$ ;  $p= 0.050$ ); en este caso el valor del tamaño del efecto indicó un efecto de la intervención pequeño ( $r= 0.14$ ;  $d= 0.3$ ). Estos datos muestran que los niños disminuyeron significativamente sus síntomas internalizados al finalizar la intervención y que el efecto de ésta fue pequeño.

En el caso de la Dimensión de Problemas Externalizados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ni un tamaño del efecto relevante en los puntajes brutos de las medianas y medias de las mediciones pretratamiento y postratamiento (Ver tabla 33).

Tabla 33.

Diferencias en los puntajes brutos obtenidos en las Dimensiones de Problemas Internalizados y Externalizados durante el pretratamiento y postratamiento.

		Prueba de Wilcoxon				d de Cohen		
		Mediana	DE	Z	p	Media	r	d
Problemas Internalizados	Pretest	44	10.39	1.96	<b>0.05</b>	45.26	0.14	<b>0.3</b>
	Postest	41	12.20			42.17		
Problemas Externalizados	Pretest	42	8.28	0.19	0.84	40.33	0.004	0.01
	Postest	38	10.36			40.25		

Al analizar la significancia clínica de la intervención para evaluar el efecto terapéutico del tratamiento en la disminución de los síntomas internalizados y externalizados en cada uno de los participantes, se encontró que en la Dimensión de Problemas Internalizados, 11 casos no mostraron cambios, de los cuales nueve (75%) se encontraron dentro de la funcionalidad (casos 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12), dos caso (17%) dentro de la disfuncionalidad (casos 2 y 5) y el caso

1 (8% de la muestra) mostró mejoría ( $p= 0.05$ ). En la Dimensión de Problemas Externalizados, se observó que seis casos no mostraron cambios, de los cuales dos (17%) se encontraron dentro de la funcionalidad (casos 5 y 9) y los cuatro casos restantes (33%) dentro de la disfuncionalidad (casos 2, 3, 7 y 10); los casos 1, 11 y 12 (25% de la muestra) se mostraron deteriorados ( $p= 0.05$ ) y los casos 4, 6 y 8 (25% de la muestra) mostraron mejoría ( $p= 0.05$ ) (Ver tabla 34)

Tabla 34.

Índices de Cambios Confiables para los síntomas internalizados y externalizados.

	Internalizados				Externalizados			
	Pret.	Post.	punto de corte	ICC	Pret.	Post.	punto de corte	ICC
1	58	46	38.59	<b>-2.04*</b>	40	52	37.87	<b>3.09*</b>
2	51	55	38.59	0.68	29	33	37.87	1.03
3	43	34	38.59	-1.53	27	28	37.87	0.26
4	36	36	38.59	0.00	47	37	37.87	<b>-2.58*</b>
5	34	37	38.59	0.51	39	38	37.87	-0.26
6	52	47	38.59	-0.85	57	46	37.87	<b>-2.83*</b>
7	34	29	38.59	-0.85	43	38	37.87	-1.29
8	41	33	38.59	-1.36	42	31	37.87	<b>-2.83*</b>
9	31	23	38.59	-1.36	31	29	37.87	0.52
10	58	61	38.59	0.51	42	38	37.87	-1.03
11	60	60	38.59	0.00	42	52	37.87	<b>2.58*</b>
12	45	45	38.59	0.00	45	61	37.87	<b>4.12*</b>

\* $ICC \geq \pm 1.96$  ( $p= 0.05$ )

La información descrita hasta el momento, ha mostrado una heterogeneidad en los resultados para cada uno de los participantes de la intervención, lo que se observa a grandes rasgos en cuanto a los cambios significativos, es que en el participante uno se logró una mejoría de los síntomas internalizados (el niño refirió menor frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión); pero un deterioro de los externalizados (el niño refirió un aumento en los síntomas de agresión). En este caso se trataba de un niño de 9 años que asistía a 4º grado de primaria y fue identificado al inicio del tratamiento como un niño con problemas internalizados y en riesgo de problemas externalizados, el menor asistió al 100% de las sesiones de la intervención, fue un niño muy puntual y cumplido con la entrega de sus tareas de casa, quizá más que un deterioro observado en el área de problemas externalizados el aumento en los puntajes brutos del

postratamiento se deba al reconocimiento y aceptación de sus conductas de agresión, que en un inicio posiblemente no mencionó por deseabilidad social.

Otros casos que son importantes comentar para comprender el efecto del tratamiento son los casos 10, 11 y 12. En el primer caso (10), se trataba de una niña de 11 años de edad que aunque no faltaba a las sesiones llegaba a la mitad de ellas y en ocasiones se iba antes de concluir las pues comentaba que tenía que estar en su salón de clase, las puntuaciones de ella en las estrategias de afrontamiento funcional, disfuncional, centrada en la emoción y problemas externalizados se ubicaron dentro de lo disfuncional y en el caso del afrontamiento de tipo evitativo mostró una mejoría. Ella además de llegar tarde a las sesiones grupales, participaba muy poco y no cumplía con las tareas para casa.

Respecto a los casos 11 y 12 (ambas niñas de 11 años de edad) expresaron problemáticas muy particulares. El caso 12 comentó que formaban parte de un grupo de niñas que se autolesionaban, esto ocurrió durante la sesión denominada cómo afronto mis emociones, ella expresó que un grupo de compañeras, al que ambas pertenecían, le quitaban la navaja a los sacapuntas y con éstas se hacían cortadas en los brazos, además las dos niñas también expresaron problemas importantes de violencia intrafamiliar. Cabe señalar que en las dos se observó un deterioro en la Dimensión de Problemas Externalizados, pues sus puntuaciones aumentaron significativamente en la medición postratamiento, al hacer un análisis de sus respuestas de la medición antes descrita se observó que ambas reconocieron abiertamente sus problemas de Autoagresión y Agresión.

Otro caso que mostró deterioro en varias áreas medidas en el postratamiento fue el caso dos, él era un niño de 9 años de edad que cursaba el 4º grado de primaria; se observó que tenía problemas de aprendizaje y además mostraba conductas regresivas como balancearse cuando se sentía angustiado, llorar y acurrucarse como bebé cuando no podía hacer las actividades, esconderse bajo sillas y mesas, cargar con un muñeco de peluche viejo y sucio, etc. Además su aspecto era descuidado y refirió importantes problemas de violencia intrafamiliar. Al hablar con la madre del niño y comentarle la importancia de que el niño recibiera atención, ella argumentó que no tenía tiempo para llevarlo al especialista y que no consideraba que su hijo tuviera

problemas ya que su hijo adolescente también tenía un muñeco de peluche y eso era algo normal para ella. La madre esperaba que las autoridades de la escuela resolvieran los problemas que le describían los maestros de su hijo.

Estos ejemplos dejan ver que de los niños que asistían a la intervención, algunos tenían problemas clínicos importantes y que deberían, además de asistir a una intervención grupal de 10 sesiones, asistir a un proceso terapéutico individual y profundo a fin de proporcionarles una atención más específica a sus problemáticas y lograr así su bienestar emocional. Pese a esto, los resultados indicaron que el programa de intervención sí logró tener cierta influencia en la disminución de la sintomatología internalizada, lo cual fue adecuado ya que en su mayoría (58%) de la muestra se encontraban en el grupo de niños con problemas internalizados; mientras que el (8%), se encontró en el grupo de problemas externalizados y que en este caso (caso 6) sí se observó una disminución significativa de los síntomas externalizados debidas al efecto de la intervención.

En este sentido, se observa que la intervención tiene cierta influencia por lo que es necesario analizar cualitativamente las dinámicas de las sesiones para poder hacer recomendaciones y mejoras al programa a fin de lograr un efecto mayor.

### **Análisis cualitativo de las sesiones del taller**

<b>Sesión 1</b>	<b>Presentación y pretratamiento</b>
Objetivo:	Evaluar las características psicológicas de los niños.
Actividades:	Presentación con los niños, aplicación de pruebas, despedirse.
Técnicas:	Exposición oral.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con un total de 19 niños a quienes se les aplicaron los instrumentos de evaluación; el trabajo se realizó en el salón de clases de USAER
Fortalezas	El 90% de los niños se muestran participativos y motivados a trabajar en el grupo.
Limitantes:	El salón resultó ser un poco pequeño y carecía del número necesario de sillas y mesas para el trabajo con los niños
Observaciones:	El manejo del grupo resultó complicado, debido al espacio y características de los niños, ellos se empujaban y golpeaban para conseguir sus fines, todos hablaban al mismo tiempo, no ponen atención y no seguían instrucciones.

Sugerencias:	Solicitar el apoyo de otra psicóloga para lograr un mejor control grupal y apoyo para los niños. Comentar con la directora del plantel las dificultades del espacio. Sentar a los niños sobre colchonetas en el piso formando un círculo con el propósito de ganar un poco de espacio al retirar las sillas.
--------------	--

<b>Sesión 2</b>	
<b>¿Quién soy yo?</b>	
Objetivo:	Crear un ambiente de confianza para que el niño pueda expresar ideas, sentimientos y conductas.
Actividades:	Saludo, construir las reglas del grupo para realizar el contrato conductual del grupo, elaborar títeres y presentarse a través de ellos, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, lluvia de ideas, expresión artística.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con 15 niños y se contó con el apoyo de dos psicólogas egresadas. Los niños y las psicólogas nos sentamos encima de unas colchonetas en el piso formando un círculo, los materiales se pusieron en el centro para que todos tuvieran acceso a estos. Casi todos los niños participaron al comentar las reglas del grupo y armar en contrato conductual, algunos niños se mostraron poco participativos. Todos realizaron un títere para presentarse por medio de él, aunque la mayoría se presentó por medio del títere una niña de 4º año no quiso hablar y se respetó su decisión.
Fortalezas	El 90% de los niños se muestran participativos, motivados a trabajar en el grupo y cooperadores para organizar el trabajo. La técnica de la presentación con un títere elaborado por los niños les resultó llamativa y la aceptaron muy bien.
Limitantes:	El espacio continuaba siendo reducido. Los materiales no fueron los suficientes para todos El tiempo estimado para las actividades fue poco
Observaciones:	Algunos niños comentaron que se sentían incómodos con el comportamiento de otros compañeros y con el poco espacio que se tenía en el salón, comentaron que preferirían trabajar en el patio. El control del grupo fue complicado, los niños no esperaban turnos, se empujaban, pegaban entre ellos y no seguían instrucciones. Algunos niños no quisieron presentarse a través del títere, se mostraron muy tímidos para hablar de ellos (casos 2,3 y 5).
Sugerencias:	Contar con material suficiente para cada niño. Dividir las actividades en dos sesiones, una para la elaboración del contrato grupal y otra para la presentación con la técnica del títere. Solicitar a los niños que traigan consigo su material escolar Implementar una autoevaluación del comportamiento por sesión Implementar una bola de estambre que se dará a los niños y quien la tenga podrá expresarse y ser escuchado.

<b>Sesión 3</b>	<b>Mis emociones</b>
Objetivo:	Aprender a reconocer y expresar emociones.
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, desarrollo del tema de las emociones, grupo de discusión, actividad artística, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, grupo de discusión, expresión artística por medio del dibujo.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con 12 niños. En esta sesión se recordaron las reglas del grupo y se agregó que sólo podría expresarse quien tuviera en sus manos la bola de estambre, pues era el indicador de que tenía el turno para hablar. Además se les explicó a los niños que al final de la sesión cada uno calificaría su comportamiento durante la sesión grupal.
Fortalezas	Los niños fueron capaces de reconocer y expresar sus emociones, algunos identificaron claramente en qué partes del cuerpo las sienten y sabían identificar las situaciones que les generaban diferentes emociones. Dibujar les gustó
Limitantes:	No se encontró al profesor encargado de prestarnos las colchonetas, se solicitaron sillas de otros salones de clases para que todos los niños tuvieran un asiento. El tiempo no fue suficiente para el grupo de discusión y la actividad artística.
Observaciones:	Los niños expresaron que: -Se sienten solos cuando: no les ponen atención, cuando no quieren estar con ellos, cuando no están los amigos, cuando no comparten. Sienten la soledad en diferentes partes del cuerpo: estomago, ojos, corazón, garganta, cerebro, cabeza. -Se sienten envidiosos cuando: no prestan algo, cuando te quitan la comida, cuando no comparten y sienten esta emoción en la garganta, pecho y corazón. -Sienten miedo cuando: mamá les va a pegar, ven películas de terror, cuando están solos en la noche (oscuridad), escuchan ruidos raros, imaginan cosas en su cabeza, y lo sienten en el corazón, cabeza, cara, espalda e hígado. -Se sienten frustrados cuando: algo no les sale bien (exámenes), cuando lo intentan muchas veces y nunca sale, cuando buscan algo y no lo encuentran, cuando pierden algo de los papás. Lo sienten en la boca, estomago o panza y corazón. -Se sienten rechazados cuando: nadie los quiere, cuando sus compañeros no les hacen caso, cuando se esconden de ti, cuando se alejan de ti. Lo sienten en la cabeza, ojos, corazón, mente, nuca. -Se sienten aceptados cuando: hacen algo bien, cuando no se van, cuando se quieren juntar contigo con defectos y virtudes. Lo sienten en el corazón, boca, manos, piernas y estómago. -Los niños comenzaron a adquirir más confianza para participar, pero una niña (caso 3) se niega a hacerlo, a pesar de que se le motiva. -Los niños mostraron más respeto por esperar su turno para hablar y esperaron a tener la bola de estambre para hacerlo.

