

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIERREZ”

“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA LÚDICA CON ENFOQUE
CONGNITIVO CONDUCTUAL, PARA MODIFICAR LA CONDUCTA AGRESIVA
HOSTIL EN ALUMNOS DE PRE PRIMARIA DEL COLEGIO MI VILLA ALEGRE”

SAIDA ELIZET MAZARIEGOS

DIANA RODRIGUEZ GODÍNEZ

GUATEMALA, MARZO DE 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA LÚDICA CON ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL, PARA MODIFICAR LA CONDUCTA AGRESIVA
HOSTIL EN ALUMNOS DE PRE PRIMARIA DEL COLEGIO MI VILLA ALEGRE”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO**

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

SAIDA ELIZET MAZARIEGOS

DIANA RODRIGUEZ GODÍNEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

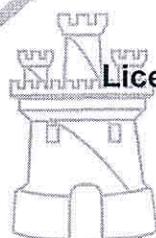
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

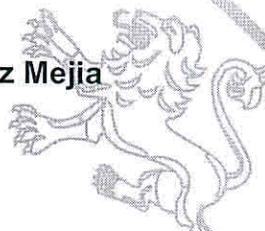
GUATEMALA, MARZO DE 2014

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



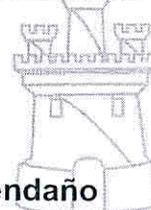
Licenciado Abraham Cortez Mejía

Director



Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

Secretario a.i.



Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

Representantes de los Profesores

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Cordón Osorio

Representantes Estudiantiles

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

Representantes de Egresados

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 178-2011
CODIPs. 825-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

18 de marzo de 2014

Estudiantes
Saida Elizet Mazariegos
Diana Rodriguez Godínez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO PRIMERO (21º.) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL CATORCE (12-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de marzo de 2014, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA LÚDICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL, PARA MODIFICAR LA CONDUCTA AGRESIVA HOSTIL EN ALUMNOS DE PRE PRIMARIA DEL COLEGIO MI VILLA ALEGRE”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

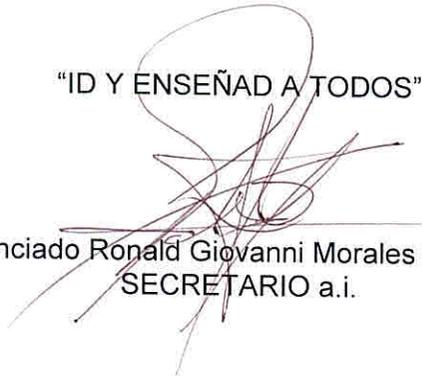
Saida Elizet Mazariegos
Diana Rodriguez Godínez

CARNÉ No. 2003-17047
CARNÉ No. 2004-16333

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rina Marisol Guerra Morán, y revisado por el Licenciado José Herbert Bolaños. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

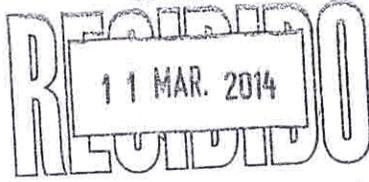
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
SECRETARIO a.i.

/gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
SECRETARÍA DE ESCUELA
CUMUSAS



CIEPs 057-2014
REG: 178-2011
REG: 178-2011

Firma: _____ Hora: _____ Documento: INFORME FINAL

Guatemala, 05 de marzo 2014

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado José Herbert Bolaños ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA LÚDICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL, PARA MODIFICAR LA CONDUCTA AGRESIVA HOSTIL EN ALUMNOS DE PRE PRIMARIA DEL COLEGIO MI VILLA ALEGRE.”

ESTUDIANTE:

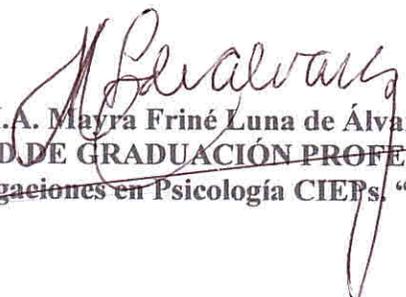
Saida Elizet Mazariegos
Diana Rodriguez Godínez

CARNE No
2003-17047
2004-16333

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 21 de febrero del año en curso, y se recibieron documentos originales completos el 05 de marzo, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs, “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 058-2014
REG 178-2011
REG 178-2011

Guatemala, 05 de marzo 2014

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Unidad de Graduación Profesional
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA LÚDICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL, PARA MODIFICAR LA CONDUCTA AGRESIVA HOSTIL EN ALUMNOS DE PRE PRIMARIA DEL COLEGIO MI VILLA ALEGRE.”

ESTUDIANTE:
Saida Elizet Mazariegos
Diana Rodriguez Godínez

CARNÉ No.
2003-17047
2004-16333

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 11 de octubre 2013, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado José Herbert Bolaños
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala octubre 1 de 2013.

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGÍA –CIEP’S-“MAYRA GUTIERREZ”
CUM

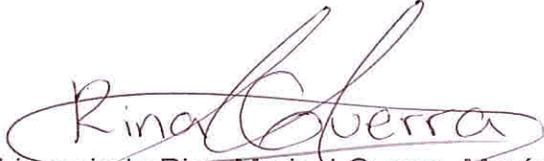
Estimada Licenciada Luna:

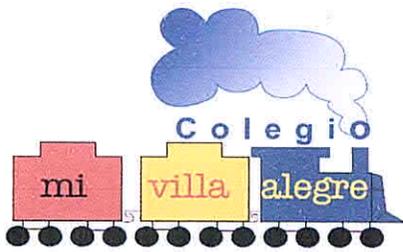
De manera muy atenta me dirijo a usted, informándole que he tenido bajo mi cargo la asesoría del contenido del informe final de investigación titulado: “APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA LÚDICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL, PARA MODIFICAR LA CONDUCTA AGRESIVA HOSTIL EN ALUMNOS DE PRE PRIMARIA DEL COLEGIO MI VILLA ALEGRE” realizado por las estudiantes **Saida Elizet Mazariegos carné 200317047 y Diana Rodriguez Godínez carné 200416333.**

El informe fue realizado a partir del mes de febrero hasta la fecha.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigación en psicología con lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito proceder con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, Atentamente,


Licenciada Rina Marisol Guerra Morán
Psicóloga
Colegiado No. 2617
Asesora



Nivel

Preprimario
Primario
Básicos

Guatemala, julio 2013

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología CIEP'S
Ciudad

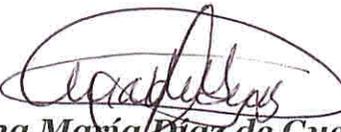
Respetable Licenciada Luna:

La Infrascrita Directora del Colegio Mi Villa Alegre Nivel Preprimaria, por este medio hace constar que: **Saida Mazariegos** con Carné No. **200317047** y **Diana Rodríguez** con Carné No. **200416333**, estudiantes de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizaron su proyecto de tesis en nuestras instalaciones, durante los meses de mayo, junio y julio del presente ciclo.

Así mismo hacemos de su conocimiento que el proyecto consistió en la aplicación de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual para modificar la conducta agresiva hostil en los alumnos de preprimaria del Colegio Mi Villa Alegre.

Y para los usos que a las interesadas convenga, se extiende la presente en la ciudad de Guatemala a diecisiete días del mes de julio del año dos mil trece.

Atentamente,


Ana María Díaz de Guerra
Directora Nivel Preprimaria



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR SAIDA ELIZET MAZARIEGOS

CARLOS ROBERTO MEDINA MAZARIEGOS

LICENCIADO EN ESTOMATOLOGÍA

COLEGIADO NO. 3007

POR DIANA RODRIGUEZ GODÍNEZ

BEATRIZ GODÍNEZ CARRILLO

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO NO. 3050

CARLOS RODRIGUEZ SOLÍS

LICENCIADO EN ARTES VISUALES

COLEGIADO NO. 17052

Saida Elizet Mazariegos

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MI MADRE: Lucrecia Mazariegos, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A MI ESPOSO: Willy David Yanes por el apoyo incondicional perfectamente mantenido a través del tiempo y por ayudarme en este proyecto; te amo.

A MIS HERMANAS: Nivia, Adriana y Jazmín por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A MIS HIJOS: Diego David y Pablo David, para que vean en mí un ejemplo a seguir.

A MI COMPAÑERA DE TESIS: Diana Rodríguez por su perseverancia y apoyo mutuo en este proyecto.

A MIS FAMILIARES: Tíos, tías, primos y primas que de alguna manera han sido mi aliciente para seguir adelante.

Diana Rodriguez Godínez

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por bendecir tanto mi vida, y darme la oportunidad de llegar hasta aquí.

A MIS PAPÁS Y PADRINOS: Carlos Rodríguez y Beatriz Godínez, por su amor y apoyo incondicional, valorando todos sus consejos y sacrificios esperando que este triunfo, sea una recompensa a su gran esfuerzo.

A MI ESPOSO: Jeovanny Franco, por tu paciencia, amor y apoyo, por sacar lo mejor de mí y enseñarme a luchar por mis sueños. Por compartir tu vida conmigo y el mayor tesoro, TAI.

A MIS HIJOS: Diego Javier y David, por ser un destello de luz en mi vida, por darme nuevas esperanzas y una motivación más fuerte por seguir adelante cada día. Son mi universo, los amo.

A MIS HERMANAS: Dafne, Danae y Dionne por el cariño y colaboración durante este proceso, esperando no ser su ejemplo, para que alcancen el doble de éxito.

A MIS ABUELOS: Carlota Carrillo (QEPD) y Manuel Godínez por sus cuidados, cariño, apoyo y consejos.

A MIS AMIGAS: Por todo el cariño y el apoyo en especial a Mónica Galicia, Vivian Mejía y Evelyn Orozco para que siempre sigamos compartiendo el camino de la sabiduría y la amistad, las quiero mucho. Y de quienes no hago mención, pero he tenido la oportunidad de conocer y han sido personas maravillosas.

Saida Elizet Mazariegos
Diana Rodriguez Godínez

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Escuela de Ciencias Psicológicas por contribuir en nuestra formación profesional.

A nuestra asesora Licenciada Rina Guerra por su apoyo y valiosa colaboración.

A nuestro revisor Licenciado Herbert Bolaños por su tiempo y colaboración.

Al Colegio Mi Villa Alegre, personal docente y administrativo, por permitirnos realizar nuestra investigación y colaborar enormemente en nuestro quehacer psicológico.

Y demás personas que estuvieron implicadas en la realización de esta investigación.