Sugerencias:	<p>Continuar trabajando el control grupal y la espera de turnos para hablar.</p> <p>Darle tiempo a la niña que se niega a hablar y reforzar positivamente cualquier intento de su parte por hacerlo.</p> <p>Dividir las actividades en dos sesiones, una para el grupo de discusión y otra para la actividad artística.</p> <p>Diseñar una cartulina con el nombre de cada niño y el número de sesiones para que quede el registro de su autoevaluación (se calificarían con una puntuación del 1 al 10 y comentarían brevemente el porqué de su calificación).</p>
--------------	---

<b>Sesión 4</b>	<b>¿Por qué me siento triste?</b>
Objetivo:	Expresar situaciones cotidianas que provocan y mantienen los sentimientos de tristeza.
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, grupo de discusión, actividad artística, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, grupo de discusión, expresión artística por medio del dibujo.
Contexto de la sesión:	<p>Se trabajó con 14 niños. Se comenzó a observar una mayor integración del grupo y que entre ellos se autorregulaban para respetar los turnos según quien tuviera la bola de estambre. En esa sesión todos los niños participaron, incluso la niña identificada como caso tres habló muy poco y bajito al grado que había que acercarse mucho a ella para escucharla.</p> <p>Los niños dibujaron una situación que les producía miedo, en este momento un niño dejó de dibujar y comenzó a llorar, se salió del salón y una psicóloga salió con él para darle contención.</p>
Fortalezas	Los niños mostraron necesidad de expresarse verbalmente y dibujar es una actividad que se observó, disfrutaron mucho
Limitantes:	El tiempo no resultó el apropiado para realizar el dibujo y la discusión.
Observaciones:	<p>Al final de la sesión los niños reconocieron que hay situaciones que los hacían sentir tristes pero otras que los hacían sentirse alegres e identificaron cuáles los hacían sentir bien.</p> <p>La niña (caso 3) sigue sin hablar, trabaja pero lo hace en silencio. Al hacerle preguntas sólo mueve la cabeza o la baja.</p>
Sugerencias:	<p>Trabajar con un número menor de niños y tener un control mayor en los tiempos designados para cada actividad.</p> <p>Dividir las actividades en dos sesiones, una para el grupo de discusión y otra para la actividad artística.</p> <p>Una alternativa cuando el grupo es numeroso como en esta situación podría ser dividirlo y trabajar en dos momentos con cada uno.</p>

<b>Sesión 5</b>	<b>Cuando me siento ansioso...</b>
Objetivo:	Identificar los síntomas y estrategias específicas para afrontar la ansiedad.
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, activación del conocimiento, grupo de discusión, actividad de relajación, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, uso de viñetas, juego "Somos un globo"
Contexto de la sesión:	En esta sesión se realizó una revisión de qué niños que habían entregado su consentimiento informado firmado por sus padres y se trabajó únicamente con quienes lo habían entregado. Se trabajó con 11 niños.
Fortalezas:	Los niños aprendieron a relajar su cuerpo por medio de un juego y mostraron de acuerdo a lo que expresaron que generalizaron el aprendizaje y además lo enseñaron a otros compañeros cuando los veían afligidos.
Limitantes:	Seis niños abandonaron la sesión a la mitad porque su profesor de clases los requería para el trabajo académico.
Observaciones:	Los niños comentaron que cuando sienten ansiedad notan que: tiemblan, se mueven mucho, tienen escalofríos, mueven los pies y sudan. También mencionaron que dibujan para sentirse mejor. Sienten la ansiedad en la cabeza y ojos. El tiempo y contenido de las sesiones fue adecuado, la técnica del juego de inflarse como un globo fue de fácil comprensión. La niña (caso 3) sigue sin hablar, trabaja y lo hace en silencio, empieza a interactuar con un compañero y en el recreo se le observó jugar con él.
Sugerencias:	Se considera que la sesión fue apropiada.

<b>Sesión 6</b>	<b>¿Cómo expreso el enojo?</b>
Objetivo:	Identificar y usar estrategias específicas para afrontar el enojo
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, activación del conocimiento, actividad artística, enseñar a identificar el grado de enojo, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, uso de viñetas, expresión artística de esculpido.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con 12 niños, en esta sesión se comenzó a observar que el grupo ya se autorregulaba un poco más y los niños aprendían a esperar turnos. Un niño (caso 2), se mostró muy ansioso porque no podía esculpir un objeto que representara su enojo, él trató de esconderse bajo un banco en el que no cabía, esto provocó la risa de sus compañeros y él se mostró más ansioso, este niño traía consigo un muñeco de peluche, se balanceaba y expresaba que se empezaba a sentir muy nervioso y con miedo porque no podía hacer las cosas. Se les recordó a los niños que entre las reglas del grupo estaba la de respetarse unos a otros y no burlarse, se les comentó que su compañero no se sentía bien y que era importante respetarlo y comprender que todos tenemos habilidades diferentes, los niños se mostraron empáticos y le ayudaron a hacer su escultura que fueron unos lentes porque dijo que cuando se enojaba los arrojaba al piso.

Fortalezas:	La técnica artística de esculpir un objeto fue bien aceptada por parte de los niños, ellos expresaron abiertamente su enojo. Los tiempos, materiales y contenido de la sesión estuvieron acordes para el trabajo con los niños.
Limitantes:	Los niños más pequeños muestran dificultades para elaborar su escultura y requieren mayor apoyo.
Observaciones:	Un niño esculpió un celular porque comentó que le molestaba mucho que alguien más lo agarrara, no lo quiso destruir como representación de cambio y después de esa sesión no quiso volver al grupo porque dijo que ahí no se hacía nada. Este niño sólo asistió al 50% de la intervención. La niña (caso 3) expresó que a ella le enoja que su tía la ponga a hacer su tarea y la mande a hacer cosas.
Sugerencias:	En cada sesión es importante comentar con los niños las reglas grupales. En lugar de pedir a los niños que aplasten o destruyan su escultura, una alternativa sería solicitarles que la transformen en algo más, que los haga sentir mejor. Para los niños más pequeños podría trabajarse la actividad con masas de colores.

<b>Sesión 7                    ¿Cómo afronto mis emociones?</b>	
Objetivo:	Reconocer el tipo de estrategias empleadas para afrontar emociones de depresión, ansiedad y enojo, entre ellas las autolesiones.
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, activación del conocimiento, grupo de discusión, Identificar estrategias de afrontamiento, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, uso de viñetas, grupo de discusión.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con 11 niños, se observó que esta sesión debe ser reestructurada en cuanto a su contenido, pues al hablar de comportamientos como beber mucho o fumar abre otras problemáticas que no son propias de la sesión en la que se espera que los niños reconozcan el tipo de estrategias empleadas para afrontar emociones. Se sugiere reemplazar estos contenidos con ejemplos de estrategias que sean propias de los niños de edad escolar.
Fortalezas:	Entregar un sobre a los niños para que lo decoraran y guardaran cosas que los hace sentir bien fue recibido de muy buena forma por parte de ellos.
Limitantes:	Los niños mayores han vivido experiencias diferentes a los más pequeños por lo que hablar del uso de alcohol y drogas no resultó tan viable para ellos.
Observaciones:	En esta sesión un niño (que ya no estaba considerado en el grupo pero que en esa ocasión asistió), comentó que a los 8 años se había drogado y sus padres no tenían conocimiento de ello. Una niña (caso 12), comentó que ella y otras compañeras le quitaban las navajas a los sacapuntas para cortarse en los brazos, entre éstas otras niñas se encontraban los casos 8 y 11. La niña (caso 3) interactuó más con sus compañeros y comenzó a hablar

	con mayor frecuencia, se le observaba un poco emocionada cuando hablaba y sus compañeros guardaban silencio absoluto para escucharla.
Sugerencias:	Contar con un directorio de instituciones para poder canalizar a los niños que requieran psicoterapia individual.

<b>Sesión 8                    ¿Por qué debemos respetar las reglas?</b>	
Objetivo:	Adquirir conciencia de conductas sociales apropiadas.
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, juego grupal, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, juego de roles, lluvia de ideas.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con 12 niños todos realizaron sus tareas de casa y comentaron qué objetos habían guardado ahí; y, porqué esas cosas los hacían sentir bien. Un niño guardó fotografías de cuando era bebé y una pelota que nos pidió usar en lugar de la bola de estambre, pues dijo que todos debemos esperar el turno para hablar y respetar las reglas de casa, de la escuela y de otras casas.
Fortalezas:	Se observó que los materiales, tiempos, técnicas y contenidos de la sesión fueron adecuados para los niños. El juego de roles fue divertido para los niños, refirieron querer más tiempo para jugar.
Limitantes:	El espacio era muy pequeño y los niños se amontonaban unos a otros para poder moverse dentro del salón
Observaciones:	Dos niños (casos 5 y 6) se golperon a patadas pues uno de ellos dijo que el otro lo había molestado, se les comentó que habían violado las reglas del grupo y que debían retirarse e irse a sus salones de clase, se les pidió que pensarán en la forma en la que habían respondido y según lo que habíamos revisado si consideraban que era la mejor manera de responder.
Sugerencias:	Lo deseable es contar con un espacio de trabajo que sea amplio para todo el grupo.

<b>Sesión 9                    ¿Cómo hacer amigos?</b>	
Objetivo:	Desarrollar habilidades de escucha activa, comunicación efectiva y conducta asertiva.
Actividades:	Saludo, solicitar la tarea, juego grupal, evaluación de la sesión, tarea para casa.
Técnicas:	Exposición oral, lluvia de ideas, juego de roles.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con 12 niños, los menores formaron equipos y se organizaron entre ellos, en esta sesión ya se había logrado una buena integración del grupo y adecuado respeto de turnos para hablar.
Fortalezas:	Se observó que los materiales, tiempos, técnicas y contenidos de la sesión fueron adecuados para los niños.

	El juego de roles fue divertido para los niños, refirieron querer más tiempo para jugar.
Limitantes:	El espacio era muy pequeño y los niños se amontonaban unos a otros para poder moverse dentro del salón
Observaciones:	La niña (caso11), no quería asistir más a las sesiones, una de las psicólogas fue por ella a su salón de clase y cuando llegaron comentó que alguien del grupo estaba yendo a contar a otros niños lo que se decía ahí y que se sentía muy molesta porque otros niños ya se habían enterado que ella se corta los brazos. Se platicó con ella y con el niño implicado quien reconoció haberlo dicho y le pidió una disculpa, él se comprometió a no volver a contar nada. La niña se observó más tranquila y se integró a la sesión.
Sugerencias:	Lo deseable es contar con un espacio de trabajo que sea amplio para todo el grupo.

<b>Sesión 10</b>	<b>Cierre y postratamiento</b>
Objetivo:	Evaluar las características psicológicas de los niños.
Actividades:	Saludo, aplicación de pruebas, convivio y entrega de diplomas.
Técnicas:	Exposición oral.
Contexto de la sesión:	Se trabajó con un total de 11 niños a quienes se les aplicaron los instrumentos de evaluación.
Fortalezas	Se logró una adecuada integración grupal y comprensión de la importancia de respetar las reglas del grupo. A los niños les agradó mucho recibir un diploma y los aplausos de todos los integrantes del grupo.
Limitantes:	Poco espacio del salón
Observaciones:	Los niños estaban muy emocionados por el convivio Se acordó con ellos y con las autoridades escolares que la hora del recreo se usaría para hacer un breve convivio de despedida Un niño faltó a la escuela por lo que fue necesario regresar en otro momento a aplicarle las pruebas.
Sugerencias:	Realizar la aplicación de pruebas y el convivio en dos sesiones diferentes pues los niños se comportaron muy ansiosos por responder rápido a las pruebas para poder dar inicio al convivio.

Finalmente, a partir de este análisis de cada una de las sesiones que conformó el taller de intervención, se realizó un resumen con las observaciones que se consideran brindar mayor atención para mejorar la intervención (Ver tabla 35).

Tabla 35.

Resumen de las observaciones realizadas en cada sesión.

No. De Sesión	Observaciones
1. Presentación y pretratamiento	Buscar un espacio adecuado para el número de integrantes de la intervención, trabajar máximo con 10 niños a la vez. Y de ser posible dos psicólogos de apoyo.
2. ¿Quién soy?	Se propone dividir esta sesión en dos, una dedicada a la presentación y otra a la elaboración del contrato grupal. Desde este momento tomar en cuenta la inclusión de alguna técnica para el control del grupo y respeto de turnos
3. Emociones	Elegir sólo una técnica, sea grupo de discusión o expresión artística, pues los tiempos no alcanzan para las dos
4. ... me siento triste	Elegir sólo una técnica, sea grupo de discusión o expresión artística, pues los tiempos no alcanzan para las dos
5. ... me siento ansioso	La sesión resultó eficaz
6. ...expreso el enojo	Puede emplearse masa para esculpir los objetos, como material alternativo para los niños más pequeños. Puede solicitarse que modifiquen el objeto que modelaron para proyectar su enojo a otra cosa que les haga sentir bien.
7. ...hago frente a mis emociones	En los contenidos de esta sesión será mejor emplear ejemplos o viñetas de estrategias de afrontamiento que sean más adecuadas a las edades de los niños.
8. ...respetar las reglas	La sesión resultó eficaz
9. ...hacer amigos	La sesión resultó eficaz
10. Cierre y postratamiento	Realizar la aplicación de pruebas y el convivio en dos sesiones diferentes

Con estas observaciones se estaría diseñando una intervención de 12 sesiones y además se sugiere añadir tres más, una dedicada a enseñar alguna técnica de autocontrol emocional, otra más sobre cómo afrontan los problemas los niños y finalmente una de resolución de problemas. A fin de que quede una intervención de 15 sesiones, en las cuales se tenga un mayor cuidado de la distribución de los tiempos dedicados a cada actividad.

Finalmente, en relación a la evaluación que los niños hicieron del taller, se encontró que ellos reportaron que en este taller aprendieron a: controlarse de manera emocional, a hacer amigos, a saber respetar, a conocerse mejor, saber cuáles son sus sentimientos y en qué parte del cuerpo se sienten, a respetar los turnos para poder hablar, respetar a los demás, no insultar, a

relajarse. También aprendieron que todos tenemos problemas y llorar no es malo, aprendieron a controlarse.

Los niños consideraron que estas cosas que aprendieron en el taller les van a ayudar para poder comportarse bien, escuchar, aprender, respetar a los demás, sentirse mejor con ellos mismos, ser mejor personas, no tener pena de hablar frente a otras personas y para enseñar a otros niños cómo se pueden relajar cuando algo no va bien.

Los niños reportaron que en una escala del 1 al 10 el taller les gustó 10, no le cambiarían nada y las sesiones que más les gustaron fueron, la sesión 9 ¿Cómo hacer amigos?, la 2 ¿Quién soy?, la 8 ¿Por qué debemos respetar las reglas?, la 4 ¿Por qué me siento triste?, la 6 ¿Cómo expreso el enojo? y la 7 ¿Cómo hago frente a mis emociones?. Reportaron que estas sesiones les gustaron porque fueron divertidas, se dieron premios y cosas para trabajar, dibujaron, hicieron esculturas y convivieron.