Índice

	Pág.
Resumen	
Presentación	4
Capítulo I	
Introducción	6
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Revisión de antecedentes	8
1.3 Fundamentación teórica	9
1.3.1 Terapia lúdica	
1.3.2 Terapia cognitivo conductual	
1.3.3 Terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual	
1.3.4 La conducta	
1.3.5 La agresividad	
1.4 Hipótesis	17
1.5 Variables	17
Capítulo II	
Técnicas e Instrumentos	20
2.1 Técnicas	20
2.1.2 Selección de la muestra	
2.1.3 Cuestionarios	
2.1.4 Entrevistas	
2.1.5 Técnicas psicoterapéuticas	
2.2 Instrumentos	22
2.2.1 Observación	
2.2.2 Anamnesis	
2.2.3 Cuestionarios	
2.2.4 Fichas de registro de conducta	
2.3 Técnicas de Análisis	23
Capítulo III	
Presentación, análisis e interpretación de resultados	24
3.1 Características del lugar y de los beneficiarios	24
3.1.2 Características del lugar	
3.1.3 Características de los beneficiarios	
3.2 Ejecución de la aplicación del programa	26
Análisis global	47
Capítulo IV	
Conclusiones y recomendaciones	50
4.1 Conclusiones	
4.2 Recomendaciones	
Bibliografía	52
Anexos	53

Resumen

“Aplicación de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, para modificar la conducta agresiva hostil en alumnos de pre primaria, del Colegio Mi Villa Alegre”

El presente informe contiene el diseño y el análisis de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, el cual tuvo como objetivo general evaluar la efectividad del programa aplicado para disminuir la agresividad hostil en las relaciones interpersonales de los alumnos participantes. Los objetivos específicos fueron identificar los niveles de conducta agresiva hostil antes del programa, la aplicación del programa de terapia lúdica y la verificación de los cambios deseados y no deseados que se lograron y los cambios esperados que no se lograron.

Ya que la conducta agresiva hostil infantil, es una de las principales preocupaciones de padres de familia y docentes, debido a que se presenta con frecuencia y a menudo se enfrenta con niñas y niños agresivos, manipuladores y rebeldes. Sin embargo consideramos necesaria la intervención de profesionales, por ello empleamos una metodología terapéutica con una perspectiva integradora para crear un ambiente que proporcionara una sana convivencia.

Las preguntas que se plantearon durante esta investigación fueron: ¿Cuáles fueron los niveles de conducta agresiva hostil y la frecuencia con la que la manifestaban los niños antes del programa?, ¿Cuáles fueron las variables que se incluyeron en el programa, de acuerdo a los niveles y frecuencia de la conducta manifestada?, ¿Cuáles fueron los cambios de conducta evidentes luego de la aplicación del programa?

Las variables e indicadores que se emplearon durante la investigación fueron: La participación en un programa de terapia lúdica con enfoque con enfoque cognitivo conductual. Asistencia y evolución durante el programa. Los niveles de la conducta agresiva hostil. Conductas agresivas hostiles observadas dentro del salón de clase.

Durante la primera fase del programa se indagó los niveles de conducta agresiva hostil que presentaba la muestra seleccionada, a través de observación cuestionarios, entrevistas y fichas de registro.

El programa tuvo como beneficiarios directos a niños y niñas de 3 a 6 años de edad, de preprimaria del Colegio Mi Villa Alegre, quienes manifestaban altos niveles de conducta agresiva hostil dentro del salón de clases, quienes fueron referidos por las maestras de grado, así mismo fueron beneficiarios los padres de familia y docentes.

Durante las siguientes fases del programa se aplicó la Terapia Lúdica con Enfoque Cognitivo Conductual. Las actividades lúdicas que se utilizaron fueron seleccionadas y adaptadas de acuerdo a las necesidades e intereses de los niños y de las niñas.

Luego de la realización del programa, se pudo verificar a través de un retest, los cambios deseados hubo disminución de la conducta agresiva en varios de los niños, los que pegaban dejaron de hacerlo, hubo menos notas de mala conducta y en algunos casos que no se dieron cambios en la conducta agresiva del niño.

Presentación

La agresividad hostil es un comportamiento que probablemente originará problemas en el futuro, y se plasmará en forma de fracaso escolar, falta de capacidad de socialización y dificultades de adaptación.

La terapia lúdica se utiliza para ayudar a los niños a expresar lo que les incomoda, como una forma de comunicación más ligada al mundo de los niños, de esta forma ellos dan a conocer sus pensamientos y sentimientos. En la terapia lúdica los juguetes son las palabras del niño, y el juego su lenguaje, con la aplicación de dicha terapia podremos resolver los conflictos internos del niño y desarrollar relaciones más sanas.

El presente informe contiene fundamentalmente el diseño y el análisis de los resultados de un programa de terapia lúdica el cual tuvo como objetivo evaluar su efectividad para la modificación de la conducta agresiva hostil, en alumnos de pre primaria del Colegio Mi Villa Alegre, que fueron referidos por las maestra de grado; aplicando un enfoque cognitivo conductual con el cual se dotó al niño y a la niña de habilidades para el afrontamiento de diversas situaciones problemáticas, así como adquirir destrezas en la solución de problemas, en las relaciones con adultos, maestros y compañeros, desarrollar el sentido de independencia, el autocontrol y la tolerancia a la frustración.

Consta de cuatro capítulos. El Capítulo I contiene el planteamiento del problema que originó la necesidad del diseño y la ejecución del programa, la fundamentación teórica de éste, la hipótesis y las variables que se utilizaron. El Capítulo II contiene las técnicas e instrumentos usados. El Capítulo III la presentación, análisis e interpretación de los resultados de la aplicación del programa. El Capítulo IV las conclusiones y recomendaciones.

Durante la primera fase del programa se indagó, por medio de observaciones y entrevistas a docentes y padres de familia, las conductas que manifestaban los niños y las niñas referidos. En la siguiente fase del programa se dedicó a aplicar la terapia lúdica. Los juegos utilizados dentro del programa fueron seleccionados y adaptados de acuerdo con las necesidades de cada niño, tomando en cuentas sus intereses y las dificultades, obstáculos y esfuerzo que ellos requerían para realizarlos. En la fase final se realizó un retest para verificar las conductas después del programa, a través de observaciones y entrevistas a docentes y padres de familia

Con este programa se logró disminuir los niveles de agresividad hostil y mejorar las relaciones interpersonales de los niños y niñas. Fue de beneficio para los padres de familia y docentes ya que se mejoró el desenvolvimiento general de los niños y niñas, creándose así ambientes familiares y escolares más sanos.

Concluyendo que la aplicación del programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, fue efectivo y se alcanzaron los objetivos deseados dentro de esta investigación.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta agresiva hostil infantil, es una de las principales preocupaciones de padres de familia y docentes, ya que se presenta con mucha frecuencia, a menudo los niños y niñas presentan actitudes agresivas, manipuladoras y rebeldes. Es importante tener en cuenta que la conducta agresiva hostil de un niño o niña, es un comportamiento aprendido y como tal se puede modificar, la intervención de los padres y los docentes es muy importante.

Sin embargo, para intervenir integralmente en la modificación de la conducta de los niños y niñas, es necesaria la mediación de profesionales, por ello se empleó una metodología terapéutica con una perspectiva integradora. La aplicación de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, en los alumnos de pre primaria del Colegio Mi Villa Alegre, en donde la mayoría de los conflictos terminaban en forma agresiva hostil, provocando un ambiente que limitaba una sana convivencia, afectando así a nivel general el desenvolvimiento de los mismos.

La terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, incluye un gran número de métodos de tratamiento, todos ellos con los beneficios terapéuticos del juego, ayudando a tratar y resolver sus propios problemas. Los niños aprenden a comunicarse con los demás, a expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros.

A menudo, cuando los niños han agotado sus propios métodos de resolución de problemas, se comportan mal en casa, con sus amigos y en la escuela. Son agresivos, pelean, empujan, muerden o arañan.

Más aún, la terapia lúdica es utilizada para ayudar al niño a lidiar con emociones difíciles y encontrar soluciones a sus problemas y reaccionar de una forma apropiada de responder ante sus sentimientos de enojo.

Al enfrentar los problemas en el ambiente de la terapia lúdica, los niños encuentran soluciones más saludables, les permite cambiar la forma en la que piensan, sienten y resuelven sus preocupaciones. Incluso los problemas más perturbadores pueden ser confrontados en la terapia lúdica, y soluciones duraderas pueden ser encontradas, ensayadas, perfeccionadas y adaptadas a estrategias que duren la vida entera.

Las preguntas que se plantearon durante esta investigación fueron:

¿Cuáles fueron los niveles de conducta agresiva hostil y la frecuencia con la que la manifestaban los niños antes del programa?

¿Cuáles fueron las variables que se incluyeron en el programa, de acuerdo a los niveles y frecuencia de la conducta manifestada?

¿Cuáles fueron los cambios de conducta evidentes luego de la aplicación del programa?

Luego de la realización del programa, esta investigación demostró la efectividad de un modelo lúdico con enfoque cognitivo conductual, como uno de los medios para modificar la conducta agresiva hostil en los niños y niñas. Ya que es a través del juego que ellos expresan sentimientos y descubren comportamientos que les permiten enfrentar de forma más adecuada situaciones o hechos reales y por consiguiente modificar su conducta.

Se considera que la aplicación del Programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual fue de gran beneficio porque mejoró la conducta agresiva hostil en los niños y niñas de preprimaria del Colegio Mi Villa Alegre.

1.2 REVISIÓN DE ANTECEDENTES

Al inicio de la investigación se realizó una búsqueda en el tesario de la biblioteca de la Escuela de Ciencias Psicológicas, para verificar si existían trabajos realizados previamente relacionados con el tema de nuestro interés.

Se encontraron tres tesis las cuales se relacionan con nuestro tema: “Aplicación de la terapia lúdica como una alternativa en niños con maltrato infantil en el servicio de pediatría del hospital: así como la detección del mismo en la población infantil de nivel primario urbano del municipio de Amatitlán” elaborada por Mayra Julieta Chavarría Martínez, en 1997.

“Disminución de síntomas depresivos que conllevan a la mejoría física alcanzada a través de la terapia lúdica en niños diagnosticado con enfermedad terminal, hospitalizados en los servicios de hematología y nefrología del hospital General San Juan de Dios” elaborado por Carol Patricia Gutiérrez de León, en 2005.

“Disminución de los niveles de ansiedad en pacientes de pediatría en proceso de intervención quirúrgica de luxación congénita de cadera a través de un programa de terapia lúdica” elaborada por Vivian Cristina Beatriz Mejía Torres, en 2010.

Sin embargo la población con la cual pretendíamos realizar nuestro trabajo de campo no era similar, por lo que proseguimos a realizar el planteamiento de nuestro objeto de estudio con el tema “Aplicación de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, para modificar la conducta agresiva hostil en alumnos de pre primaria del Colegio Mi Villa Alegre”.

Luego de la aprobación del planteamiento de estudio, se realizaron las investigaciones correspondientes, el trabajo de campo, recolección de datos, aplicación del programa, verificación de resultados y la elaboración del presente informe.

1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.3.1 Terapia Lúdica

La terapia lúdica es un abordaje estructurado basado en la teoría que se construye sobre los procesos comunicativos y de aprendizaje normales de los niños. En la terapia lúdica los juguetes son las palabras del niño, y el juego su lenguaje. A través del juego, el terapeuta puede ayudar al niño a atender sus carencias emocionales y sociales al aprender comportamientos adaptativos. La relación positiva que tiene lugar entre el terapeuta y la terapeuta y el niño y la niña durante las sesiones de terapia lúdica le ofrece a este último una experiencia emocional correctiva necesaria para la mejoría. La terapia lúdica también puede ser utilizada para promover el desarrollo cognitivo y ofrecer una visión y resolución de conflictos internos o pensamientos disfuncionales del niño y la niña (Schaefer y O'Connor 2005).

Desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de métodos de atención, todos ellos aplicando los beneficios terapéuticos del juego. La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño y la niña a tratar y resolver sus propios problemas y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea (Axline, 2003). A través de la terapia lúdica, los niños y niñas aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo.

Los niños y niñas son derivados a la terapia lúdica para resolver sus problemas (Schaefer, 1997). A menudo, cuando los niños han agotado sus propios métodos de resolución de problemas, se comportan mal en casa, con sus amigos y en la escuela. La terapia lúdica les permite a los profesionales del área de salud mental especializados en terapia lúdica evaluar y entender el juego del niño. Más aún, la terapia lúdica es utilizada para ayudar al niño y niña a lidiar con emociones difíciles y encontrar soluciones a sus problemas (Schaefer, 2005). Al enfrentar los

problemas en el ambiente de la terapia lúdica clínica, los niños encuentran soluciones más saludables. La terapia lúdica les permite cambiar la forma en la que piensan, sienten y resuelven sus preocupaciones. Incluso los problemas más perturbadores pueden ser confrontados en la terapia lúdica, y soluciones duraderas pueden ser encontradas, ensayadas, perfeccionadas y adaptadas a estrategias que duren la vida entera.

1.3.2 Terapia Cognitivo Conductual

Sobre los orígenes más remotos de la terapia provienen de la filosofía estoica (350^a.C al180 d. C) y de las religiones orientales budistas y taoísta. La filosofía estoica fundada por el griego Zenón considerada indispensable de la ciencia para dirigir la vida del ser humano a través del ejercicio de la virtud, que era el bien supremo, pues la práctica llevaba a la felicidad pero para alcanzar esta meta debían gobernarse los estados emocionales extremos, como las pasiones a través del autodomínio. Ya en el siglo XX dos importantes psicólogos clínicos Adler y Kelly la continúan en la tradición cognitiva.

Es Alfred Adler quien verdaderamente crea un método de terapia cognitiva estructurada (aunque no exactamente igual a la terapia actual). Kelly generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal, su idea central era que las personas miran al mundo y a ellos mismos a través de pautas o categorías cognitivas, los llamados “Constructos Personales”, estos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y construir la experiencia del sujeto. Arnold Lazarus crea la terapia cognitiva conductual llamada Terapia Multimodal que consistía en la utilización de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de los casos. Pero según las investigaciones llevadas a cabo por el doctor Aaron Beck fundador de la terapia cognitiva conductual los pensamientos negativos inapropiados o distorsiones cognitivas pueden conducir a reacciones conductuales inadecuadas las cuales se pueden modificar. De esta forma el enfoque cognitivo – conductual se dirige a la exploración del inconsciente de los esquemas de pensamiento automático y como estos esquemas afectan a su propia imagen, su entorno y el futuro del paciente.

Freud había dicho que lo que sentimos influye en lo que pensamos mientras que Beck postulaba que lo que pensamos influye en lo que sentimos. El método conductual supone hacer tareas en casa. El terapeuta y la terapeuta le piden al paciente que lleve un registro escrito de lo que piensa y cómo reacciona frente a determinadas circunstancias. Posteriormente podrá escribir sus conductas distorsionadas en un lenguaje más positivo y realista. La característica más importante de la terapia cognitiva es que visualiza los trastornos por medio de la conceptualización cognitiva, para poder conocer qué técnica es más efectiva para cada paciente.

La evolución de la terapia cognitiva ha sido evidente porque en la búsqueda de una terapia para la depresión, el Dr. Beck se dio cuenta que esta terapia no es exclusiva para el tratamiento de depresión sino que puede ser aplicada en trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación y adicciones, así como también en la esquizofrenia en un tratamiento combinado con Psiquiatría y no digamos para modificar conductas en el tratamiento de una afección física.

1.3.2.3 Principios de la Terapia Cognitivo Conductual

Se focaliza en el comportamiento y el pensamiento a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis. Se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindar al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente. Se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; está puesto más en el "Qué tengo que hacer para cambiar" que en el "Por qué". Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede pero en niños son más eficaces las tareas para la casa.

Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades.

Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos, desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

Está centrada en los síntomas y su resolución o reducción de los mismos: El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. En lugar de promover, se define los objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia a donde apunta la terapia.

Rechaza el principio de sustitución de síntomas. La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma, como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología. La meta es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de ansiedad, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen.

Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea.

Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al auto cuestionamiento.

Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato "único" para las diversas consultas.

Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. (Harper, 1996).

1.3. Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

A. Técnicas Conductuales

- Control y Agenda de las actividades
- Tareas asignadas en forma gradual
- Experimentos conductuales para poner a prueba las creencias y pensamientos
- Jerarquía de estímulos y exposición
- La Relajación

B. Técnicas Cognitivas

- Reestructura los pensamientos y creencias disfuncionales (a través del empirismo colaborativo)
- Identifica las creencias centrales
- Usa el descubrimiento guiado para encontrar los significados
- Utiliza para identificar los pensamientos automáticos e imágenes el recuerdo, el cambio en las emociones y el afecto role playing, imaginación inducida etc.

C. Técnicas de Resolución de Problemas

- Rompe los problemas mayores en unidades manejables
- Identifica los pensamientos y creencias en la resolución de problemas

1.3.2. Etapas del Modelo Cognitivo Conductual

- ✓ La percepción individual está bajo la influencia de creencias subyacentes.
- ✓ Los pensamientos automáticos no influyen solo la respuesta emocional, sino también las conductuales y fisiológicas.
- ✓ La percepción individual de una situación lleva pensamientos automáticos que tienen influencias en las emociones. (See King Emilio. 2002.)

1.3.3 Terapia Lúdica con Enfoque Cognitivo Conductual

Mediante el juego los seres humanos desarrollan habilidades motrices, cognitivas y sociales, como conducta resulta entretenida, recreativa y lúdica y en el trasfondo psicológico, terapéutica.

La terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual, puede utilizarse como un medio para romper la resistencia y como recurso de conductas interpersonales específicas. Dentro de este contexto lúdico los terapeutas son vistos por los niños

y las niñas como compañeros, en quienes pueden confiar ganándose así la confianza y rompiendo las resistencias que puedan existir.

Cuando se busca cambiar conductas específicas, pueden emplearse recursos lúdicos que impliquen incentivos como reforzadores.

Proporciona un método potencialmente poderoso para que los niños aprendan a cambiar su propia conducta y se vuelvan participantes activos en el tratamiento. Integra al niño al tratamiento por medio del juego, se enfoca sobre los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente del niño, proporciona una estrategia para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativas. Es estructurada directiva y se orienta en consecución de objetivos, incorpora técnicas demostradas de modo empírico permitiendo así un análisis empírico del tratamiento.

Comparte algunas similitudes con intervenciones de juego tradicionales, como comunicación, ya que se proporciona una comprensión de los pensamientos sentimientos y visión del mundo por parte de este.

La terapia es un lugar seguro, ya que se le proporciona seguridad y protección.

La dirección y los objetivos no vienen del terapeuta, en el material y en las actividades del juego el terapeuta es un observador participante y no sugiere ninguna actividad. La educación no es el objetivo de la terapia. La interpretación aparece como la última herramienta. El elogio no es considerado apropiado. (O'Connor, 1997)

1.3.4 La Conducta

Es un conjunto de actos de un hombre o un animal, exteriores y visibles para su observador. La conducta de un hombre revela, más que sus palabras, sus verdaderos pensamientos, sus propósitos y sus ideales. Es definida desde su niñez, ya que es tomada de todo el medio que lo rodea.

Es un sistema dialéctico y significativo en permanente interacción intersistémica e intrasistémica, y normalmente, involucra una modificación mutua entre el individuo y su entorno social, así como una modificación de su mundo interno. Desde la psiquiatría, la conducta puede ser normal o patológica, y tanto en uno como en otro caso se manifiesta en las tres áreas del cuerpo, la mente y el mundo externo.

1.3.5 La Agresividad

La agresión se define como el comportamiento que intenta hacer daño u ofender a alguien, ya sea mediante insultos o comentarios hirientes o bien físicamente, a través de golpes, violaciones, lesiones, etc. La palabra clave para definir la agresión es, la intención de dañar y es además la que la diferencia de otros tipos de violencia, y que se define como la coerción física o psíquica ejercida sobre una persona para obligarla a hacer un determinado acto en contra de su voluntad. Comportamiento socialmente definido como afrentoso o destructivo. Existen dos tipos de agresión: la instrumental y la hostil. Se diferencia la agresión hostil, que tiene como propósito infligir deliberadamente un daño o sufrimiento a otra persona, de la agresión instrumental, que persigue otro objetivo que el del padecimiento de la víctima. (Clarizio, Harvey F. 2000)

1.3.5. Agresividad Instrumental

Está privada de emoción. Predomina el cálculo. El objetivo no es causar daño, es un medio para otros objetivos. Ejemplos: autodefensa búsqueda de poder social coercitivo sobre las personas. (Clarizio, Harvey F. 2000)

1.3.5. Agresividad Hostil

Es llamada también emocional, es la agresión o el daño que se infringe sin más razón que la de provocar daño, generalmente en respuesta a una previa agresión recibida. Podría ser sinónimo de venganza. Va acompañada por un fuerte estado emocional negativo de cólera como reacción a alguna provocación previa. Persigue como objetivo principal el causar daño. (Clarizio, Harvey F. 2000).

1.4 HIPÓTESIS

La Aplicación de un Programa de Terapia Lúdica, con enfoque cognitivo conductual, modifica la Conducta Agresiva Hostil en Alumnos de Pre Primaria del Colegio Mi Villa Alegre

1.5 VARIABLES E INDICADORES

	Variable	Definición Operativa	Indicador	Instrumento
Independiente	Participación en un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual.	Modelo terapéutico, basado en el juego como lenguaje y técnica de estimulación de procesos de aprendizaje y desarrollo en el niño. Utiliza el juego debido a que es éste su medio de expresión por excelencia y su forma de	Asistencia y evolución durante el programa	Carné de Asistencia Evaluación de evoluciones por medio de hoja de evolución, diario de campo y retest a los docentes sobre la conducta de los niños y las niñas

		vinculación con el mundo exterior.		
Dependiente	Nivel de la conducta agresiva hostil.	Acciones que muestran una directa intención ofensiva contra algún integrante de la comunidad escolar.	<p>Conductas observadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelea con otros física o verbalmente • Patea • Muerde • Aruñara • Empuja • Pega • Pellizca • Destruye juguetes, útiles escolares o pertenencias de otros • Autoagresión • Amenaza • Usa vocabulario indebido para su edad • Grita • Se burla de 	Ficha de registro de conducta del estudiante por medio de lista de cotejo y cuestionario para docentes y padres de familia

			otros • Sus reacciones emocionales son explosivas	
--	--	--	--	--

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

a. Selección de la muestra: Estuvo conformada por 24 alumnos de 3 a 6 años, de pre primaria del Colegio Mi Villa Alegre, que presentaron conductas agresivas hostiles dentro del salón de clase que fueron referidos por la maestra de grado.

b. Recolección de datos: Para llevar a cabo la investigación se utilizaron:

b.1 Observación: La cual se realizó mediante una ficha de registro de conducta con 8 ítems que se utilizó para evidenciar la conducta agresiva en los niños y niñas referidos. La observación se realizó tres veces, una al inicio del programa, la cual duro alrededor de 20 a 25 minutos y se logró evidenciar las conductas que las maestras y padres refirieron. Otra observación se realizó durante las sesiones terapéuticas grupales e individuales en donde el niño y la niña mostraban su comportamiento sin límites ni reglas estrictas lo cual hizo que las conductas fueran observadas como tal. La última observación se realizó al finalizar el programa.