### **Discusión**

Los resultados presentados muestran que se cumplió el objetivo planteado de diseñar y pilotear una intervención para escolares que los apoyara a desarrollar estrategias de afrontamiento y minimizar sus problemas internalizados y externalizado a fin de proponer herramientas de atención que favorecieran su bienestar emocional. En cuanto a la hipótesis se puede decir que se rechaza parcialmente, pues en algunas variables como el afrontamiento y los problemas externalizados los puntajes de las mediciones pretratamiento y postratamiento resultaron estadísticamente iguales, es decir sin cambios significativos.

Con los resultados obtenidos se puede concluir que la intervención resultó efectiva para la reducción de los síntomas internalizados y aunque se observó una disminución en los puntajes de la evaluación de los problemas externalizados antes y después del tratamiento, estos datos no fueron estadísticamente significativos, por lo que quizá para que se dé un cambio mayor será necesario considerar además de las observaciones realizadas en cada una de las sesiones, la inclusión de dos o tres sesión extras para enseñar a los niños alguna técnica de autocontrol y

resolución de problemas. También sería importante realizar mediciones de seguimiento para conocer si los cambios se mantienen, aumentan o disminuyen.

Cabe resaltar que el hecho de haber encontrado cambios estadísticamente significativos durante el pretratamiento y el postratamiento en la sintomatología internalizada que reportaron los niños que asistieron al taller resulta relevante, pues la mayoría de ellos (58% de la muestra) se ubicaron en el grupo de niños con problemas internalizados, es decir arriba del percentil 95; mientras que el (8%) se encontró en el grupo de problemas externalizados, arriba del percentil 95 y que en este caso si se observó un cambio funcional significativo de los síntomas externalizados como efecto de la intervención. Esto indica que el tratamiento fue efectivo para la disminución de aquellos síntomas que en cierta medida requerían una mayor atención.

Otro aspecto relevante a considerar, tal como lo describió Worthington y Gargiulo (2003), los niños con problemas internalizados y externalizados, son un grupo heterogéneo que aunque comparten un rango amplio de problemas como ansiedad, depresión, comportamiento disruptivo, agresión física, etc. y características similares como ser etiquetados como niños con problemas, culpables de su conducta, etc., son niños con cualidades únicas que sufren la estigmatización de sus profesores y compañeros y en muchos casos son rechazados y excluidos completamente del grupo de niños, esto ocasiona que los niños sufran. Además son niños con una gran necesidad de ser escuchados y reconocer que existen otros niños que están viviendo problemáticas similares a las de ellos, como violencia en casa, sentirse rechazados, etc. Son niños que no se dan cuenta que la forma en la que pretenden resolver los problemas no son las más adecuadas y que esto les traerá mayores conflictos, es decir sus respuestas de afrontamiento ante las situaciones problemáticas no resultan ser las más apropiadas.

Respecto a esto, en cuanto a los resultados observados en lo que respecta al afrontamiento, se observó que en el caso del afrontamiento de tipo funcional aumentó su frecuencia de uso lo que indicó que los niños refirieron en mayor medida, al concluir el tratamiento, que cuando algo les molestaba o preocupaba proponían soluciones para arreglar el problema, trataban de ver el lado bueno, hacían algo para ayudar, etc. En cuanto al afrontamiento de tipo disfuncional, se observó que disminuyó en cuanto a su frecuencia de uso, esto indicó que

cuando a los niños les molestaba algo o se preocupaban, en menor medida se ponían de mal humor, se desquitaban con otras personas, contestaban mal, etc. Sin embargo estos cambios no resultaron estadísticamente significativos.

Respecto al afrontamiento de tipo centrado en la emoción, se observó que aumentó ligeramente en cuanto a su frecuencia de uso, esto indicó que los niños cuando algo les molestaba o preocupaba reportaron emplear en mayor medida respuestas como llorar, sentir miedo, sentir tristeza, etc. Y finalmente, en cuanto al afrontamiento de tipo evitativo se observó que disminuyó en cuanto a su frecuencia de uso pues, al concluir el tratamiento, los niños refirieron emplear en menor medida respuesta como ver la tele, ir a jugar o dormirse, cuando algo les molestaba o preocupaba. Esta información no resultó estadísticamente significativa por lo que no se puede concluir que el tratamiento contribuyó para que las diferencias en las mediciones del pretratamiento y postratamiento fueran lo suficientemente grandes, aunque cabe señalar que en el caso del afrontamiento de tipo evitativo sí se observó un efecto mediano del tratamiento, lo que implicó que los niños reportaron usar en menor medida respuestas de afrontamiento de tipo evitativo y actuaran más sobre el problema.

En general, aunque los cambios no resultaron estadísticamente significativos, las direcciones de los cambios en la mayoría de las variables medidas resultaron funcionales (a excepción del afrontamiento de tipo emocional, que se esperaba disminuyera), por ello se considera que en cierta medida la intervención contribuyó a estos cambios y que al realizar las mejoras observadas durante el piloteo de la misma pueda ser empleada y comprobar su efectividad, pues han de considerarse que fueron muchas las variables extrañas que pudieron influir para que en este momento del piloteo no se pudieran observar con plenitud las diferencias estadísticas o clínicamente significativas.

### **Limitaciones**

Entre las limitaciones más importantes que se tuvieron durante la realización de este estudio, se encuentran las dinámicas de la escuela, en primer lugar la falta de un espacio adecuado para trabajar con los niños, lo que ocasionó que todos experimentáramos hacinamiento

pues el espacio era muy reducido para la cantidad de personas y mobiliario que se interactuábamos ahí esto, sumado a las características de los niños de falta de regulación conductual, impulsividad, agresión, etc. hizo que las primeras sesiones de la intervención se complicaran mucho pues se invirtió mucho tiempo en el control del grupo, tratando de mediar los conflictos que se presentaban de interacciones negativas entre los niños, regulando sus participaciones y sobretodo pidiéndoles que guardaran silencio para escuchar a sus compañeros y poder explicar las actividades.

Otra situación dentro de la escuela que limitó el trabajo, fue la poca y casi nula cooperación de algunos profesores titulares de grupo, quienes no les permitían a los niños asistir a tiempo a las sesiones, o bien les daban un tiempo limitado para asistir a las mismas pues comentaban que tenían otras actividades académicas que cubrir, en ocasiones no los dejaban asistir a las sesiones como castigo de haber presentado un mal comportamiento durante la semana en los horarios de clases. Un profesor decidió que los niños de su grupo no tenían problemas y no permitió que participaran en la intervención, cuando se habló con él manifestó que no estaba enterado del tipo de actividades que se realizaban ahí pero el mismo profesor se salió de la reunión cuando se asistió a la escuela a una reunión para exponer el trabajo que se realizaría con los niños.

#### Sugerencias para futuros estudios

Entre las sugerencias para futuros estudios, se considera que sería importante considerar las observaciones realizadas en cada una de las sesiones, aumentar el número de sesiones pues fue aproximadamente en la sesión siete cuando se comenzó a observar una mayor integración grupal y empatía por parte de los integrantes del grupo.

A fin de comprobar la efectividad del tratamiento, se sugiere realizar un estudio con un diseño cuasiexperimental en el que se incluya un grupo en espera para poder tener medidas de comparación entre grupos y así un mayor control del efecto del tratamiento; en caso de que esto no sea posible se recomienda emplear algún diseño de medidas repetidas en el que se hagan mediciones pretratamiento, a la mitad del tratamiento y postratamiento.

## **DISCUSIÓN.**

---

La importancia del presente trabajo radicó principalmente en la innovación e instrumentación de herramientas para la identificación e intervención de niños en edad escolar con problemas internalizados y externalizados. Pues en nuestro país son casi nulos los trabajos que reportan escalas o cuestionarios para medir este tipo de problemas en población escolar; así como, intervenciones contextualmente válidas y con evidencia empírica para promover su bienestar emocional. En el mejor de los casos se han implementado intervenciones diseñadas en otros contextos pero no se observó una sistematización que se dirija a la obtención del dato para demostrar la eficacia del tratamiento en los síntomas internalizados y externalizados de los niños.

Por tal razón el objetivo de la presente investigación se dirigió, en cierta forma, a sentar las bases para contar con herramientas que apoyen el trabajo clínico del psicólogo, por medio de la propuesta de una intervención que resultara culturalmente válida para niños mexicanos de entre 8 a 12 años de edad con problemas internalizados y externalizados, para contar con herramientas de atención que los apoyara a desarrollar estrategias de afrontamiento para hacer frente a sus problemas cotidianos y disminuir sus síntomas. En términos generales se concluye que dicho objetivo fue cubierto y que el presente trabajo brinda la pauta para continuar con la investigación de los problemas internalizados y externalizados en nuestro país.

Sin embargo es necesario puntualizar que para llegar al diseño de un programa de intervención se requiere en primer lugar, contar con una evaluación previa, de ser posible, libre de sesgo intercultural, para lo que es necesario auxiliarse de herramientas de

evaluación válidas contextualmente a la población blanco, a fin de identificar fortalezas, puntos de mejora, factores de riesgo y protección tanto individuales como de los contextos más próximos (compañeros, padres y maestros) que puedan ayudar a promover el bienestar emocional de los niños, logrando una mejor adaptación al medio.

Con base en esto, la primera tarea de esta investigación consistió en el diseño y validación de un instrumento de medición para identificar a niños con problemas internalizados y externalizados; para poder realizar este cuestionario, fue indispensable establecer un marco teórico de referencia que brindara una justificación conceptual sólida al trabajo. Por ello, en el capítulo uno fueron analizados y desarrollados aspectos tales como, los antecedentes de las líneas de investigación generadas a partir de la disciplina de la psicopatología del desarrollo para comprender la relación entre los problemas internalizados y externalizados; la competencia académica y social; el afrontamiento y la adaptación (Billings & Moos, 1984; Forns et al., 2012; Holahan et al., 1996; Holahan & Moos, 1985; Morales & Trianes, 2010).

Esta información además de confirmar la importancia de investigar los efectos de los síntomas internalizados y externalizados en la adaptación de niños en edades escolares (Bornstein et al., 2010; Garmezy, 1974; Masten et al., 2006; Sroufe, 1990), estableció las bases para la elección del enfoque taxonómico de referencia y la definición que guiarían en primer lugar, el diseño del instrumento de medición y posteriormente las subsiguientes fases del trabajo. Establecer un enfoque para el estudio de los problemas internalizados y externalizados y una definición, resultó una tarea un tanto laboriosa pues como se revisó en el capítulo dos de este trabajo, tanto el enfoque categorial de la psicopatología infantil como el dimensional cuentan con limitantes y fortalezas (Domènech & Ezpeleta, 1995; González et al., 2007).

Además tampoco existe una definición unánime sobre los constructos de problemas internalizados y externalizados, por lo que se tuvo que construir dicha descripción a partir de la información descrita por diferentes investigadores (Achenbach & Edelbrock, 1983; Forns et al., 2012; Reynolds & Kamphaus, 2004). Cabe señalar que en los últimos años, la

taxonomía dimensional de la psicopatología infantil ha ganado considerable aceptación entre los investigadores, debido principalmente a que considera la comorbilidad en la sintomatología psicopática infantil y cuenta con respaldo empírico (Achenbach, 1991; González et al., 2007) que ha demostrado la existencia de dos grandes constructos, que también pudo identificarse en los análisis de segundo orden realizados durante la elaboración del CPIEN en este trabajo.

Respecto al CPIEN, se puede concluir que es un instrumento elaborado a partir del lenguaje propio de los niños, lo que hace que su comprensión se facilite a la hora de aplicarlo a los menores, también se ha de establecer que es uno de los primeros instrumentos elaborados en nuestro país para niños de edad escolar (este argumento encuentra justificación a partir de la revisión exhaustiva de los diferentes sistemas de evaluación revisados en el capítulo tres de este escrito), por lo que puede ser empleado para la identificación temprana de niños con problemas internalizados y externalizados, a fin de detectarlos y brindarles el apoyo necesario.

A partir de los resultados obtenidos en los análisis factoriales del CPIEN, se encontró que el instrumento cuenta con indicadores psicométricos adecuados de validez y confiabilidad; por lo que puede ser usado con confianza, además el análisis factorial de segundo orden demostró que el instrumento es parcialmente congruente con la clasificación bidimensional de Achenbach (1991), pues los síntomas clínicos descritos en él se agruparon en dos grandes dimensiones, aunque es importante, al realizar otros estudios, observar el comportamiento de los reactivos que miden autoagresión, pues al agruparse en la dimensión de conductas externalizadas no resulta clínicamente congruente, sería más factible considerar estos comportamiento como de índole mixta; sin embargo es necesario realizar un Análisis Factorial Confirmatorio para confirmar la validez de constructo de las dimensiones del instrumento.

Los hallazgos derivados de este trabajo, indicaron que un 7% de escolares presentaron problemas internalizados y un 2% problemas externalizados. Los grupos en riesgo para el desarrollo de problemas internalizados y externalizados fueron

respectivamente del 31% y del 36%. Esta información es similar a las cifras reportadas por Klein et al. (2009) quienes describieron datos de prevalencia desde el 3% al 39%, señalando que cuando los problemas implicaban un grado severo, la prevalencia oscilaba entre el 6% y 16%; y si se trataba de un grado medio la prevalencia se incrementaba hasta en un 50%.

Otra evidencia del trabajo que encontró sustento empírico en los trabajos de van Lier et al., (2012); Masten et al., (2005); Moilanen et al., (2010); Vaillancourt et al., (2013); entre otros, fue la relación existente entre los problemas internalizados y externalizados que presentaban los menores y la afectación en las tareas del desarrollo relacionadas con la competencia académica y social. Los datos de este trabajo mostraron que los niños en riesgo y con problemas tenían más probabilidad de presentar bajas puntuaciones en las áreas académica y social, en comparación con sus pares sin problemas. Por lo que se enfatiza que tanto los niños que presentan problemas, como el amplio porcentaje de escolares que pueden estar en riesgo psicopatológico requieren una atención precoz en sí misma.