b.2 Cuestionario: El cuestionario fue aplicado a los docentes y padres de familia, al inicio y al final del programa, con el objetivo de recolectar la información necesaria para enriquecer el proceso terapéutico, contiene 20 ítems. Los docentes fueron colaboradores y apoyaron cada fase del programa ya que estaban interesados en el bienestar de los niños y niñas. En cuanto a los padres en su mayoría fueron muy colaboradores asistieron a las citas sin falta y mostraron interés por las actividades realizadas durante el programa. Hubieron algunos otros, a los cuales tuvo que hacérseles varias veces la invitación a las citas y concientizarlos de la importancia del bienestar de sus hijos.

b.3 Entrevista: La entrevista se realizó a docentes y padres de familia. Al inicio del programa en la entrevista a los docentes se utilizó como guía el cuestionario a docentes y la ficha de registro de conducta. Con los padres de familia se utilizó como guía la anamnesis. Al finalizar el programa la entrevista a

Sesión 1	Entrevista a docentes
Sesión 2	Entrevista a padres de familia
Sesión 3	Relación terapéutica con el niño
Sesión 4	Situación Actual
Sesión 5	Seguimiento de Instrucciones
Sesión 6	Límites
Sesión 7	Disciplina
Sesión 8	Control de impulsos
Sesión 9	Relajación
Sesión 10	Entrevista con docentes y padres
Sesión 11	Reevaluación
Sesión 12	Sesión familiar

c.2. Técnicas terapéuticas

Conductuales: Juegos no directivos y actividades programadas dentro del plan de tratamiento.

Cognitivas: Auto registros de resultados de las conductas.

c.3 Examen del estado mental: Se utilizó para verificar indicadores de conducta agresiva hostil.

c.4 Relación terapéutica: Empatía, interés, aceptación y escucha con el niño y la niña por medio del juego no directivo.

c.5 Evaluación diagnóstica: Evaluación de evolución por medio de hoja de evolución, diario de campo y retest a los docentes sobre la conducta de los niños y las niñas.

Recolección de datos a través de anamnesis infantil y examen del estado mental.

2.2 Instrumentos

Observación: Mediante una ficha de registro de conducta, que contiene 8 ítems que fueron observados con el objeto de recabar información respecto a la conducta agresiva de los alumnos, de pre primaria, e identificar la población con la que se trabajó. En el cual se respondió con una X en **Nunca, A veces** o **Siempre**, según sea la conducta observada en el niño

Anamnesis: Se utilizó para recolectar los datos de los antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su desarrollo psicobiosocial. Se originó a partir del primer contacto con los padres de familia. La información recogida y ordenada en la historia clínica fue un registro de datos indispensable para el desarrollo de actividades.

Cuestionario para docentes y padres de familia: Ambos cuentan con una lista de 20 ítems en los que se plantearon manifestaciones de la conducta del niño en el colegio con sus compañeros y en casa con los que le rodean. El cual sirvió para identificar las conductas agresivas hostiles que manifestaron, los alumnos seleccionados, y la frecuencia de estas que podían ser **todos los días, algunos días** o **ningún día**.

Diario de campo: Sirvió para registrar de manera sistematizada los hechos observados durante el trabajo realizado en la institución y las percepciones de las investigadoras.

2.3 Técnicas de Análisis

En la investigación se trabajó con estadística descriptiva, ya que analiza, estudia y describe a los individuos de una población con la finalidad de obtener información, analizarla, elaborarla y simplificarla para que pueda ser interpretada.

Con la información obtenida se procedió a ordenar, clasificar y tabular los datos.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del Lugar y de los Beneficiarios

3.1.2 Características del Lugar

El Colegio Mi Villa Alegre es un establecimiento educativo que perfila sus objetivos hacia la formación integral del estudiante, esmerándose en la formación socioemocional, afectiva, intelectual, corporal, psicomotriz, sensoria, lingüística y espiritual de sus educandos.

Su visión es “constituirse en el mejor y más aceptado centro educativo del sector de la zona 21 y alrededores, captando la preferencia de sus clientes externos, educando y desarrollando competencias para la vida, con calidad y valores, uso de tecnología e idioma inglés, a precios accesibles, no necesitando recorrer largas distancias para que los niños y jóvenes tengan formación e información integral e ideal”.

Su misión es “ser una institución educativa que forme e informe integralmente a educandos de nivel pre primario, primario y básicos, con calidad y valores, tecnología e idioma inglés, a través del desarrollo de habilidades y destrezas de acuerdo a sus edades, intereses, necesidades e inquietudes, para una vida mejor, a precios accesibles, cerca de su hogar, con personal docente, administrativo y de servicios calificado”. (Información impresa brindada por el establecimiento).

Actualmente el colegio brinda los servicios de educación pre primaria, primaria y secundaria cuenta con instalaciones acordes, con un nivel académico adecuado según a las necesidades de desarrollo de las competencias, destrezas y habilidades de los niños.

La infraestructura del establecimiento de pre primaria cuenta con un edificio con 12 aulas, 4 baños especialmente para los niños preescolares, un patio de juegos con resbaladeros, adicionalmente está el salón de computación y un aula

llamada “Aula Mágica” que cuenta con equipo audiovisual ambientado y equipado para actividades psicopedagógicas.

El personal está formado por la Coordinadora del Nivel de Pre primaria, 12 maestras de pre primaria, una maestra de computación, un maestro de educación física, una maestra de educación musical, 6 niñeras y una portera.

3.1.3 Características de los Beneficiarios

El programa de Terapia Lúdica con Enfoque Cognitivo Conductual tuvo como beneficiarios directos a niños y niñas de 3 a 6 años de edad, de preprimaria del Colegio Mi Villa Alegre, quienes manifestaban altos niveles de conducta agresiva hostil dentro del salón de clases, quienes fueron referidos por las maestras de grado, así mismo fueron beneficiarios los padres de familia y docentes. Dicho colegio atiende a niños y niñas provenientes de colonias de la zona 21 de la capital, así como también de colonias aledañas. Según datos proporcionados por la administración el nivel de preprimaria atiende una población de 347 niños.

3.2 Ejecución de la Aplicación del Programa

El objetivo general de la investigación fue modificar la conducta agresiva hostil en los niños y niñas, por medio de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual.

El programa se realizó durante los meses de mayo, junio y julio del año 2013 con 24 niños y niñas, en edades comprendidas entre los 3 y 6 años.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados dentro del programa se planificaron y ejecutaron las actividades que contribuyeron a la realización de estos. La aplicación del programa se dividió en tres fases.

I FASE: Diagnóstico Inicial

Sesión No.	Aspectos a Trabajar	Objetivo	Metodología	Duración	Fecha
1	Entrevista con los Docentes	Recolectar información necesaria para enriquecer el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Rapport • Cuestionario para Docentes • Ficha de Registro de Conducta 	30 min.	20 de mayo
2	Entrevista con los Padres	Recolectar información necesaria para enriquecer el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Rapport • Establecimiento de Contrato terapéutico • Anamnesis 	40 min.	22, 27, 29 de mayo y 3 de junio

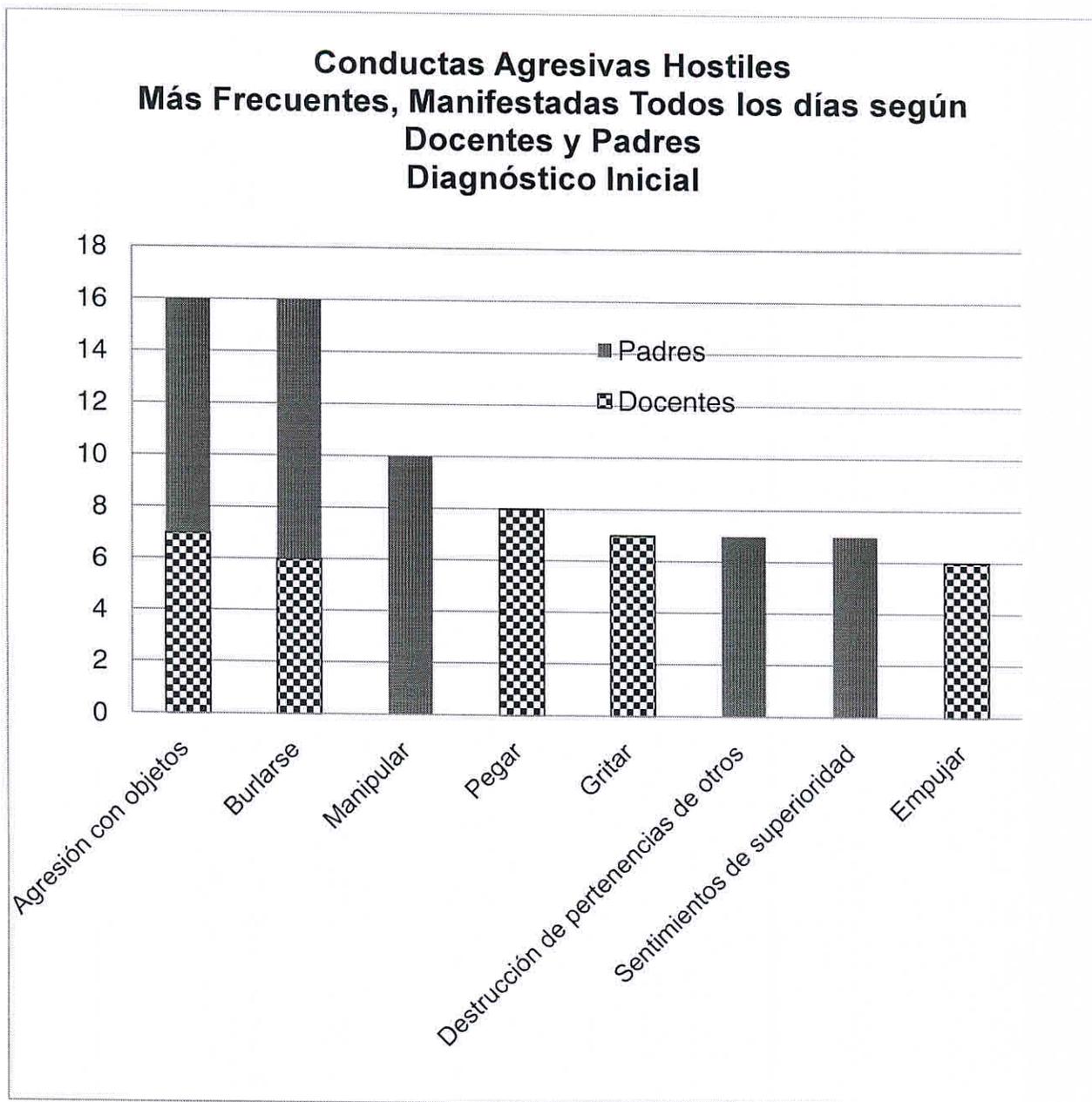
El objetivo del diagnóstico inicial fue identificar los niveles de conducta agresiva hostil, a través de un cuestionario para docentes y uno para padres con 20 ítems, en los que se planteó manifestaciones de la conducta del niño en el colegio con sus compañeros y en casa con los que le rodean y la frecuencia de estas que podía ser **todos los días, algunos días o ningún día.**

En las siguientes gráficas se muestran las 5 conductas más referidas (gráfica 1) y las 5 menos referidas (gráfica 2) según los docentes, dentro del salón de clases y en casa según los padres.