Cabe señalar que un tema relevante no profundizado en este trabajo, reside en las calificaciones reportadas por los niños y los datos objetivos de las pruebas criteriales. Quizá una explicación al hecho es que en general los profesores otorgan calificaciones superiores al desempeño académico real de los niños, pues con base en las políticas de educación de este país y las Normas de Control Escolar (SEP, 2014-2015), los profesores tienen casi prohibido reprobar a los menores argumentando que esto no es acorde a las políticas de integración, que se daña el autoestima del niño y aumenta el rezago educativo en el país.

Sin embargo, las cifras identificadas de niños con problemas internalizados y externalizados son elevadas y se observó que no reciben la atención adecuada; además de esto, algunos niños sufren segregación ya que se les etiqueta como niños problema, incontrolables, ocasionando en muchos casos el rechazo por parte de sus compañeros y de otros adultos dentro del contexto escolar, lo que puede llevar al niño a un aislamiento total. Esta situación deja ver de una manera clara la falta de una organización adecuada a nivel

institucional y la desigualdad social, educativa y de acceso a los servicios de salud mental de estos sectores en contexto de pobreza. Pues aunque exista un servicio de apoyo dentro de las escuelas no resulta el suficiente, a veces hay un psicólogo dedicado al trabajo de 5 ó 6 planteles educativos por lo que no se da abasto, además de acuerdo a los lineamientos educativos el servicio de psicología es para el apoyo pedagógico dentro del salón de clases.

Así que, los niños con problemas internalizados o externalizados no reciben el apoyo adecuado y la actitud de las autoridades con estos niños, que además no cuentan con la formación necesaria para brindarles atención, en algunos casos acentúa la problemática, de tal manera que el niño al verse aislado sufre más y se podría llegar a pensar que este sufrimiento es temporal, parte del desarrollo, pero lo cierto es que la evidencia indica que las problemáticas continúan y que pueden llevar a comportamientos criminales en una edad adulta (Murray et al., 2010) más aún, en un contexto marginal como es el caso de los niños de este estudio, en el que hay presencia de drogadicción y actos vandálicos en su misma comunidad.

De ahí la importancia de la identificación e intervención temprana a fin de aminorar el sufrimiento y dotar a los niños de herramientas que los ayuden a afrontar sus problemas individuales y sociales de una manera funcional, para que logren su bienestar emocional. En el caso del diseño de la propuesta de intervención, se señala que para su elaboración se siguieron las pautas descritas por Offord y Bennett (2002) quienes establecieron una serie de cinco pasos. De tal forma que, tomando en cuenta esos criterios, el presente trabajo puede considerarse como la pauta de inicio de una intervención con evidencia empírica.

En primer lugar se realizó la identificación de la presencia de problemas internalizados y externalizados en niños en edad escolar y posteriormente se analizaron las relaciones entre estos problemas y las tareas del desarrollo para estas edades; con la información obtenida, se identificaron las principales necesidades (mayor número de niños con problemas internalizados [58%]) y se diseñó una intervención enfocada a enseñar a los niños habilidades para afrontar sus problemas; posteriormente, se realizó el estudio piloto para analizar la influencia de esta intervención en el desarrollo del comportamiento de

afrontamiento y la disminución de los síntomas internalizados y externalizados; así como, para analizar los contenidos de las sesiones que integraban la intervención.

El trabajo, en este momento ha quedado hasta la fase del piloteo de la intervención; sin embargo, se considera que esto ha sido un punto de inicio y se espera dar continuidad a la investigación y aspectos que han quedado inconclusos como: la obtención de otros tipos de validez, como por ejemplo la de criterio; un estudio confirmatorio de las propiedades psicométricas del CPIEN; la evaluación de la efectividad a gran escala del programa de intervención y la difusión del mismo, dichos puntos podrán ser desarrollados en futuros proyectos académico.

Por el momento, es preciso analizar las fortalezas y puntos de mejora de la propuesta de intervención. La cual para el estudio piloto quedó integrada de diez sesiones con tres bloques: presentación, emociones y habilidades sociales. El bloque de presentación incluyó dos sesiones: presentación y aplicación de las mediciones pretratamiento; e integración del grupo. El bloque de emociones, incluyó cinco sesiones dirigidas a conocer y expresar emociones como tristeza, ansiedad y enojo, así como al desarrollo de habilidades para afrontar las emociones. El tercer bloque, se dirigió al desarrollo de habilidades sociales, incluyó dos sesiones enfocadas al respeto de reglas y hacer amigos. Finalmente, se incluyó una sesión para cerrar el taller y realizar las mediciones postratamiento.

Los resultados de la intervención indicaron que resultó estadísticamente significativa para la reducción de los síntomas internalizados y que tuvo un efecto mediano en la reducción del afrontamiento de tipo evitativo. Los cambios observados en las demás variables, aunque no resultaron estadísticamente significativos sí se presentaron en la dirección esperada, pues se observó que los puntajes de la medición postratamiento disminuyeron para el afrontamiento de tipo disfuncional y para los problemas externalizados. Se observó un aumento en las puntuaciones obtenidas en las mediciones postratamiento del afrontamiento de tipo funcional. La única variable que mostró cambios diferentes a los esperados fue el afrontamiento centrado en la emoción, ya que por

cuestiones de desarrollo se espera que este tipo de respuestas disminuyan en la edad escolar (Aldwin, 2007).

Es importante señalar que los niños con quienes se trabajó tenían problemáticas importantes que urgían de psicoterapia, pues los problemas ya estaban presentes de manera importante; en el grupo de intervención, había niñas que se autolesionaban; un niño que al verse expuesto a situaciones estresantes que no podía resolver, sufría de crisis de angustia presentando comportamientos regresivos, llanto angustioso e hiperventilación; otro niño que se encontraba aislado de la dinámica escolar, porque era muy agresivo, golpeaba a sus compañeros y hacía cosas que molestaban a su maestra lo que ocasionaban que en muchas ocasiones fuera enviado a la dirección como castigo, los niños lo evitaban y no tenía amigos. Algunos casos fueron canalizados a los centros de atención psicológica con el propósito de que continuaran su tratamiento; sin embargo se observó la negación de una madre de familia para aceptar que su hijo tenía problemas.

También es importante señalar que el medio en el que se encontraban los niños era de marginación social y cultural, la mayoría refirió experimentar situaciones de violencia intrafamiliar, en algunos casos los problemas de drogadicción también estaban presentes tanto en el núcleo familiar como en el grupo de amigos de los vecindarios de los niños. Asimismo, se observó un cuidado negligente por parte de algunos padres, pues los niños se presentaban sucios y mal alineados en su uniforme escolar; algunos niños refirieron que sus padres ocasionalmente habían olvidado recogerlos a la hora de la salida de la escuela y tuvieron que irse con la mamá de algún otro niño porque se encontraban solos en la calle.

En general, se observó que las necesidades de atención de los niños eran muchas y aunque los cambios no se hayan visto reflejados estadísticamente, a nivel cualitativo se observaron modificaciones importantes tanto en la participación de los niños a la hora de las sesiones como en la interacción que construyeron en estas mismas y a la hora del recreo, pues cabe señalar que en varias ocasiones se fungió como observadoras participantes del momento en el que jugaban y tomaban su lunch en el patio de la escuela. En estas ocasiones se logró observar que el niño que en un principio estaba aislado de la dinámica escolar y se

quedaba solo a la hora del recreo, comenzó a reunirse con un grupo de niños y a jugar con ellos. También otros niños que formaban parte de la intervención grupal, y que antes permanecían solos en el recreo, se encontraban en el patio de la escuela y jugaban juntos.

Los niños, durante las sesiones escuchaban las problemáticas que narraban sus compañeros y se daban cuenta que otros niños vivían situaciones familiares parecidas a las de ellos, esto ayudó para que pudieran externalizar con más facilidad sus experiencias y la forma en la que éstas los hacían sentir, poco a poco se fueron mostrando más empáticos, se hablaban con más respeto y se regulaban entre ellos mismos, incluso brindaban su apoyo a otros niños cuando observaban que las actividades les resultaban complicadas. Las niñas que se autolesionaban comentaron que ayudaban a sus compañeros de clase enseñándoles el juego del globo para que pudieran tranquilizarse cuando tuvieran algún problema.

Estos fueron quizá los puntos más sobresalientes de la intervención en cuanto al apoyo que brindó al bienestar emocional de los niños, quienes al final del taller refirieron sentirse muy felices por haber participado en él, incluso fueron a hablar con la directora de la escuela para que el equipo de trabajo se quedara en la escuela a seguir trabajando con ellos, pues las sesiones les proporcionaban un espacio para expresarse, sentirse escuchados, comprendidos y apoyados, a tal grado que un niño preguntó si los hombres también podían ser psicólogos.

Cabe señalar que entre los aspectos que también se deben trabajar al brindar apoyo psicológico a los niños, es la sensibilización de los maestros y padres de familia pues conocen poco de las problemáticas que viven los niños y consideran que por ser niños no pasa nada, se tiene la idea de que la niñez es una etapa de felicidad y que los problemas de la familia o escuela no les afectan, sin embargo los niños expresaron preocupaciones y temores por los problemas que observaban en estos contextos. Debe resaltarse que la atención que se brinde tanto a niños como a padres y maestros debe realizarse por personal especializado que cuente con la formación, el bagaje teórico y la experiencia clínica necesaria sobre el desarrollo infantil y los problemas de esta etapa. Además que siempre es necesario contar con la supervisión de un especialista.

### **Fortalezas de la investigación.**

Entre las fortalezas más importantes del trabajo, se considera la validez ecológica del mismo y por ende de las herramientas de evaluación e intervención pues al ser un trabajo diseñado a partir de las propias experiencias descritas por los niños se encuentra libre de sesgo intercultural.

El diseño tanto del cuestionario CPIEN como de la intervención, parten del trabajo empírico y teórico; así como de técnicas que han demostrado su eficacia, retomadas principalmente de los trabajos realizados por Essau y Ollendick (2014); Hart y Rollins (2011); Jongasma, Peterson, McInnis, y Bruce (2014) y Lowenstein (1999).

A partir del marco de referencia de la psicopatología del desarrollo, se considera que la metodología empleada así como las estrategias y técnicas de trabajo resultaron ser pertinentes para el análisis de los problemas internalizados y externalizados en la edad escolar; así como el estudio de la relación que guardan con las tareas del desarrollo y el comportamiento competente.

Se observó que las técnicas empleadas en la intervención resultaron estimulantes para los niños, ellos se mostraban felices de poder expresar sus emociones y pensamientos por medio de actividades artísticas, la expresión oral y el juego, los niños refirieron haber sido muy felices y todos calificaron con 10 el taller. Trabajar como un equipo ayudó a los niños en el desarrollo del trabajo cooperativo y a su autoestima, quizá esto podría ayudar a que los niños desarrollen estrategias y comportamientos que les facilite activar factores de protección que puedan emplear en su cotidianidad (Rutter, 1993).

De esta manera, de acuerdo con lo descrito por Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997) la atención brindada a los niños se convirtió en un mecanismo de protección, ya que resultó un mediador favorable para minimizar los síntomas internalizados y desplegar respuestas de afrontamiento para la solución de sus problemas cotidianos.

## **Limitantes**

Entre las limitantes más importantes durante el proceso de la investigación; sin duda se encuentran, en primer lugar, las dificultades para ingresar a trabajar adentro de las escuelas con los niños, ya que se carece de una falta de normatividad y existe una desorganización institucional para que se establezcan acuerdos que permitan el trabajo de campo y de apoyo psicológico a los integrantes de la comunidad escolar, pues aunque el trabajo únicamente se enfocó a los menores, frecuentemente los maestros y directivos del plantel refirieron necesitar apoyo para aprender cómo trabajar con estos niños dentro del salón de clases.

Otra limitante en algunos casos, fue la nula disponibilidad de los maestros para trabajar con los niños de sus grupos, pues alguno comentó que no tenía conocimiento del trabajo que se realizaba y consideraba que sus niños no tenían problemas; incluso cuando se realizó la presentación de los resultados y del plan general de la intervención, algunos maestros se salieron de la reunión.

Una limitante más, que aunque no se midió su efecto, sin duda fue una variable que interfirió en el adecuado control grupal fue el espacio reducido que se tuvo para trabajar con los niños, quizá se trataba de un espacio de 3 x 2½ metros, en el que nos encontrábamos 15 personas, más el mobiliario que incluía sillas, mesas y lockers, por lo que la densidad social y física era elevada y provocaba efectos de hacinamiento en los participantes.

Finalmente, también se observó que algunos padres no permitieron el trabajo con sus hijos, pues no enviaron el consentimiento informado y los niños refirieron que no les habían dado permiso, una niña expresó que su mamá no la dejó asistir porque se iba a rezagar en sus actividades académicas.

### **Sugerencias para futuros estudios.**

Se debe tener presente, como lo señaló Berkovitz (1989) que en una sesión grupal existe menos control de los aspectos emocionales de los participantes y un incremento en las actividades motrices, esto se acentúa al trabajar con niños con problemas externalizados por ello es importante considerar desde el inicio de la intervención la implementación de técnicas conductuales de control grupal.

Al trabajar con información sensible también se deberá considerar que algún integrante del grupo puede romper la confidencialidad, situación que pone en peligro la reputación del participante afectado (Berkovitz, 1989), por ello se sugiere que en cada sesión se haga un recordatorio de las reglas del grupo, resaltando la confidencialidad de la información que se expresa durante las sesiones así como las consecuencias que tendrá el romper los acuerdos del grupo.

Algunos niños muestran una necesidad importante de expresarse, por lo que es importante mediar las participaciones a fin de que todos tengan la misma oportunidad de hacerlo. Y contar con un directorio de instituciones a los que se pueda canalizar a los niños y padres de familia que requieran una mayor atención.

También será importante en trabajos futuros, considerar la participación de padres y maestros para brindar un mayor apoyo a los menores por parte de especialistas en desarrollo y problemas infantiles.

### **Conclusiones**

La importancia del presente trabajo radica principalmente en la innovación e implementación de herramientas de evaluación e intervención para niños escolares con problemas internalizados y externalizados.

Este trabajo, se considera, brinda la pauta para continuar con una investigación de mayor escala en la que se pueda obtener normas y la estandarización del cuestionario; así como comprobar la eficacia del tratamiento aquí propuesto.

A partir de los resultados expuestos en el presente trabajo se reconoce la importancia de identificar a los niños con problemas internalizados y externalizados, ya que su porcentaje es elevado y las consecuencias a corto y largo plazo afectan su adaptación, para brindarles una atención temprana.

También es importante desarrollar programas de apoyo para padres y maestros, con el objetivo de brindarles información de las características de los niños y apoyo para el manejo en casa y la escuela.

## Referencias

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37. doi: 10.1037/h0093906
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Lewis & S. Miller. (Eds) *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 3-14). Springer US. doi: 10.1007/978-1-4615-7142-1\_1
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile* (p. 288). Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont. Recuperado de: <http://www.aseba.org>
- Achenbach, T. M. (1992) What is "developmental" about developmental psychopathology En A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterkein & W. Sheldon (Eds) *Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology*. pp. 29-66. Cambridge University Press.
- Achenbach, T. M. (2010). Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. *Transcultural psychiatry*, 47(5), 707-726. doi: 10.1177/1363461510382590
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301. doi: 10.1037/0033-2909.85.6.1275
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. Recuperado de: <http://www.aseba.org/ordering/ASEBA%20Reliability%20and%20Validity-School%20Age.pdf>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albores, G. L. (2008). *Puede el CBCL /1.5-5 distinguir entre el autismo y el déficit de la atención*. Tesis de doctorado. México:UNAM.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, Coping and Development: An integrative perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M., Piccinini, C. A., Menezes, A. M., Araujo, C. L. & Rohde, L. A. (2008) Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 499-507 doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01865.x

- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 32, 65–110. doi: 10.1146/annurev.ps.31.020180.000433
- Berkovitz, I. H. (1989). Application of therapy groups in secondary schools. En F. J. C. Azima & L. H. Richmond (Eds.). *Adolescent Group Psychotherapy, American Group Psychotherapy Association (Monograph 4)* (pp. 99–123). Connecticut: International Universities Press.
- Betancourt, D. (2007). Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 877. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.877
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and psychopathology*, 22(04), 717-735. doi:10.1017/S0954579410000416
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design Harvard University Press. *Cambridge, MA*.
- Burt, K. B., Obradović, J., Long, J. D., & Masten, A. S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development*, 79(2), 359-374. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01130.x.
- Burt, K. B., & Roisman, G. I. (2010). Competence and psychopathology: Cascade effects in the NICHD study of early child care and youth development. *Development and Psychopathology*, 22(3), 557-567. doi: 10.1017/S0954579410000271.
- Cantwell, D. P. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 3-12.
- Caraveo A. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 30, (1).
- Caron, C. & Rutter, M. (1992). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1063-1080.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770319>
- Chen, X., Liu, M., Rubin, K. H., Li, D., Li, Z., Cen, G., & Li, B. (2003). Parental reports of externalizing and internalizing behaviors in Chinese children: Relevancy to social, emotional and school adjustment. *The Journal of Psychology in Chinese Societies*, 3(2), 233-259.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 1–7. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/1129830>

- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (2ª ed.): Theory and Method (Vol. 1), 1-23. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2007). Multilevel perspectives on pathways to resilient functioning. *Development and psychopathology*, 19(03), 627-629. doi: 10.1017/S0954579407000314
- Cicchetti, D., & Hinshaw, S. P. (Eds.). (2002). Prevention and intervention science: Contributions to developmental theory [Special issue]. *Development and Psychopathology*, 14(4), 667-981.
- Cicchetti, D., & Pogge-Hesse, P. (1982). Possible contributions of the study of organically retarded persons to developmental theory. En E. Zigler & D. Balla (Eds.), *Mental retardation: The developmental difference controversy* (pp. 277-318). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1991). *Internalizing and externalizing expressions of dysfunctions: Rochester symposium on developmental psychopathology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. *New directions for child and adolescent development*, 2009(124), 47-59. doi: 10.1002/cd.242.
- Coie J. D, Belding M, & Underwood M. (1998) Aggression and peer rejection in childhood. En: B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds). *Advances in clinical child psychology* (pp. 125-158). New York: Plenum.
- Coie, J. D., Lochman, J. E., Terry, R., & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 783-792. doi: 10.1037/0022-006X.60.5.783
- Coleman, J. (2008). Salud y bienestar emocional. En J. Coleman, L. Hendry & M. Kloep. *Adolescencia y salud* (pp. 51-73). México: Manual Moderno.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potencial in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. doi: 10.1037//0033-2909.127.1.87
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837.
- Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. En R. D. Feiner, L. Jason, J. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology*:

- Preventive psychology. Theory, research and practice*, (pp. 11-25). New York: Pergamon
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Dávila, B., & Guariño, L. (2001). Fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento en escolares y venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(1), 97-112. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28435105>
- Del Barrio, M. D. (1997). Estresores infantiles y afrontamiento. En M. I. Hombrados (Coord.). *Estrés y Salud* (pp. 351-378). Valencia: Promolibro.
- Docherty, S. & Sandelowski, M. (1999) Focus on Qualitative Methods Interviewing Children. *Research in Nursing&Health*, 22, 177-185. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199904)22:2<17
- Doménech, E., y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Dorado, M. y Jané, M .C. (2001). La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución. *Revista de Psiquiatría.com*, 5(1), [Sitio en internet]. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/49/>. Consultado: diciembre de 2010.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. En S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *The handbook of children's coping* (pp. 41-70). New York: Plenum.
- Epstein, M. H. (2004). *Behavioral and Emotional Rating Scale-2: A Strength-based approach to assessment*. Texas: PROED.
- Essau, C.A., & Ollendick, T. H. (2013). *The Super Skills for Life Programme* University of Roehampton, London: UK.
- Escobar, M., Trianes, M. V., Fernández-Baena, F. J., y Miranda P. J. (2010). Relaciones entre aceptación sociométrica escolar e inadaptación socioemocional, estrés cotidiano y afrontamiento. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(3), 469-479. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n3/v42n3a10>
- Esquivel, A. F.; Heredia, A. C. y Lucio, G. E. (2007) *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 113-116. doi: 10.1080/15374417809532835
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental psychology*, 46(5), 1159. doi: 10.1037/a0020659.

- Fernández de Pinedo, R., Gorostiza, G.E., Lafuente, M. P., Ojembarrena, M. E. y Olaskoaga, A. A. (1998) Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. *Atención primaria*, 21(2). pp. 65-74. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-measurement-of-the-validity-of-15016>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina: Unicef
- Forns, M. (1993). Evaluación psicológica infantil. Barcelona: Barcanova.
- Forns, M., Abad, J., & Kirchner, T. (2012). Internalizing and externalizing problems. En R. R. Levesque (Ed.). *Encyclopedia of adolescence* (pp. 1464- 1469) Springer US. doi: 10.1007/978-1-4419-1695-2\_261
- Garmezy, N. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 55–125. Recuperado de: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/1/8/14.full.pdf>
- González, R., Calvo, A. J. Benavides, G. y Sifre, S. (2007). Sistemas de clasificación en psicopatología infantil. En R. González (Coord). *Psicopatología del niño y del adolescente* (49-84). Madrid: Psicología Pirámide.
- Gottlieb, G. (1992). *Individual development and evolution: The genesis of novel behavior*. New York: Oxford University Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T., & Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS Curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136. doi:10.1017/S0954579400006374.
- Hart, R. & Rollins, J. (2011) *Therapeutic activities for children and teens coping with health issues*. New Jersey: John Wiley & Sons, INC.
- Heward, W. y Orlansky, M. (1992). *Programas de Educación Especial*. España: PURES A
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747. doi: 10.1037/0022-3514.49.3.739
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. (1996). Coping, resilience, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Research, theory, and application*. New York: Wiley.
- Hudziak, J., Achenbach, T.M., & Althoff, R.R. (2008). A dimensional approach to developmental psychopathology. En J.E. Helzer, H.C. Kraemer, & R.F. Krueger, (Eds.). *Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 101-113). Virginia: American Psychiatric Association.

- Hunter, K. K., Chenier, J. S., & Gresham, F. M. (2013). Evaluation of check in/check out for students with internalizing behavior problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(3), 135–148. doi:10.1177/1063426613476091
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12. doi: 10.1037//0022-006X.59.1.12
- Jongsma Jr, A. E., Peterson, L. M., McInnis, W. P., & Bruce, T. J. (2014). *The Child Psychotherapy Treatment Planner: Includes DSM-5 Updates* (Vol. 294). John Wiley & Sons.
- Kauffman, J. (1985). *Characteristics of children's behavior disorders*. Columbus: Charles E. Merrill.
- Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19. Recuperado de: [https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/xid-1283018\\_4](https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/xid-1283018_4)
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2005). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill
- Klein, J. M., Gonçalves, A. & Silva, C. F. (2009). The Rutter children behaviour questionnaire for teachers: from psychometrics to norms, estimating caseness. *Psico-USF*, 14 (2), 157-165. doi: 10.1590/S1413-82712009000200004
- Konh, R., Levav, I., Alterwain, P., Ruocco, G., Contreras, M. & Grotta, D. S. (2001) Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Revista de Panamá de Salud Pública*, 9 (4), 211-218. doi: 10.1590/S1020-49892001000400002
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lazarus, R S, & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. En M. H. Appley and R. Trumbull (Eds.). *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 63–80). New York: Plenum. Recuperado de: [http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4684-5122-1\\_4](http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4684-5122-1_4)
- Leiner, M., Balcazar, I., Straus, D., Shirsat, P., & Handal, G. (2007). Screening Mexicans for psychosocial and behavioral problems during pediatric consultation. *Revista de investigación clínica*, 59 (2), 116-123. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762007000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762007000200005&script=sci_arttext)
- López, E. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños y niñas: taxonomías empíricas. *Anales de Psicología*, 11(2), 129-141. Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v11/v11\\_2/02-11\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v11/v11_2/02-11_2.pdf)

- Lonigan, C. J., Elbert, J. C., & Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(2), 138-145. doi: 10.1207/s15374424jccp2702\_1
- Lowenstein, L. (1999). Creative interventions for troubled children & youth. Toronto: Champion Press.
- Lucio, E. (2014). Psicopatología infantil. En: E. Lucio y M. C. Heredia (Ed.). *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E. y Heredia, M.C. (2014). *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Lucio E. y Durán, C. (2010.) *Ficha socio-demográfica para niños* (sin publicar). Manuscrito inédito
- Lucio E. y Durán, C. (2015) *Escala Infantil de Afrontamiento*. Manuscrito en preparación.
- Masten, A. S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444. doi: 10.1017/S0954579400005812
- Masten, A. S., Burt, K., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and Psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3, Risk, disorder and psychopathology* (2nd ed.) (pp. 696-738). New York: Wiley.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and psychopathology, 22*(3), 491-495. doi: 10.1017/S0954579410000222
- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M. G. (2009). 12 Resilience in Development. En S. J. Lopez & C.R. Snyder (Eds). *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, 117. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0012
- Masten, A. S., Desjardins, C. D., McCormick, C. M., Kuo, S. I., & Long, J. D. (2010). The significance of childhood competence and problems for adult success in work: A developmental cascade analysis. *Development and Psychopathology, 22*(03), 679-694. doi: 10.1017/S0954579410000362
- Masten, A. S., Herbers, J. E., Cutuli, J. J., & Lafavor, T. L. (2008). Promoting competence and resilience in the school context. *Professional School Counseling, 12*(2), 76-84.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Roberts, J. M., Boelcke, K., & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement, externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology, 41*(5), 733-746. doi: 10.1037/0012-1649.41.5.733
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the project competence longitudinal study. *Development and psychopathology, 24*(02), 345-361. doi: 10.1017/S095457941200003X
- Moilanen KL, Shaw DS, & Maxwell KL. (2010). Developmental cascades: externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early

- adolescence. *Development and Psychopathology*, 22(3) pp. 635-653. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168570/>
- Morales, F. M., & Trianes, M. V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2). doi: 10.1989/ejep.v3i2.65
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence*. New Haven: Yale University Press
- Murray, J., Irving, B., Farrington, D. P., Colman, I., & Bloxsom, C. A. J. (2010). Very early predictors of conduct problems and crime: Results from a National Cohort Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(11), 1198-207. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02287.x.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. H., Arellano, J. A. V., & Guillén, M. T. (1995). *Teoría psicométrica*. México: Mcgraw-hill.
- Obradović, J., & Hipwell, A. (2010). Psychopathology and social competence during the transition to adolescence: The role of family adversity and pubertal development. *Development and psychopathology*, 22(03), 621-634. doi: 10.1017/S0954579410000325.
- Offord, D. R. (1987), Prevention of behavioral and emotional disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28: 9–19. doi: 10.1111/j.1469-7610.1987.tb00647.x
- Offord, D.R. and Bennett, K. (2002). Prevention. En M. Rutter and E. Taylor (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry* 4th ed. (pp 881-897). Oxford: Blackwell Science.
- OMS (2005) *Child and adolescent mental health policies and plans*. Suiza: Autor
- Ozer, D. J. (2007). Evaluating effect size in personality research. En R.W. Robins, R.C. Fraley, and R.F. Krueger (Eds.). *Handbook of Research Methods in Personality Psychology* (pp. 495-501). New York: Guilford.
- Palacios-Espinoza, X., Pulido, S., & Montaña, J. (2009). Estrategias desarrolladas por los niños para afrontar el castigo: un dialogo entre la psicología y la teoría de redes sociales. *Universitas Psychologica*, 8(2), 471-486. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165015>
- Papalia, D. E., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- Parker, J., Rubin, K., Price, J., & de Rosier, M. (1995). Peer relationships, child development, and adjustment. En D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation Vol 2*. (pp. 96–161). New York: Wiley.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: coercitive family process*. Or: Castalia Publishing Company
- Payton, J., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger, K. B., & Pachan, M. (2008). *The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eighth-grade students: Findings from three scientific reviews*. Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. Recuperado de <http://www.lpfc.org/sel/PackardES-REV.pdf>