Según las docentes las 5 más referidas son: Agresión con objetos, burlarse, pegar, gritar y empujar. Y las 5 menos referidas son: Morder, aruñar, pellizcar, amenazas y autoagresión.

Según los papás las 5 más referidas son: Agresión con objetos, burlarse, manipular, destrucción de pertenencias de otros, sentimientos de superioridad. Y las 5 menos referidas son: Morder, Aruñar, pellizcar, revolcarse en el suelo y sentimiento de inferioridad.

Gráfica 1

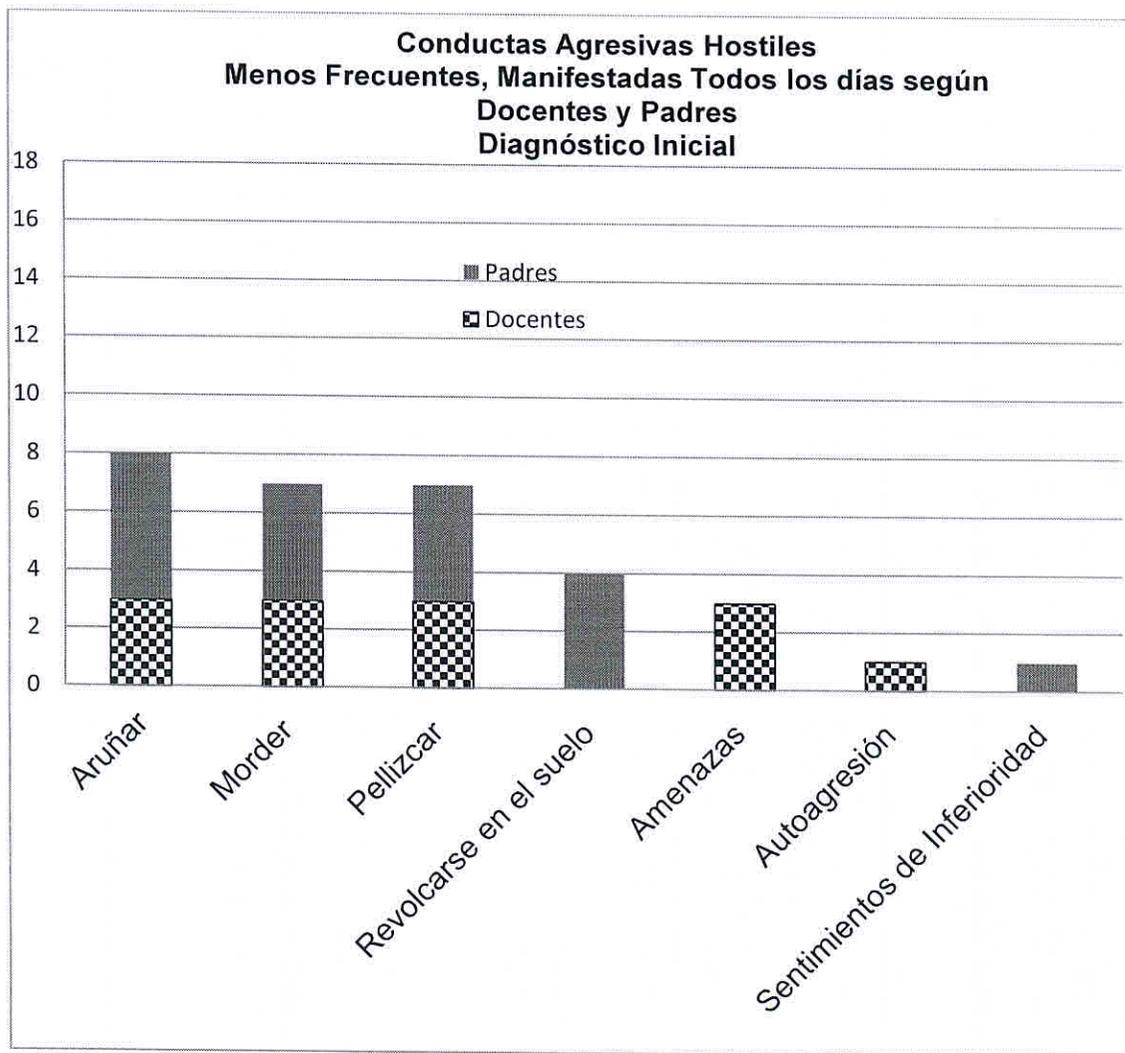


Fuente: Muestra los datos obtenidos en cuestionario y entrevista inicial realizados a docentes y padres de familia.

La Gráfica 1 muestra las 5 conductas agresivas hostiles más frecuentes, referidas por los docentes y padres de familia durante el diagnóstico inicial. Los datos indican que las conductas referidas por los padres de familia tienen mayor puntuación comparado a los datos de los docentes, mostrando que se manifiesta

con mayor frecuencia la conducta agresiva en casa; por lo que podemos inferir que en casa hay menos control de la disciplina de los niños.

Gráfica 2



Fuente: Muestra los datos obtenidos en cuestionario y entrevista inicial realizados a docentes y padres de familia.

La Gráfica 2 muestra las 5 conductas agresivas hostiles menos frecuentes, referidas por los docentes y padres de familia durante el diagnóstico inicial. Los datos indican que la conducta agresiva menos frecuente según los padres de familia es sentimientos de inferioridad en cuanto que los docentes refieren la autoagresión como la conducta agresiva con menor frecuencia. Podemos observar que aunque son las conductas con menor frecuencia, la de los padres siguen teniendo un puntaje más alto, reafirmando que en casa hay menos control de disciplina en los niños.

Tabla 1

Respuestas al Cuestionario para Docentes y Padres de Familia

Conducta Agresiva Hostil Manifestada Antes del Programa

No.	Conducta	*Docentes				Padres de Familia			
		Todos los días	Algunos días	Ningún día	Ponderación	Todos los días	Algunos días	Ningún día	Ponderación
1	Pegar	8	6	11	11	6	11	7	16
2	Empujar	6	6	12	6	5	13	6	17
3	Manipulador	6	6	12	6	10	4	10	14
4	Patear	5	7	12	5	6	9	9	12
5	Desmotivación	6	5	13	4	9	7	8	17
6	Agresión con objetos	7	3	14	3	6	7	11	8
7	Gritos	7	3	14	3	9	5	10	13
8	Destrucción de pertenencias	6	4	14	2	7	5	12	7
9	Sentimientos de inferioridad	6	4	14	2	1	7	16	-7
10	Burlas	6	3	15	0	10	6	8	18
11	Reacciones emocionales explosivas	5	4	15	-1	6	8	11	9
12	Revolcarse en el suelo	3	7	14	-1	5	6	13	3
13	Palabras Hostiles	4	5	15	-2	5	4	15	-1
14	Aruñar	3	6	15	-3	5	6	13	3
15	Insultos	5	3	16	-3	6	4	14	2
16	Sentimientos de superioridad	4	4	16	-4	7	3	14	3
17	Amenazas	5	3	18	-5	4	5	15	-2
18	Pellizcar	3	5	16	-5	4	4	16	-4
19	Autoagresión	1	6	17	-9	5	2	17	-5
20	Morder	3	2	19	-11	4	3	17	-6

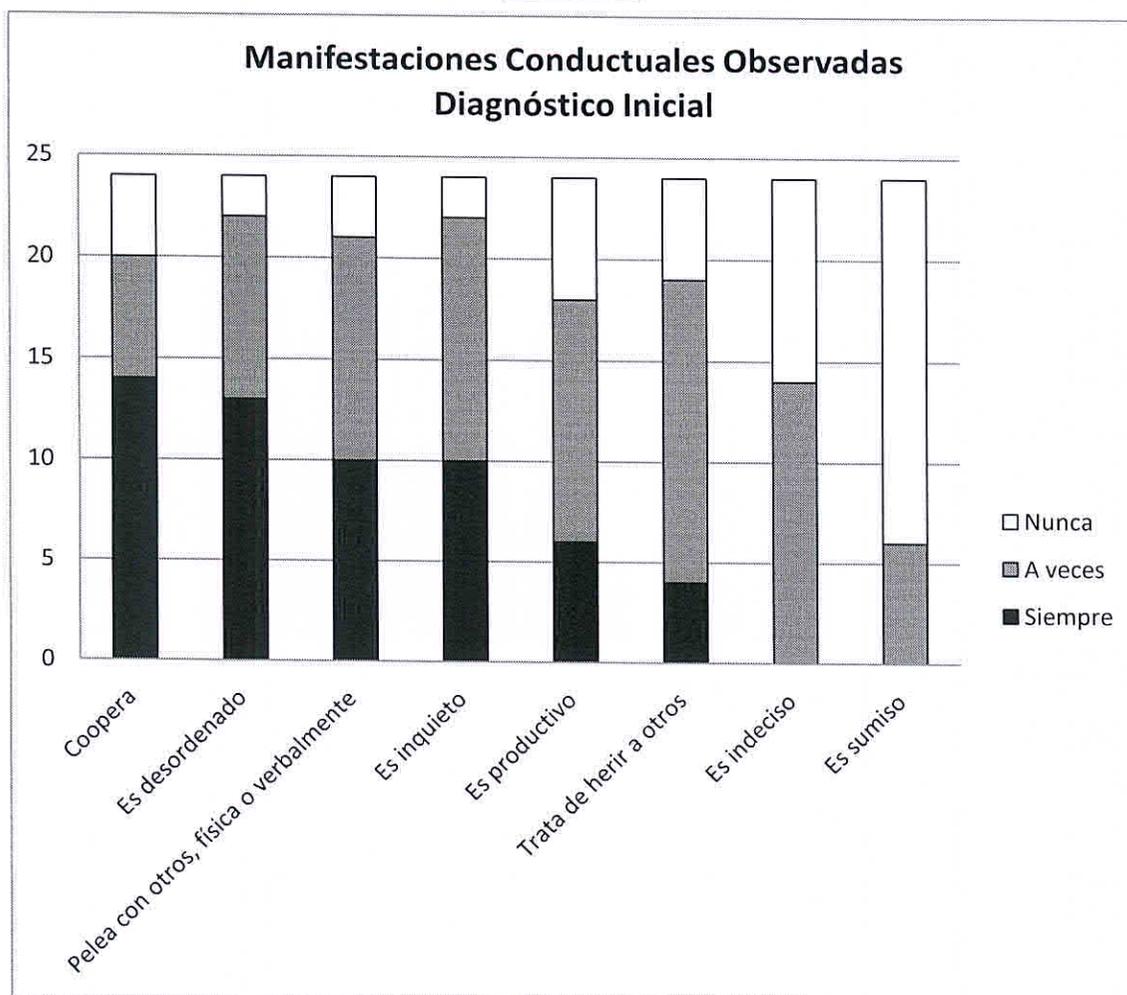
* Los datos se ordenaron de acuerdo a lo referido por los docentes.

Fuente: Tabulaciones de los datos obtenidos durante el diagnóstico inicial en cuestionario para docentes y padres de familia, los datos se ponderaron multiplicando cada dato de "todos los días" por dos, sumándole el dato de "algunos días" y restándole el dato de "ningún día", con el fin de identificar la incidencia de las conductas manifestadas.