- Piaget, J. (1975). *El mecanismo del desarrollo mental*. Madrid: Editora Nacional.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (2007). *Psicología del niño*. Madrid: Morata
- Pulkkinen, L., & Caspi, A. (2002). *Paths to successful development: Personality in the life course*. Cambridge University Press.
- Raven, J. C. (1999). *Test de Matrices progresivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Reep, A. C., y Horner, R. H. (2000). *Análisis funcional de problemas de la conducta*. Madrid: Paraninfo-Thompson Learning.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children* (2da. ed.). Circle Pines, MN: American Guidance System Publishing.
- Rhule, D.M. (2005). Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 618-625.
- Roisman, G. I., Masten, A. S., Coatsworth, J. D., & Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, 75(1), 123–133. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00658.x
- Rolf, J., Masten, A. S. Chichetti, D., Nuechterlein, K. H., & Weintraub, S. (1990). Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1967). The Rutter Behaviour Scales. Recuperado de: centre for longitudinal the Rutterbehaviour <http://www.cls.ioe.ac.uk/text.asp?section=0001000100050017>
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 323-356. doi: 10.1111/j.1469-7610.1981.tb00560.x
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. En M. Rutter, C. Izard, & P. Read (Eds.), *Depression in children: Developmental perspectives* (pp. 3–30). New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14(8), 626-631. doi:10.1016/1054-139X(93)90196-V
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 44-52. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01976.x.
- Rutter, M., Kevovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A. V., Sadoun, R., Brooke, E. & Lin, T. Y. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.1969.tb02067.x
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 276–295. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x
- Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and psychopathology*, 12(03), 265-296. Recuperado de: <http://dx.doi.org/>

- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4 year old children: Social environmental risk factors. *Pediatrics*, 79(3), 343–350. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/79/3/343.short>
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., MacKinnon, D., Ayers, T. S., & Roosa, M. W. (1997). Developing linkages between theory and intervention in stress and coping processes. En S.A Wolchik and I.N. Sandler (Eds.), *Handbook of Children's Coping: Linking theory and intervention* (pp. 3-40). New York, NY: Plenum Press.
- Sattler, J. M. (2004) *Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales y clínicas*. México: Manual Moderno.
- Sharp, S. & Davids, E. (2003). Early intervention in behaviour. A study of the FAST-Track programme. *Emotional and behavioral difficulties*, 8(3), 173-188. doi:10.1080/13632750300507017
- Seiffge-Krente, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-691. doi:10.1006/jado.2000.0352
- SEP (2000). *Programa Nacional de Educación*. México: Autor
- SEP (2004). *Principales cifras. Ciclo escolar 2003-2004*. México: Autor
- SEP (2014-2015). *Normas de Control Escolar*. Recuperado de: [http://www.controlescolar.sep.gob.mx/images/archivos\\_pdf2014/normasbasica2014\\_2015.pdf](http://www.controlescolar.sep.gob.mx/images/archivos_pdf2014/normasbasica2014_2015.pdf).
- Simms, L. & Watson, D. (2009) The construc validation approach to personality scale constructin. En: R. W. Robins, R. C., Fraley, & R. F., Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (240-257). Guilford Press.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Sroufè, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34(10), 834–841. doi: 10.1037/0003-066X.34.10.834
- Sroufè, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2(04), 335-347. doi: 10.1017/S0954579400005769
- Sroufè, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child development perspectives*, 3(3), 178-183. doi: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x
- Sroufè, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. (2010). Conceptualizing the role of early experience. Lessons from the Minnesota longitudinal study. *Developmental Review*, 30(1), 36-51. doi:10.1016/j.dr.2009.12.002
- Sroufè, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1), 17-29.
- Toth, S. & Cicchetti, D. (2010) The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology, *The Israel Journal of Psychiatry and*

- Related Sciences*, 47(2), 5-14. Recuperado de [http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2010\\_2\\_2.pdf](http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2010_2_2.pdf)
- Toth, S. L., Pianta, R. C., & Erickson, M. F. (2011). From research to practice: Developmental contributions to the field of prevention science. En D. Cicchetti & G. Roisman (Eds), *Minnesota symposia on child psychology. The origins and organization of adaptation and maladaptation Vol. 36* (pp. 323-377). NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Trianes, M. V. (1999). Estrés en la infancia. España: Narcea Ediciones.
- Valencia, G. R y Andrade, P. P. (2004). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 499-520
- van Lier, P., & Koot, H.M. (2010). Developmental cascades of peer relations and symptoms of externalizing and internalizing problems from kindergarten to fourth-grade elementary school. *Development and Psychopathology*, 22(3), 569-582. doi: 10.1017/S0954579410000283
- van Lier, P. A., Vitaro, F., Barker, E. D., Brendgen, M., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2012). Peer victimization, poor academic achievement, and the link between childhood externalizing and internalizing problems. *Child development*, 83(5), 1775-1788. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01802.x
- Vaillancourt T., Brittain H.L., McDougall P., Duku E. (2013). Longitudinal links between childhood peer victimization, internalizing and externalizing problems, and academic functioning: developmental cascades. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 41(8):1177-8. doi: 10.1007/s10802-013-9781-5
- Verhulst, F. C. & van der Ende, J. (2002). Rating scales. En M. Rutter and E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp.70-86). Oxford: Blackwell.
- Wallon, H. (1982). *Los orígenes del carácter en el niño*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- Waters, E. & Sroufe, L.A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3(1), 79-97. doi:10.1016/0273-2297(83)90010-2
- Watt, N., Anthony, E. J., Wynne, L., & Rolf, J. (1984). *Children at risk for Schizophrenia: A longitudinal perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Weiss, B., Harris, V., Catron, T., & Han, S. S. (2003). Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 364-374. doi: 10.1037/0022-006X.71.2.364
- Wells, KC, & Forehand, R. (1985). Conduct and oppositional disorders. En P. H. Bornstein & A. E. Kazdin (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with children* (pp. 218-265). New York: Dorsey
- White, R. W. (1974). Strategies for adaptation: An attempt at systematic description. En G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.). *Coping and adaptation* (pp. 47-68). New York: Basic Books.

- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2009). *Abnormal child and adolescent psychology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Worthington, L. A., & Gargiulo, R. M. (2003). Persons with emotional or behavioral disorders. En R. M. Gargiulo (Ed.), *Special education in contemporary society: An introduction to exceptionality*. (pp. 263-313). Belmont, CA: Wadsworth.
- Zanini, D. S., & Forns, M. (2004). Coping y psicopatología: Comparación entre adolescentes de la muestra general y sub-clínica. *Psiquiatria. com*, 8(2). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/774>
- Zárate, O., Castro, C. y García, G. (2009). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1½ a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14, [en línea]. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29214113>.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. doi:10.1177/0165025410384923
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2014). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley. Recuperado de: <https://www.pdx.edu/.../2014-Zimmer-Gembeck%26>.

# APÉNDICES

## Apéndice A

Frases Incompletas del Comportamiento  
y Emociones del Escolar (FICE).



## Frases incompletas del comportamiento y emociones del escolar (FICE)

Edith Romero Godínez<sup>1</sup>, Emilia Lucio Gómez-Maqueo  
Facultad de Psicología  
UNAM



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Año y grupo: \_\_\_\_\_

### Instrucciones

A continuación vas a leer algunos enunciados que ya están empezados y tú tienes que escribir el final, pueden ser uno o varios finales. No te preocupes porque esto no es un examen de la escuela y lo que escribas solo lo leeré yo.

1. A la hora del recreo yo \_\_\_\_\_
2. Me porto bien, pero \_\_\_\_\_
3. Lloro porque \_\_\_\_\_
4. Cuando la maestra sale del salón yo \_\_\_\_\_
5. Cuando me acerco a mis amigos \_\_\_\_\_
6. Me porto bien cuando \_\_\_\_\_
7. Cuando me siento nervioso \_\_\_\_\_
8. Cuando me quedo solo en casa \_\_\_\_\_
9. No soy amable cuando \_\_\_\_\_
10. Me alejo de mis amigos, si \_\_\_\_\_
11. Me siento feliz cuando \_\_\_\_\_
12. Digo groserías cuando \_\_\_\_\_
13. Me siento triste porque \_\_\_\_\_
14. Mi mamá me regaña cuando \_\_\_\_\_
15. No le hablo a los niños cuando \_\_\_\_\_
16. Me siento tranquilo porque \_\_\_\_\_
17. Le pego a alguien cuando \_\_\_\_\_
18. A veces los otros niños \_\_\_\_\_
19. Me siento preocupado cuando \_\_\_\_\_
20. Me castigan porque \_\_\_\_\_
21. Me quedo solo porque \_\_\_\_\_
22. Hago travesuras cuando \_\_\_\_\_
23. Soy amistoso si \_\_\_\_\_
24. Obedezco cuando \_\_\_\_\_
25. Me siento solo porque \_\_\_\_\_
26. Me porto mal cuando \_\_\_\_\_
27. Desobedezco cuando \_\_\_\_\_
28. Soy amable cuando \_\_\_\_\_

## Apéndice B

Carta de consentimiento informado.



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Psicología**

**Programa de Apoyo para Niños y Adolescentes**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el**  
**Proyecto de Prevención con Niños y Adolescentes**

A través de una línea de investigación desarrollada dentro de la Facultad Psicología de la UNAM, se pretende conocer cuáles son las principales dificultades que viven los niños y adolescentes de la Ciudad de México. Es por ello que se está llevando a cabo la aplicación de un cuestionario muy breve en diversas escuelas de la ciudad.

A continuación le informamos en que consiste la participación de su hijo(a) para contestar este cuestionario, por lo que es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. Los beneficios derivados de la información proporcionada, permitirán desarrollar programas de atención para niños y adolescentes mexicanos, así como para sus padres y tutores.
2. El cuestionario se aplicará de forma colectiva.
3. La contestación del cuestionario es voluntaria y no influye en la situación académica del alumno.
4. La información contenida en el cuestionario es de carácter confidencial.
5. El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y la información grupal obtenida puede llegar a emplearse para divulgación científica. No obstante, los datos personales son de carácter anónimo.

Para cualquier duda o aclaración comunicarse al Tel. 56 22 23 18. Facultad Psicología, UNAM.

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

**Investigadora responsable del proyecto**

-----  
Entregar esta parte a la escuela.

\_\_\_\_\_ **Sí**, sí estoy de acuerdo      \_\_\_\_\_ **No**, no estoy de acuerdo

Nombre del  
alumno: \_\_\_\_\_

Grado y grupo: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre o tutor:  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

## Apéndice C

### Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños.

Id: \_\_\_\_\_

## Cuestionario para niños (CPIEN)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_ Sexo: Niño( ) Niña( ) Fecha: \_\_\_\_\_

### Instrucciones

A continuación encontrarás algunos enunciados sobre cómo piensan, sienten y se comportan algunos niños y niñas.

Lee con atención cada enunciado y marca con una **X** el cilindro que indica qué tanto lo haces tú.

**Sólo puedes marcar un cilindro por enunciado.**

---

### Ejemplo:

Cuando voy al parque juego



---

Este niño respondió que cuando va al parque juega **muchas veces**.

Ahora, tú responde cada enunciado indicando qué tanto haces las cosas que dice, tus respuestas nos ayudarán a conocerte mejor. Si tienes dudas levanta tu mano y vamos a tu lugar para ayudarte.

Responde **todos** los enunciados con mucha sinceridad porque **solo yo** voy a leer tus respuestas.

**Tacha el cilindro que indica qué tanto lo haces tú**

1. Digo groserías cuando me molestan



2. Corro aunque no esté permitido



3. Hago mal las cosas



4. Los niños me ignoran cuando quiero jugar con ellos



5. Pido ayuda a los demás cuando se me dificulta algo



6. He querido hacerme daño



7. Insulto a los demás



8. Platico con mis compañeros aunque tenga trabajo



9. Siento que nadie me escucha



10. Mis amigos me dejan solo a la hora del recreo



## Apéndice D

### Pruebas Criteriales de Competencia Académica Ejemplo 4º año de primaria.

## ESPAÑOL

### I. Dictado de tres palabras y dos oraciones

Escribe en tu hoja de respuestas lo que se te dictará.

### II. Lectura

Lee el siguiente texto y tacha en tu hoja de respuestas la opción correcta a cada pregunta.

Un cuervo, al ver que el águila con sus poderosas garras levantaba a un cordero por los aires quiso imitarla, pues pensó que más débil no era. Entonces el cuervo escogió al cordero más barrigón y por los aires empezó a volar. Su presa no pesaba tanto pero sus patas se enredaron en el pelaje espeso del cordero. Mientras el cuervo intentaba su hazaña, un pastor **llegó**, lo **capturó**, lo **enjauló** y a sus hijos lo **regaló** como diversión.

Hay que medir las fuerzas antes de imitar las hazañas de otros a todas luces más poderosos.

#### 6. ¿Qué tipo de texto es?

- a) El cuento del cuervo y el pastor.
- b) La fábula del cuervo que quería imitar al águila
- c) La leyenda de los cuervos
- d) La adivinanza de las ovejas

#### 7. ¿Qué significa la oración subrayada?

- a) Que debemos ser muy cautelosos al cazar una presa.
- b) Que todo lo que nos debe interesar es imitar a los demás.
- c) Que debemos conocer nuestra capacidad antes de imitar a otros.
- d) Que debemos imitar a los menos poderosos.

#### 8. ¿Cómo debemos buscar en un diccionario las palabras del texto resaltadas con negro?

- a) En infinitivo
- b) En orden alfabético
- c) De la más grande a la más pequeña
- d) En tiempo presente

#### 9. ¿En qué tiempo están las palabras resaltadas con negro?

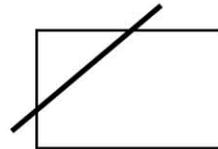
- a) En tiempo copretérito
- b) En tiempo pasado
- c) En tiempo futuro
- d) En tiempo presente

#### 10. ¿Cuál es un antónimo de glotón?

- a) Comelón
- b) Inapetente
- c) Goloso
- d) Apetente

## MATEMÁTICAS

#### 1. La maestra repartió hojas a los niños y les pidió que las cortaran por la mitad. ¿Cuál niño lo hizo mejor?



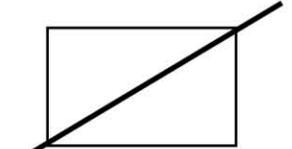
a) Lupita



b) Marcos



c) Eduardo



d) Maricela

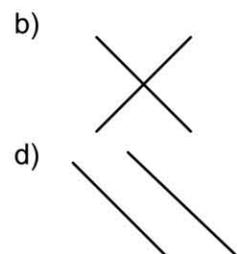
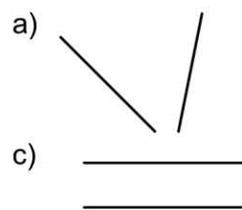
#### 2. Observa la siguiente serie numérica

910	920	...	940	...	960	970	980	...
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Los números que faltan son:

- a) 930, 940 y 990
- b) 930, 950 y 990
- c) 940, 950 y 1000
- d) 930, 950 y 1000

#### 3. Las líneas paralelas son:



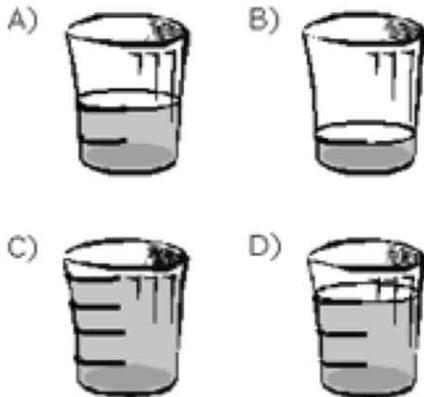
1. Observa bien la siguiente tabla

Niños	Billetes de \$100	Billetes de \$10	Monedas de \$1
ALFONSO	4	1	7
ALICIA	3	12	2
BRENDA	3	15	3
CARLOS	4	4	4

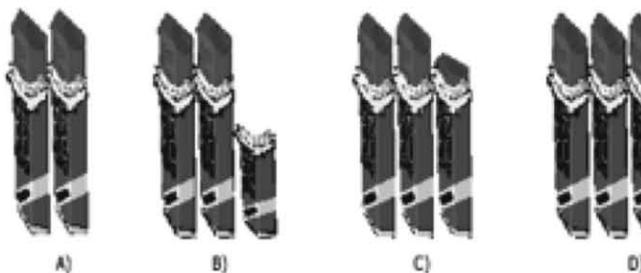
¿Quién tiene más dinero?

- a) Alfonso                      b) Brenda  
c) Alicia                         d) Carlos

2. Marisol sirvió tres cuartas partes de agua en un vaso. ¿Cuál de los siguientes dibujos representa la cantidad de agua que Marisol sirvió?



3. Se quieren repartir 10 chocolates entre 4 alumnos. ¿Cuál de las siguientes opciones presenta los chocolates que le tocarán a cada uno?



7. ¿En cuál de las siguientes series, los

números están ordenados de menor a mayor?

- a) 3155- 3215- 4101- 4099  
b) 3155- 3215- 4099- 4101  
c) 4101- 4099- 3215- 3155  
d) 3215- 3155- 4101- 4099

8. Rodrigo tiene un surco de 15 metros y quiere sembrar un pino cada medio metro. ¿Cuántos pinos necesita?

- a) 15    b) 30    c) 60    d) 16

9. En la carrera de atletismo que se hizo con todos los alumnos de la escuela. Armando llegó a la meta, pero antes que él, ya habían cruzado la línea de meta otros 14 niños. ¿En qué lugar llegó Armando?

- a) Décimo primero  
b) Décimo quince  
c) Catorceavo  
d) Décimo quinto

10. Un atleta recorre 12 kilómetros diarios. ¿Cuántos kilómetros recorrerá en una semana?

- a) 84    b) 12    c) 74    d) 714

## Apéndice E

Ficha Socio-demográfica para Niños.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Turno:** \_\_\_\_\_  
**Grupo:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones: tacha la respuesta que mejor corresponda a tu situación.**

**1. ¿Vive tu papá?** (Tacha una opción)

A) Si

B) No

**2. ¿Vive tu mamá?** (Tacha una opción)

A) Si

B) No

**3. ¿Con quién vives?**

(Puedes tachar más de una opción)

A) Mi mamá

B) Mi papá

C) Mis hermanos (as)

D) Mis abuelo (a)

E) Mis tíos (as) Otro:

**4. ¿Cuántos hermanos(as) tienes?**

(Sin contarte a ti)

A) Ninguno

B) Uno

C) Dos

D) Tres

E) Cuatro

F) Cinco o más

**5. ¿Qué calificación sacaste el año pasado en Español?** (Tacha una opción)

A) 10

B) 9

C) 8

D) 7

E) 6 ó menos

**6. ¿Qué calificación sacaste el año pasado en Matemáticas?** (Tacha una opción)

A) 10

B) 9

C) 8

D) 7

E) 6 ó menos

**7. ¿A qué se dedica tu papá?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. ¿A qué se dedica tu mamá?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. ¿Quién lleva dinero a tu casa?**

(Puedes tachar más de una opción)

A) Mi papá

B) Mi mamá Otro:

\_\_\_\_\_

**10. En tu familia, ¿falta el dinero?**

(Tacha una opción)

A) Nunca

B) Pocas veces

C) Muchas veces

D) Siempre

**11. Acudes a:**

(Puedes tachar más de una opción)

A) Tareas dirigidas

B) Psicólogo

C) Clases de regularización Otro:

\_\_\_\_\_

## Apéndice F

Programa de Intervención para Niños con  
Problemas Internalizados y Externalizados.

---

**Plan general de la propuesta de intervención**

---

<b>Sesión</b>	<b>Bloque</b>	<b>Nombre sesión</b>	<b>Objetivo</b>
1	Presentación	Presentación y pretratamiento	Evaluar las características psicológicas de los niños
2		¿Quién soy yo?	Crear un ambiente de confianza para que el niño pueda expresar ideas, sentimientos y conductas.
3	Emociones	Mis emociones	Aprender a reconocer y expresar emociones
4		¿Por qué me siento triste?	Expresar situaciones cotidianas que provocan y mantienen los sentimientos de tristeza
5		Cuando me siento ansioso...	Identificar los síntomas y estrategias específicas para afrontar la ansiedad
6		¿Cómo expreso el enojo?	Identificar y usar estrategias específicas para afrontar el enojo.
7		¿Cómo afronto mis emociones?	Reconocer el tipo de estrategias empleadas para afrontar emociones de depresión, ansiedad y enojo, entre ellas las autolesiones
8	Habilidades Sociales	¿Por qué debemos respetar las reglas?	Adquirir conciencia de conductas sociales apropiadas
9		¿Cómo hacer amigos?	Desarrollar habilidades de escucha activa, comunicación efectiva y conducta asertiva.
10	Cierre	Cierre y postratamiento.	Evaluar las características psicológicas de los niños.

---

---

## Presentación y pretratamiento

---

### Sesión: 1

---

Objetivo: Evaluar las características psicológicas de los niños

---

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludar y presentarse con los niños		5 min.	Lápices, gomas sacapuntas	Las psicólogas saludarán a los niños, se presentarán y comentarán con ellos el objetivo del taller, el objetivo de la sesión y horarios en los que nos reuniremos.
			Ficha socio-demográfica	Se les explicará a los niños que en esta primera sesión responderemos algunas pruebas que no están relacionadas con sus calificaciones de la escuela, si no que nos van a ayudar a conocerlos mejor.
2. Aplicación de pruebas	Exposición oral	45 min.	CPIEN	Se entregarán a los niños uno por uno los instrumentos de evaluación y se leerán en voz alta las instrucciones de cada uno.
			Escala Infantil de Afrontamiento	Se monitoreará el desempeño de los niños en cada uno de los instrumentos a fin de que los respondan de manera correcta.
3. Dar las gracias a los niños y despedirse		5 min.		Las psicólogas revisarán que los instrumentos se hayan respondido correctamente, que no haya reactivos sin responder o con más de una respuesta. Al final en caso de ser necesario, se les recordará a los niños sobre la entrega de sus consentimientos.

---

## ¿Quién soy yo?

### Sesión: 2

Objetivo: Crear un ambiente de confianza para que el niño pueda expresar ideas, sentimientos y conductas

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludar	Exposición	5 min.		Las psicólogas saludarán a los niños y les preguntarán sus nombres y si saben por qué están en el grupo y cuál es el objetivo de que estemos ahí.
2. Construir las reglas del grupo	Lluvia de ideas	20 min.		Les comentarán que durante las sesiones vamos a ver algunos temas relacionados con los sentimientos y emociones de los niños por lo que se necesitará que respetemos las opiniones de todos, tratemos de no faltar y nos comprometamos a hacer las actividades y tareas, se les dirá que vamos a necesitar tener las reglas del grupo por escritas y que ellos pueden proponer las que crean nos van a ayudar a tener un ambiente de confianza.
3. Redactar un contrato conductual.			Hojas blancas Lápices Plumas Plumones Bolsas de papel Objetos para decorar el títere, p.e. marcadores, tela, hilos de colores, ojos saltones, encajes, cintas, etc.	Se invitará a los niños a comentar las reglas del grupo, las psicólogas las escribirán en una hoja rotafolio y los niños en una hoja tamaño carta para que al final firmen el contrato de comportamiento. Posteriormente se les comentará que nos vamos a conocer un poco mejor y para ello vamos a elaborar un títere que nos pueda representar y presentar con los integrantes del grupo.
4. Elaborar títeres y presentarse a través de estos. (Lowenstein, 1999)	Expresión artística	30 min.	Pegamento Tijeras Hojas de colores. Hoja tamaño rotafolio.	Se elaborará junto con los niños un títere con bolsas de papel (se deberá tener listo un títere de ejemplo). Las psicólogas usarán sus títeres para presentarse y entrevistarse entre ellas. Después, una terapeuta utilizará el títere para entrevistar a cada niño, preguntando cosas como: ¿Cuál es tu nombre?, ¿Cuántos años tienes?, ¿Con quién vives?, ¿Cuál es tu color favorito?, ¿Cuál es tu comida favorita?, ¿Cuál es tu juguete favorito?, ¿Cómo te sientes el día de hoy y por qué?. Si tuvieras tres deseos, ¿qué pedirías?.
5. Evaluación de la sesión		5 min.		Al finalizar la presentación se les preguntará a los niños cómo se sienten, si les gustó conocer a sus compañeros y estar en el grupo. Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión ¿Qué aprendí hoy?, ¿Cómo puedo aplicar en mi vida lo que aprendí?, ¿Cómo me ayuda esto que hoy aprendí?, ¿Del 1 al 10 cuánto me gustó la sesión?, ¿Qué le cambiaría?.
6. Tarea para casa		3 min.		Se les invitará a los niños a asistir a la siguiente sesión, se les dirá el día y la hora, se responderán dudas en caso de que las haya y como tarea se les pedirá que lleven un gafete con su nombre para saber cómo nos llamamos.

## Mis emociones

### Sesión: 3

Objetivo: Aprender a reconocer y expresar emociones

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludo y recordatorio de los acuerdos de comportamiento.	Exposición	5 min.	Hoja rotafolio con las reglas de comportamiento	Las psicólogas saludarán a los niños, pegarán la hoja de rotafolio con los acuerdos de comportamientos y las leerán; comentarán que el objetivo de la sesión es aprender cuáles son nuestras emociones, cómo se sienten en nuestro cuerpo y cómo las expresamos.
2. Solicitar a los niños su gafete.		2 min	Hojas de papel Plumones	Se les solicitará a los niños que se pongan el gafete con su nombre en un lugar que sea visible para todos.
3. Conociendo las emociones.		10 min.	Libro: Conociendo nuestras emociones. (Smeke, 2008)	Las psicólogas mostraran a los niños las 17 emociones que se encuentran en el libro y les preguntarán si saben de qué emoción se trata. Las psicólogas comentarán a los niños que cada uno somos diferentes, tenemos diferentes emociones y estas no son buenas ni malas, todas nos ayudan a sobrevivir, a expresar cómo nos sentimos ante ciertas circunstancias y algunas nos protegen en situaciones de peligro.
4. Grupo de discusión sobre cómo experimentamos las emociones	Grupo de discusión	25 min.		Las psicólogas discutirán con los niños diferentes situaciones cómo cuando otro niño los molesta; se les preguntará que emoción les genera esta situación, en qué parte de su cuerpo se siente la emoción y cómo se siente. Se invitará a los niños a exponer otras situaciones y comentar cómo las experimentan.
5. Evaluación de la sesión	Expresión artística	5 min.	Cuestionario de evaluación de la sesión	Para cerrar la sesión se invitará a los niños a dibujar una carita que exprese cómo se sienten de estar participando en el grupo y se les solicitará llenar el cuestionario de evaluación de la sesión (misma que en la sesión anterior).
6. Tarea para casa		3 min.	Hoja en la que reporten una emoción que sintieron	Como tarea se les pedirá a los niños que estén muy atentos a las emociones que tienen, cómo las sienten en su cuerpo y qué hacen cuándo las experimentan. Describirán en una hoja alguna experiencia.