Según las ponderaciones las conductas manifestadas más frecuentemente en el colegio fueron pegar, manipular, empujar y patear. Y en casa fueron gritos, sentimientos de inferioridad, empujar y burlarse. Las conductas manifestadas menos frecuentemente en el colegio fueron morder, autoagresión, pellizcar y amenazas. Y en casa fueron sentimientos de superioridad, patear, revolcarse en el suelo y pegar.

La siguiente gráfica muestra las conductas observadas durante el diagnóstico inicial en la ficha de registro.

Gráfica 3



Fuente: Gráfica 3 muestra los datos obtenidos en ficha de registro de observación inicial de conducta del estudiante dentro del colegio. Ficha de observación. (Ver tabla 2).

La Gráfica 3 muestra las conductas observadas en los niños durante el diagnóstico inicial. Los datos indican que "a veces" es la respuesta más común. Coopera y es desordenado son las más altas en "siempre". Pelea con otros, física o verbalmente y es inquieto son las más alarmantes porque afectan a otros niños y están altas tanto en "siempre" como en "a veces". En cuanto que es indeciso y es sumiso son las más altas en "nunca" por lo que podemos decir que los niños referidos en su mayoría no son indecisos, ni sumisos. La anterior gráfica luego se comparará con la observación posterior.

Se han visto las gráficas que describen la situación inicial de los niños referidos por los docentes y padres de familia; las cuales dan un punto de partida para la aplicación del Programa de Terapia Lúdica con Enfoque Cognitivo Conductual, el cual se detalla a continuación.

II FASE: Aplicación del Programa de Terapia Lúdica con Enfoque Cognitivo Conductual

Sesión No.	Aspectos a Trabajar	Objetivo	Metodología	Duración	Fecha
3	Relación terapéutica con el niño(a) Actividad grupal	Lograr establecer una atmósfera agradable al paciente, y un vínculo fuerte entre paciente y terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del Terapeuta • Conversación a cerca del paciente y que es lo que le gusta • Juego de mesa (dominó, rompecabezas, lotería etc.) • Examen Mental 	30 – 60 min.	5 de junio
4	Situación Actual	Establecer la situación real en la que se encuentra el paciente, dentro de su contexto a través de pruebas proyectivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Test de la Figura Humana • Test de la Familia 	45 – 90 min.	10 de junio

5	Seguimiento de Instrucciones Actividad grupal	Estimular en el paciente el seguimiento de instrucciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Origami Se le proporcionó al paciente papel para realizar dobleces, el cual se trabajó paso a paso hasta realizar alguna figura. • Economía de Fichas Consistió, en la adquisición acumulativa de piezas de rompecabezas dependiendo de la aparición de conductas deseables o la pérdida de las mismas ante la aparición de las conductas que deseábamos eliminar. • Tamgram se elaboró diferentes figuras 	30 – 60 min.	12 de junio
6	Límites	Establecer las conductas deseadas y las no deseadas en el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una lista de reforzadores significativos para el niño. • Establecimiento de un Plan de Control de Contingencias Adaptado a las observaciones previamente realizadas y tras jerarquizar conducta. • Programa de economía de fichas 	30 – 60 min.	17 de junio
7	Disciplina	Reforzar las conductas deseadas y positivas en el paciente, a través de modificadores de conducta.	<ul style="list-style-type: none"> • Economía de Fichas • Registro de Conducta Se estableció registros diarios, comentando los resultados con el niño e intentando reforzar siempre las 	60 – 90 min.	19 de junio

			conductas favorables. Esto se realizó con la ayuda de la maestra de grado.		
8	Control de Impulsos	Adquirir las herramientas necesarias, para el adecuado desarrollo y control emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de títere, el paciente debía dramatizar una situación real en donde se evidenciaba una conducta deseable y una no deseable, mientras lo hacía debía expresar las emociones que comúnmente se expresan. • Actividad del dado, Se le proporcionó al paciente un espejo, y se le pidió que realizará diferentes emociones, tristeza, enojo etc. • Pinta tus emociones, Se le proporcionó al paciente el material necesario para que elaborará un dibujo de las diferentes emociones y luego se le pidió que lo pintará de los colores que considerará es cada emoción. 	60 – 90 min.	1 de julio
9	Relajación Actividad grupal	Brindar herramientas necesarias para combatir el estrés, en momentos oportunos, con la finalidad de aprender a combatirlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Romper papel, Se les proporcionó a los pacientes una serie de periódicos viejos para que los rompieran pensando en las situaciones que les provocan estrés, los pacientes debían romper los periódicos, con furia descargando la energía por 	60 – 90 min.	3 de julio

			<p>medio del papel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pintar con los dedos, Se les proporcionó a los pacientes algunos pliegos de papel en blanco, con la finalidad de que realicen una pintura con los dedos, los pacientes podían descargar el estrés acumulado por medio de la pintura. • Plastilina, Se les proporcionó a los pacientes algunas barras de plastilina, para que realizarán una variedad de objetos, apretar y amasar la plastilina es una buena forma de reducir el estrés. 		
--	--	--	---	--	--

Durante esta fase, se realizaron las actividades programadas según el plan, las cuales fueron adaptadas de acuerdo a las edades, los intereses y las necesidades de los niños y niñas, así como también de los docentes y padres de familia.

Se trabajaron dos sesiones por semana, algunas de las cuales fueron de forma individual y otras de forma grupal dependiendo de la actividad a realizar y el objetivo que se pretendía alcanzar.

A continuación describimos brevemente algunas observaciones realizadas durante las sesiones.

Durante la sesión 3, se realizó una actividad grupal según el grado y edad de los niños en la cual a través de juegos y dinámicas se estableció rapport y se presentó la forma de trabajo.

En la sesión 4 se estableció la situación actual, a través de test proyectivos y conversación con los niños y niñas, durante esta sesión los niños se mostraron colaboradores y entusiastas en realizar lo que se les pidió.

La sesión 5 se realizó de forma grupal, en esta sesión se empezó a brindar al niño de herramientas para el afrontamiento de diversas situaciones problemáticas que se pudieran presentar, así como destrezas en la solución de conflictos.

En la sesión 6 se establecieron las conductas deseadas y las no deseadas se elaboró un control de contingencias y se le entregó a los niños y niñas un rompecabezas, el cual con la ayuda de la maestra de grado y según las conductas deseadas que presentarán, armarían pieza por pieza. Cada pieza de rompecabezas hizo referencia a un programa de economía de fichas.

Durante la sesión 7 a través de juegos dirigidos se reforzó las conductas deseadas y no deseadas establecidas previamente en el control de contingencias, se motivó a los niños y niñas a continuar acumulando piezas del rompecabezas.

La sesión 8 tuvo como objetivo proporcionar al niño y a la niña las herramientas necesarias para el desarrollo y control emocional, por medio del juego con títeres e historias los niños identificaron y expresaron sus emociones. Con material didáctico pintaron sus emociones y comentaron cómo se sentían y por qué.

La sesión 9 se realizó de forma grupal se trabajaron técnicas de relajación, música, pinturas, plastilinas y ejercicios de relajación con el fin de que los niños aprendieran a relajarse durante una situación estresante y actuar de una mejor manera ante esa situación.

III. FASE: Evaluación Final

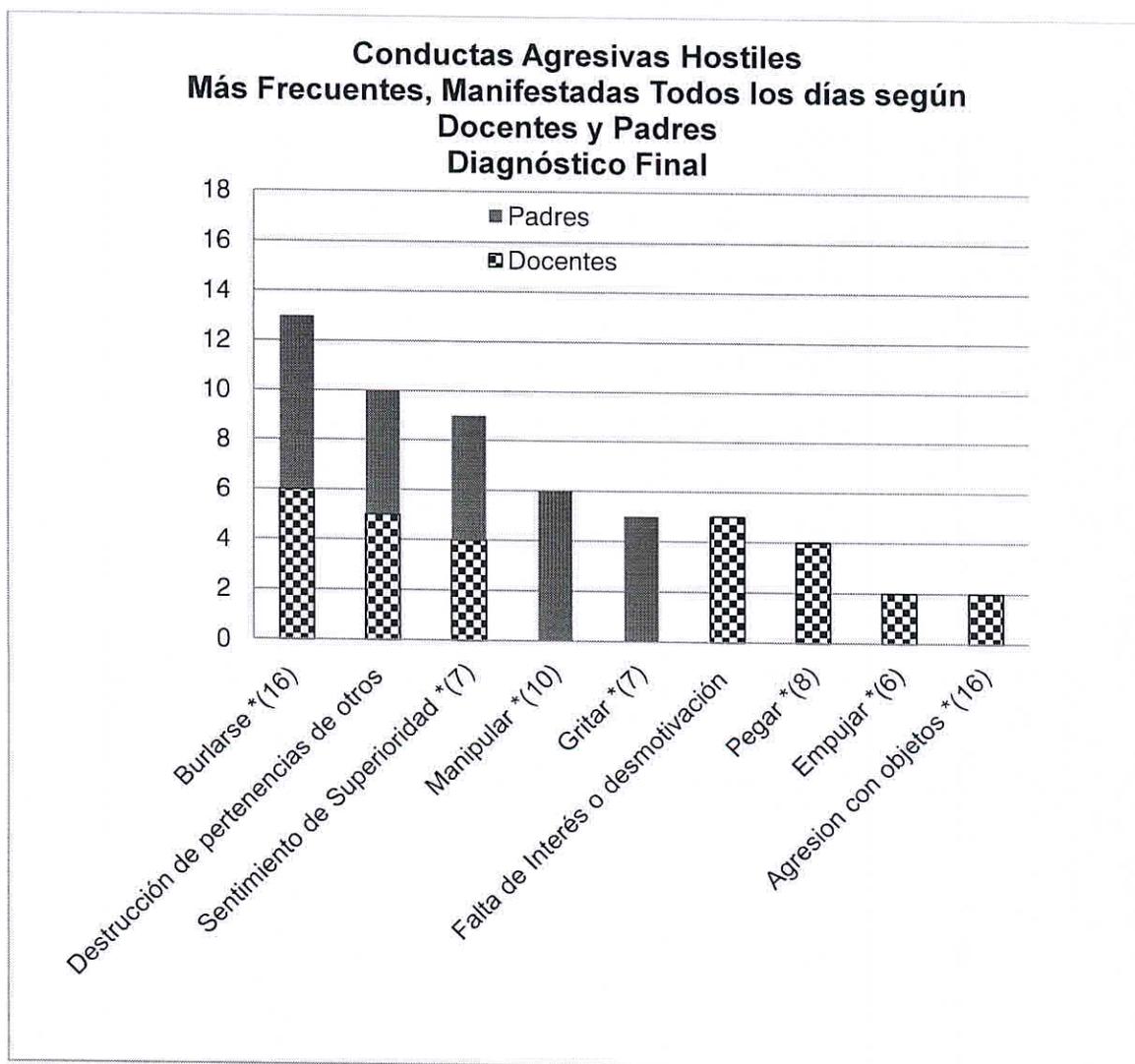
Sesión No.	Aspectos a Trabajar	Objetivo	Metodología	Duración	Fecha
10	Reevaluación	Reevaluar las conductas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para Docentes y padres • Ficha de Registro de Conducta • Hoja de Evolución del paciente 	1 a 2 horas	8 de julio
11	Taller para padres	Evaluar las conductas positivas y negativas del paciente en cuanto su mejoría.	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación emocional del paciente hacia la finalización del proceso terapéutico. 	2 horas	10 de julio
12	Sesión Familiar	Cierre del plan de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Se le explicó al paciente que era capaz de seguir individualmente con la ayuda de sus padres, y docentes para que las conductas negativas no vuelvan a aparecer. Entrega de informe a los padres. 	30 – 60 min.	15 y 17 de julio

Durante esta fase se realizó un retest para evaluar la efectividad del programa y verificar la modificación de la conducta inicial presentada. Se realizó un taller para padres con el fin de evaluar la relación familiar y orientar a los padres a mejorar y mantener relaciones familiares más sanas, se entregó un informe sobre los avances del niño y de la niña y sugerencias para no volver a presentar conductas

agresivas hostiles y mantener mejores relaciones interpersonales dentro del colegio y en casa.