## ¿Por qué me siento triste?

### Sesión:4

Objetivo: Expresar situaciones cotidianas que provocan y mantienen los sentimientos de tristeza

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludar a los niños	Exposición			Las psicólogas saludarán a los niños, les preguntarán cómo les fue en la semana, les preguntarán si realizaron sus tareas e invitarán a algunos a leerlas.
2. Solicitar las tareas y retomarlas para abrir una discusión	Grupo de discusión	15 min.		Se discutirá brevemente con los niños las emociones que tuvieron durante los días que no nos vimos y se comentará con ellos sobre cuando se sienten tristes.
4. Actividad artística (Jongsma et al., 2014)	Expresión artística	30 min.	Pinturas dactilares	Se invitará a los niños a dibujar una situación con familiares o amigos que los haya hecho sentir tristes y posteriormente verbalizar la historia de su dibujo con preguntas ayuda como:
			Acuarelas	¿Qué provocó que se sintieran así?, ¿Cómo se dieron cuenta que estaban tristes?, ¿Qué tan tristes se sintieron?, ¿Qué cosas hicieron para sentirse mejor?.
			Hojas blancas	Las psicólogas comentarán con los niños otras opciones que nos pueden ayudar a sentirnos mejor, como: hacer cosas que nos gustan, hacer deporte, expresar lo que sentimos, buscar ayuda de un adulto, etc.
5. Evaluación de la sesión	Expresión escrita	10 min.	Hojas impresas para evaluar la sesión	Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión
6. Tarea para casa (Essau & Ollendick, 2013) pag. 19		3 min.	Hojas impresas con la actividad de tarea	Se entregará a los niños una hoja impresa con la tarea “haciendo actividades divertidas”

---

**Cuando me siento ansioso...**

---

**Sesión: 5**

---

Objetivo: Identificar los síntomas y estrategias específicas para afrontar la ansiedad

---

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludo y solicitar tareas	Exposición	5 min.		Las psicólogas saludarán a los niños revisarán las tareas, las comentarán con ellos brevemente y les platicarán que podemos experimentar varias emociones y ser capaces de reconocer cuánto de esas emociones estamos experimentando, tal como lo hicieron con su tarea.
2. Exposición del vínculo entre pensamientos y emociones	Grupo de discusión	30 min.	Viñetas	Se comentará con los niños cómo nuestros pensamientos pueden influir en nuestras emociones. ¿Sabes cómo nuestros pensamientos contribuyen a sentirnos de una u otra forma?. Podemos tener pensamientos positivos y negativos que harán que algunas veces nos sintamos con más o menos ansiedad (ejemplos con viñetas de situaciones que puedan provocar ansiedad) ¿En estas situaciones de ansiedad qué podemos hacer?, ¿Cómo hacemos para sentirnos relajados?
3. Enseñar técnica de relajación. (Jongsma, et al., 2014)	Relajación	12 min.	Hojas impresas que explican la técnica a partir de dibujos	Aprendiendo a relajarse; jugar con los niños a que “Somos un globo”: cada niño se convierte en un globo que se infla y se desinfla. Aprenderán a inspirar por la nariz y a expirar por la boca. Nos podemos ayudar con los brazos para que así nos podamos imaginar que somos un globo. Los brazos se abren y se alzan cuando se infla el globo y se cierran y bajan cuando se desinfla.
4. Evaluación de la sesión	Expresión escrita para evaluar su trabajo y la sesión.	5 min.	Hojas impresas para evaluar la sesión	Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión con las preguntas impresas en una hoja
5. Tarea para casa		3 min.	Hojas impresas con la actividad de tarea	Se entregará a los niños una hoja impresa con la tarea “pensamientos positivos y negativos” (se diseñará) y otra hoja en la que se explique cómo relajarse

---

---

## ¿Cómo expreso el enojo?

---

### Sesión: 6

---

Objetivo: Identificar y usar estrategias específicas para afrontar el enojo

---

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludo y activación del conocimiento	Exposición	10 min.		Las psicólogas saludarán a los niños, revisarán las tareas y comentarán con ellos brevemente, qué emociones les produjeron los pensamientos positivos y cuáles los negativos, repasarán la técnica de relajación y posteriormente hablarán de cómo se vinculan los pensamientos, las emociones y la conducta.
2. Desarrollo del tema	Exposición oral	10 min.	viñetas	Comentarán que en esta sesión vamos a revisar algunos comportamientos que tenemos cuando estamos enojados y cómo respondemos a los demás. Mostrarán viñetas a los niños de situaciones en las que se muestren agresivos y situaciones en las que se muestran asertivos.
3. Actividad artística (Hart & Rollins, 2011)	Expresión artística	20 min.	papel aluminio	Invitarán a los niños a esculpir una representación de algo o alguien que les haga sentirse enojados. Se les invitará a comentar sobre lo que han hecho y se les permitirá deshacerla, aplastarla o modificarla, al final de la actividad, si así lo desean. Esto se utilizará como una metáfora de algo que puede cambiar.
4. Identificación del grado de enojo	Uso del termómetro de los sentimientos	3 min.	termómetro de los sentimientos impreso	Se les pedirá a los niños que señalen en el termómetro de los sentimientos cómo se sintieron antes de hacer su escultura y cómo se sintieron al aplastarla y ver como cambiaba
5. Evaluación de la sesión	Expresión escrita.	5 min.	Hojas impresas para evaluar la sesión	Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión con las preguntas impresas en una hoja.
6. Tarea para casa		3 min.	Hojas impresas con la actividad de tarea	Se entregará a los niños dos hojas impresas, una en la que se les recuerde practicar su ejercicio de relajación y otra en la que escriban qué cosas hace su cuerpo cuando están enojados y qué cosas hace cuando están relajados.

---

## ¿Cómo afronto mis emociones?

### Sesión: 7

Objetivo: Reconocer el tipo de estrategias empleadas para afrontar emociones de depresión, ansiedad y enojo, entre ellas las autolesiones

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludo y activación del conocimiento	Exposición	10 min	tareas	Las psicólogas saludarán a los niños revisarán las tareas y comentarán brevemente con ellos, qué emociones experimentaron, cómo las sintieron en su cuerpo, si lograron poner en práctica la relajación y que describan qué otras cosas hicieron con sus emociones.
2. Identificar estrategias de afrontamiento (Lowenstein, L., 1999)	Grupo de discusión	20 min	Hoja de trabajo con razones por las que nos cortamos y estrategias de afrontamiento para cambiar la conducta autolesiva	Las psicólogas iniciarán una discusión con los niños acerca de las formas en las que afrontamos las situaciones problemáticas. Por ejemplo algunas personas hacen cosas que sabemos que no nos buenas, como: comer en exceso, fumar, pegar, llorar. Las personas hacen estas cosas aunque sepan que no son las mejores formas de afrontar sus problemas. Ellos continúan haciéndolo porque muchas veces les es difícil parar o no saben de qué otra manera pueden solucionar sus problemas. Así ocurre también con conductas como cortarse o quemarse a sí mismo a propósito, es decir autolesionarse, algunas personas se autolesionan para aliviar el dolor que sienten y lo siguen haciendo porque no saben cómo parar y porque no saben de qué otra forma afrontar sus problemas. Esta actividad nos ayudará a comprender mejor las razones por las que nos cortamos a nosotros mismos y aprenderemos algunas ideas que podemos realizar para enfrentar de forma distinta nuestros problemas.
3. Completar hoja de trabajo	Trabajo individual	10 min		Se les pedirá a los niños que completen una hoja de trabajo en la que seleccionarán de una lista de estrategias de afrontamiento que hayan realizado para dar solución a sus problemas.
4. Evaluación de la sesión		5 min.	Hojas impresas para evaluar la sesión	Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión con las preguntas impresas en una hoja.
5. Tarea para casa (Lowenstein, L., 1999)	Expresión artística	10 min	Sobres tamaño carta y materias para decorarlos.	Se les dará un sobre tamaño carta que podrán decorar como ellos quieran y se les pedirá que la llenen con cosas que los haga sentir bien, como estampas, muñecas de papel para recortar, una libreta en la que puedan escribir sobre sus emociones, cosas que tengan que los hagan sentir bien.

## ¿Por qué debemos respetar las reglas?

### Sesión: 8

Objetivo: Adquirir conciencia de conductas sociales apropiadas

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludo y solicitar tareas	Exposición	10 min		Las psicólogas saludarán a los niños y comentarán con ellos brevemente acerca de qué cosas pusieron en su bolsa y cómo les hace sentir tener ese kit
2. Objetivo	Lluvia de ideas	7 min		Posteriormente explicarán que en esta sesión vamos a aprender por qué es importante seguir las reglas y comportarnos de manera apropiada. Se permitirá que los niños expresen sus ideas.
3. Actividad grupal (Lowenstein, 2002)	Juego de roles	25 min	Moneda	Enseguida, se les dirá a los niños que vamos a realizar un juego y se dividirá al grupo en dos equipos. Uno de los equipos lanzará la moneda. Si le toca sol, realiza uno de los sketches escritos en la columna "sol". El otro equipo hace el sketch contrario, indicado en la columna "águila". Cada sketch, debe tener un principio, desenlace y final. La actividad continuará de esta manera hasta que se hayan realizado los seis sketches. Los miembros del grupo tomarán turnos para ser actores y directores.
	Grupo de discusión		Hoja de sketch "el volado"	Al finalizar el rol playing, las psicólogas facilitarán la discusión, preguntando lo siguiente: ¿Qué aprendiste de las conductas apropiadas e inapropiadas?, ¿Cómo reaccionan los demás cuando te conduces de una forma socialmente inaceptable?, ¿Qué aprendiste hoy que se puedas tratar de hacer antes de la próxima sesión?
4. Evaluación de la sesión		5 min.	Hojas impresas para evaluar la sesión	Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión con las preguntas impresas en una hoja.
5. Tarea para casa (Essau & Ollendick, 2013)		3 min.	Hoja impresa con la tarea "ayudando a alguien"	Se explicará a los niños que su tarea será ayudar a alguien y para ello se les dará una hoja impresa en la que reporten que fue lo que hicieron para ayudar a alguien y a quién o quiénes ayudaron, también reportarán qué emociones experimentaron y con apoyo de un termómetro qué tanto sintieron esa emoción, antes de brindar ayuda y después.

---

## ¿Cómo hacer amigos?

---

### Sesión: 9

---

Objetivo: Desarrollar habilidades de escucha activa, comunicación efectiva y conducta asertiva.

---

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludo e introducción	Exposición	10 min		Las psicólogas saludarán a los niños y comentarán con ellos brevemente acerca de cómo se sintieron haciendo algo para ayudar a otros.
2. Objetivo	Lluvia de ideas	3 min		Se les explicará que en esta sesión vamos a practicar algunas habilidades que nos ayudarán a llevarnos bien con otros.
3. Actividad grupal (Lowenstein, 2002)	Juego de roles	30 min	Cartulina con título, sobres con actividades que realizarán los niños, pequeños premios de dulces.	Las psicólogas pegarán una cartulina con el título "El juego de llevarse bien con otros"; ésta contendrá sobres pegados con una actividad escrita dentro de cada uno, algunos sobres tendrán la palabra ¡premio! Posteriormente, explicarán a los niños que cada uno tomará turnos para elegir uno de los sobres, lo abrirán, leerán en voz alta la actividad y la realizarán. Si un niño elige una carta de premio, tendrá derecho a recibir un premio. El juego continuará hasta que todos los sobres se hayan abierto. Todos los niños que participen activamente compartirán su premio al final del juego.
	Grupo de discusión			Al finalizar el rol playing, las psicólogas facilitarán la discusión, comentando con ellos que con el juego aprendimos habilidades de: saludos, comenzar una conversación, establecer contacto visual, escuchar, ser asertivo, compromiso con los otros y cómo tratar con las burlas; se les preguntará a los niños ¿cómo creen que podrían aplicar lo que aprendieron en la sesión en situaciones fuera del taller?
4. Evaluación de la sesión		5 min.	Hojas impresas para evaluar la sesión	Finalmente los niños evaluarán su trabajo y la sesión con las preguntas impresas en una hoja.
5. Tarea para casa (Essau & Ollendick, 2013)		3 min.	Hoja impresa con la tarea "haciendo un nuevo amigo"	Se explicará a los niños que su tarea será hablar con alguien de su escuela o casa a quien nunca le hayan hablado y escribir en la hoja impresa a quién le hablaron y qué habilidades usaron para poder hablarle a esa persona o niño; también reportarán qué tan nerviosos se sintieron antes y después de hacerlo, esto con ayuda del termómetro de las emociones.

---

## Cierre y postratamiento

### Sesión: 10

Objetivo: Evaluar las características psicológicas de los niños y cerrar el taller

Actividades	Dinámica	Tiempo	Materiales	Procedimiento
1. Saludar y presentarse con los niños	Exposición	7 min.		Las psicólogas saludarán a los niños, se presentarán y comentarán con ellos brevemente sobre su tarea "haciendo un nuevo amigo".
2. Aplicación de pruebas		30 min.	Cuestionario de Problemas internalizados	Se les explicará a los niños que esta será nuestra última sesión y que van a responder unos cuestionarios.
			y externalizados para escolares	Se entregarán a los niños uno por uno los instrumentos de evaluación y se leerán en voz alta las instrucciones de cada uno.
			Escala Infantil de Afrontamiento	Se monitoreará el desempeño de los niños en cada uno de los instrumentos a fin de que los respondan de manera correcta. Las psicólogas revisarán que los instrumentos se hayan respondido correctamente, que no haya reactivos sin responder o con más de una respuesta.
3. Cierre del taller		7 min.	Cartulina con el esquema general del taller	Las psicólogas comentarán con los niños cuáles fueron las habilidades que aprendimos durante las pasadas 8 sesiones y con apoyo de una cartulina en donde se encuentre el esquema general del taller comentarán con ellos a manera de resumen cómo les ayudarán estas habilidades en su vida diaria, y la importancia de que las practiquen para que se sientan bien.
5. Evaluación del taller		5 min.		Los niños evaluarán cualitativamente el taller ¿Qué aprendí en este taller?, ¿Cómo puedo aplicar en mi vida lo que aprendí?, ¿Cómo me ayuda esto que hoy aprendí?, ¿Del 1 al 10 cuánto me gustó el taller?, ¿Qué le cambiaría?. ¿Qué sesión me gustó más? ¿por qué? y ¿Qué sesión me gustó menos?, ¿por qué?. Escribe lo que tú quieras (Apéndice H)
6. Dar las gracias a los niños y despedirse		5 min.		Finalmente se entregará a los niños un certificado de asistencia y un pequeño detalle como agradecimiento por haber participado en el taller.

## Apéndice G

Evaluación de la Sesión.

## Evaluación de la Sesión

Nombre: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_

No. de sesión: \_\_\_\_\_

Por favor responde las siguientes preguntas con mucha sinceridad.

1. ¿Qué aprendí hoy?

---

---

2. ¿Cómo me ayuda lo que aprendí?

---

---

3. ¿Cómo puedo aplicar en mi vida lo que aprendí?

---

---

4. Del 1 al 10 ¿Cuánto me gustó la sesión?

---

5. ¿Qué le cambiaría?

---

---

Gracias 😊

## Apéndice H

Evaluación final del taller.

## Evaluación final del taller

Nombre: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué aprendí en este taller? (escribe todo lo que hayas aprendido)

---

---

---

2. ¿Cómo me ayuda en mi vida esto que aprendí?

---

---

3. Ponle un tache al número que indique cuánto te gustó el taller

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

4. ¿Le cambiaría algo al taller?

Si      NO

5. ¿Qué le cambiaría?

---

---

6. ¿Qué sesión me gustó más?

---

---

7. ¿Por qué?

---

---

8. ¿Qué sesión me gustó menos?

---

---

9. ¿Por qué?

---

---

Gracias 😊