La gráfica 4 muestra las conductas agresivas hostiles más frecuentemente manifestadas en el diagnóstico final, las cuales fueron burlarse, destrucción de las pertenencias de otros, sentimientos de superioridad, manipular y gritar. Siendo en casa el lugar donde se manifiestan más.

Gráfica 4



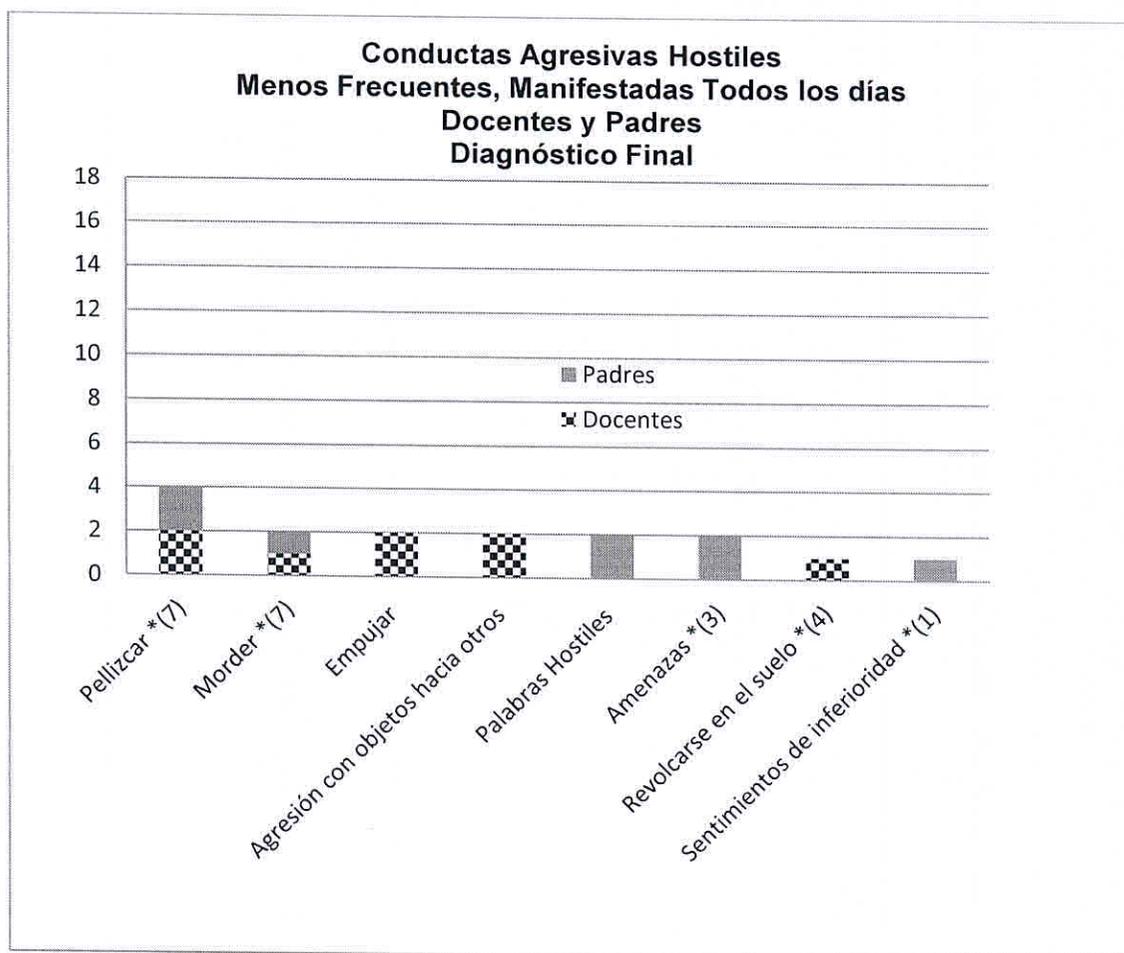
* Comparación con los datos obtenidos en el diagnóstico inicial (Gráfica 1).

Fuente: Datos obtenidos en el cuestionario y entrevista final a docentes y padres de familia.

De acuerdo con los datos obtenidos durante el diagnóstico inicial se observa una reducción en la manifestación de conductas agresivas hostiles tanto en el colegio como en casa. En la gráfica 4 se muestra las manifestaciones agresivas más frecuentes, las cuales comparadas a los puntajes de la gráfica del diagnóstico inicial (gráfica 1) muestra que hubo una considerable disminución en la agresión con objetos que bajo de 16 a 2 así como también empujar que bajo de 6 a 2.

La gráfica 5 muestra las conductas agresivas hostiles menos frecuentes, manifestadas en el diagnóstico final, las cuales fueron pellizcar, morder, empujar, agresión con objetos y sentimientos de inferioridad.

Gráfica 5



* Comparación con los datos obtenidos en el diagnóstico inicial (Gráfica 2).

Fuente: Datos obtenidos en el cuestionario y entrevista final a docentes y padres de familia.

De acuerdo con los datos obtenidos durante el diagnóstico inicial se observa una reducción en la manifestación de conductas agresivas hostiles, tanto en el colegio como en casa. En la gráfica 5 se muestran las conductas agresivas menos frecuentes las cuales comparadas a los puntajes de la gráfica del diagnóstico inicial (gráfica 2) muestra que, la que más disminuyo fue morder que bajo de 7 a 2, seguida de pellizcar que bajo de 7 a 4.

Los datos obtenidos de la comparación de la frecuencia de las conductas agresivas antes y después de la aplicación del programa, para medir su efectividad se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 3**Tabla Comparativa****Respuestas de Cuestionario para Docentes y Padres de Familia****Conducta Agresiva Hostil, Manifestada Antes y Después del Programa****DOCENTES:**

No	Conducta Agresiva Hostil	Todos los días		Algunos días		Ningún día		Ponderación	
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
1	Pegar	8	4	6	9	10	11	11	6
2	Empujar	6	2	6	10	12	12	6	2
3	Manipulador	6	3	6	3	12	18	6	-9
4	Patear	5	3	7	5	12	16	5	-5
5	Desmotivación	6	5	5	4	13	8	4	6
6	Agresión con objetos	7	2	3	4	14	18	3	-10
7	Gritos	7	4	3	3	14	17	3	-6
8	Destrucción de pertenencias	6	5	4	11	14	8	2	7
9	Sentimientos de Inferioridad	6	1	4	3	14	20	2	-15
10	Burlas	6	6	3	3	15	15	0	0
11	Reacciones emocionales explosivas	5	4	4	10	15	10	-1	8
12	Revolcarse en el suelo	3	1	7	5	14	18	-1	-11
13	Palabras Hostiles	4	2	5	3	15	19	-2	-12
14	Aruñar	3	3	6	7	15	14	-3	-1
15	Insultos	5	3	3	2	16	19	-3	-11
16	Sentimientos de superioridad	4	4	4	2	16	18	-4	-8
17	Amenazas	5	3	3	3	18	18	-5	-9
18	Pellizcar	3	2	5	3	16	19	-5	-12
19	Autoagresión	1	2	6	2	17	20	-9	-14
20	Morder	3	1	2	6	19	17	-11	-9

PADRES DE FAMILIA:

No	Conducta Agresiva Hostil	Todos los días		Algunos días		Ningún día		Ponderación	
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
1	Pegar	6	4	11	8	7	12	16	4
2	Empujar	5	4	13	10	6	10	17	8
3	Manipulador	10	6	4	3	10	15	14	0
4	Patear	6	3	9	14	9	7	12	13
5	Desmotivación	9	5	7	10	8	9	17	11
6	Agresión con objetos	6	3	7	8	11	13	8	1
7	Gritos	9	5	5	4	10	15	13	-1
8	Destrucción de pertenencias	7	5	5	3	12	16	7	-3
9	Sentimientos de inferioridad	1	1	7	4	16	19	-7	-13
10	Burlas	10	7	6	3	8	14	18	3
11	Reacciones emocionales explosivas	6	4	8	6	11	14	9	0
12	Revolcarse en el suelo	5	4	6	3	13	17	3	-6
13	Palabras Hostiles	5	2	4	2	15	20	-1	-14
14	Aruñar	5	3	6	4	13	17	3	-7
15	Insultos	6	3	4	6	14	15	2	-3
16	Sentimientos de superioridad	7	5	3	2	14	17	3	-5
17	Amenazas	4	2	5	5	15	17	-2	-8
18	Pellizcar	4	2	4	4	16	18	-4	-10
19	Autoagresión	5	2	2	4	17	18	-5	-10
20	Morder	4	1	3	3	17	20	-6	-15

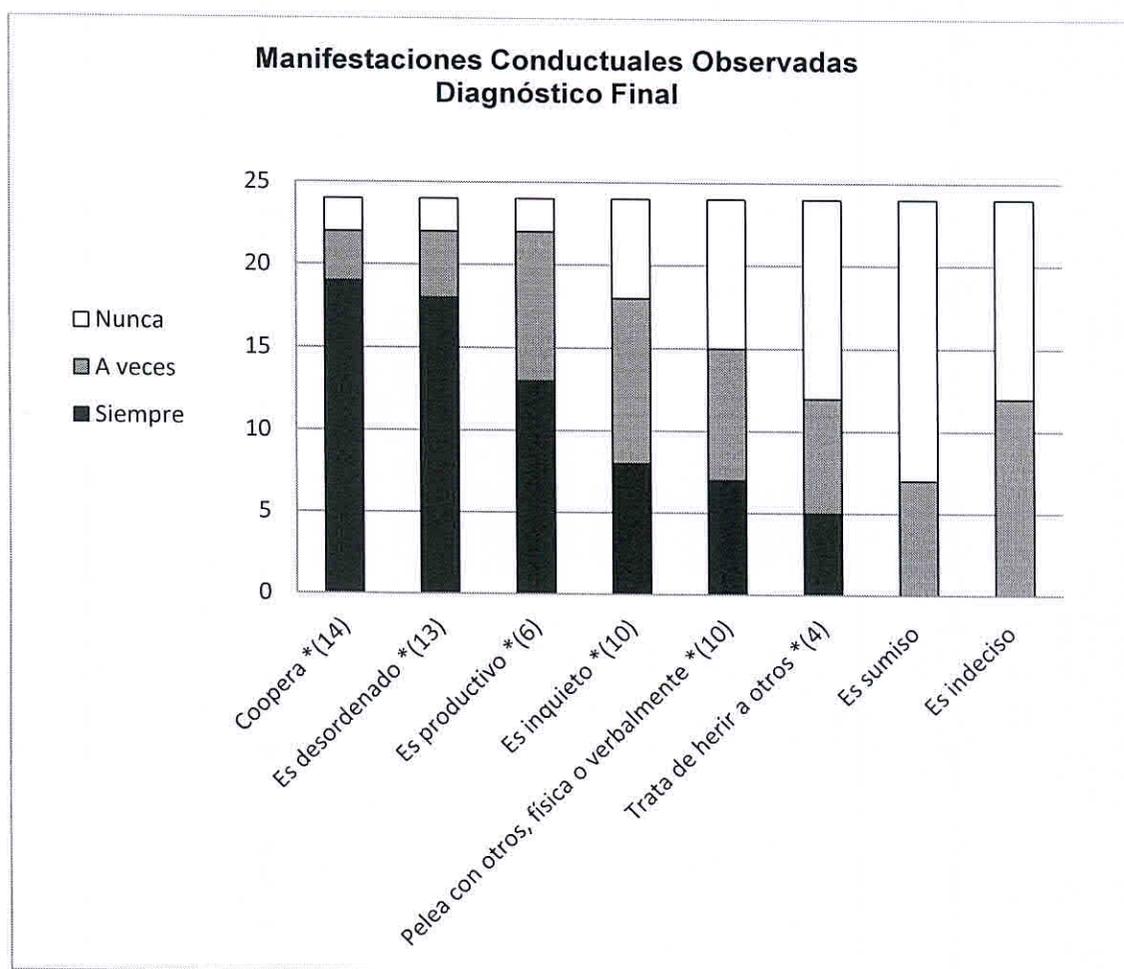
Fuente: Tabulaciones de los datos obtenidos en entrevista y cuestionario realizado a docentes y padres de familia, de los niños y las niñas referidos, antes y después del programa se observa los cambios en sus conductas y la frecuencia de sus manifestaciones.

Según las ponderaciones las conductas manifestadas más frecuentemente en el colegio fueron: reacciones emocionales explosivas, destrucción de pertenencias, pegar y desmotivación. Y en casa las conductas fueron manifestadas más

frecuentemente fueron: patear, desmotivación, empujar y pegar. Las conductas manifestadas menos frecuentemente en el colegio fueron: sentimientos de inferioridad, autoagresión, palabras hostiles y pellizcar. Y en casa las conductas menos manifestadas fueron: morder, palabras hostiles, sentimientos de inferioridad y autoagresión.

La gráfica 6 muestra las manifestaciones conductuales observadas dentro del colegio, en el diagnóstico final, las conductas manifestadas más frecuentemente son desorden y cooperación. Y las conductas menos frecuentes son tratar de herir a otros, sumiso e indeciso.

Gráfica 6



*Comparación con datos del diagnóstico inicial (Gráfica 3) en base a la categoría "siempre".

Fuente: Gráfica 6 Datos obtenidos en ficha de registro de conducta, realizada al finalizar el programa. (Se amplían los datos en la tabla 4 en anexos)

La gráfica 6 que nos muestra las manifestaciones conductuales observadas en el diagnóstico final, la que nos indica un cambio positivo en las conductas aceptable como lo son: coopera y es productivo ya que comparada a la gráfica 3 del diagnóstico inicial estas conductas aumentaron en "siempre" su puntaje. Coopera aumento de 14 a 19 y es productivo aumento de 6 a 13. También podemos decir que hubo cambio positivo en las conductas pelea con otros, física o verbalmente y es inquieto ya que disminuyeron tanto en "siempre" como en "a veces"

De acuerdo con los datos, se evidencia que existe una disminución de las conductas agresivas presentes en los niños referidos, luego de la aplicación del programa.

A continuación se presentan dos casos en los que la Aplicación del programa de Terapia Lúdica con Enfoque Cognitivo Conductual, fue más efectiva; y dos casos donde fue menos efectiva.

Caso 1

G.N.M con 5 años del grado de Pre kínder fue referido por la maestra, por conducta agresiva. La maestra refirió que el niño constantemente molestaba a sus compañeros con burlas, en algunas ocasiones pegaba, pateaba, empujaba, insultaba. En el diagnóstico inicial el niño constantemente llevaba notas de mala conducta a casa. En la entrevista con los padres ellos refieren que G.N.M era muy inquieto y que en casa también manifiesta la conducta observada por la maestra.

Al principio de la aplicación del programa G.N.M. mostraba una conducta hostil, agresiva, con dificultades en el seguimiento de reglas, durante las primeras sesiones no se obtuvo cambios relevantes en el niño, seguían las notas de mala conducta. Durante las sesiones individuales G.N.M. se comportaba de forma tímida, en las sesiones grupales era más sociable pero su comportamiento nunca fue agresivo, como solía comportarse con sus compañeros en clase o durante la hora de recreo.

Hubo una notable disminución de la conducta agresiva a partir de la sesión 5 al aplicar el programa de Economía de Fichas un programa de refuerzo sistemático en el que, el niño debía juntar 10 piezas de rompecabezas, dándole una pieza por día si presentaba una buena conducta. A partir de ahí la maestra refería el cambio positivo de G.N.M

Al finalizar la aplicación del programa, en la reevaluación la conducta agresiva en el niño había disminuido, la maestra refería el buen comportamiento, ya no molestaba a sus compañeros, no pegaba, empujaba. En retest final con los padres también refirieron el cambio positivo de la conducta de su hijo.

Caso 2

J.A.T con 6 años del grado de Preparatoria fue referido por la maestra, por no seguir reglas. La maestra refirió que el niño constantemente pegaba, pateaba, empujaba, insultaba. En la entrevista con los padres ellos refieren que J.A.T era muy inquieto y que en casa también manifiesta una conducta agresiva. En el diagnóstico inicial durante las observaciones el niño pelea constantemente con sus compañeritos en clase y durante el recreo. Jugaba de forma agresiva, empujaba a sus compañeros y se burlaba de ellos.

Al principio del programa durante las sesiones individuales J.A.T no hablaba mucho y era muy pasivo, al contrario de las sesiones grupales donde interactuaba con los demás, se peleaba por los juegos y jugaba de forma agresiva. Conforme avanzaron las sesiones se observó un progresivo cambio en la conducta agresiva, uno de los métodos efectivos en este caso, fue en la sesión 6 estableciendo un plan de control de contingencias en casa, en el que los padres debían otorgar una recompensa por aproximación de una conducta deseada. Si J.A.T mostraba buena conducta tanto en el colegio como en casa los papas lo recompensaban con un privilegio (jugar o ver la televisión más tiempo, usar un video juego). Cabe mencionar que en dicha actividad hubo constante apoyo de los padres en casa.

Al finalizar el programa y hacer la reevaluación la conducta agresiva de J.A.T había disminuido tanto en el colegio como en casa.

Caso 3

E.O con 5 años del grado de Pre Kínder. La maestra lo refirió por problemas de conducta en el aula, falta de límites, burla a sus compañeros, gritos, etc. Durante el diagnóstico inicial se observó al niño en el salón de clases y durante el recreo, siempre inquieto, sin respetar reglas, empujando, golpeando. En la entrevista a la madre, refirió el mismo comportamiento en casa, y su incapacidad para poder controlarlo.

Durante la aplicación del programa en las sesiones individuales y grupales su comportamiento fue correcto, en algunas ocasiones inquieto. Pero la conducta en clase no mostraba cambios. Cabe mencionar que el niño faltó a varias sesiones, a pesar de que se solicitó en varias ocasiones el apoyo de los padres. Hubo muy poca respuesta de parte de ellos. Haber faltado a varias sesiones y la poca ayuda de los padres pudo haber afectado la efectividad del programa.

Al finalizar el programa y hacer la reevaluación no se mostraron cambios en la conducta del niño, aunque no mejoro tampoco empeoro. En este caso se sugirió la continuidad de una terapia más extensa y constante, en la que se involucrara obligatoriamente a los padres.

Caso 4

D.G con 5 años del grado de kínder. La maestra lo refirió como un niño extremadamente inquieto y agresivo, constantemente peleaba con sus compañeros, les pegaba, los empujaba, no seguía reglas. Durante el diagnóstico inicial se observó al niño en el salón de clase y durante el recreo, D.G siempre pasaba empujando a sus compañeritos, se burlaba de ellos.

En la aplicación del programa el niño pocas veces mostró un buen comportamiento, siempre se mostró agresivo, no seguía instrucciones. En las

sesiones grupales peleaba con los demás niños, los molestaba, se burlaba de ellos. Y no mostraba cambios en el salón de clases. Constantemente lo castigaban y llevaba notas de mala conducta a casa. La falta de apoyo en casa y el poco control de la disciplina hacia el niño hicieron que el programa no tuviera mayor efectividad en su conducta.

En este caso al igual que en el anterior, se sugirió la continuidad de una terapia más extensa y constante, en la que se involucrara obligatoriamente a los padres.

ANÁLISIS GLOBAL

La conducta agresiva hostil infantil, es una de las principales preocupaciones de padres de familia y docentes, ya que se presenta con mucha frecuencia. A menudo los niños y niñas presentan actitudes agresivas, manipuladoras y rebeldes. Es importante tener en cuenta que la conducta agresiva hostil de un niño o niña, es un comportamiento aprendido y como tal se puede modificar. La agresividad hostil probablemente originará problemas en forma de fracaso escolar, falta de capacidad de socialización y dificultades de adaptación.

Con la aplicación de un programa de terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual para modificar la conducta agresiva hostil en alumnos de pre-primaria del Colegio mi Villa Alegre pudimos detectar las conductas agresivas en los niños y probar la efectividad el programa.

Las conductas agresivas más frecuentes en los niños fueron: Agresión con objetos, burlarse, manipular, pegar, gritar, destrucción de pertenencia de otros, sentimientos de superioridad y empujar; las cuales tienen como característica el querer tener poder sobre otros y la intimidación. Dichas conductas afectan a los demás niños. Según los resultados observados la conducta agresiva se manifiesta con mayor frecuencia en casa, por lo que podemos decir que en casa hay menos control de la disciplina de los niños. En contraste con el colegio en donde se establecen límites y reglas a seguir.

Hay conductas que no son tan constantes o frecuentes pero que se manifiestan algunos días en los niños referidos y que vale la pena mencionar, como lo son: patear, palabras hostiles, arañar, pellizcar, autoagresión, burlas, reacciones explosivas, revolcarse en el suelo, amenazas. Dichas conductas manifiestan falta de disciplina en el niño o una necesidad de atención. Como ya lo hemos mencionado anteriormente las conductas agresivas se presentan con mayor frecuencia en casa, esto denota una falta de atención, control y disciplina en la misma.

Ante los problemas de indisciplina ocasionados por las manifestaciones de las conductas agresivas dentro del colegio, tanto el personal administrativo, las docentes y los padres de familia mostraron interés por la aplicación del programa. Su apoyo y colaboración en el desarrollo del proceso desde el inicio fue notable. La institución proporciono los espacios necesarios para la realización efectiva de dicho programa.

En la aplicación del programa, las sesiones individuales fueron adaptadas a las necesidades de cada niño, los juegos fueron seleccionados tomando en cuenta: los intereses, las dificultades, obstáculos y esfuerzos que ellos requerían para realizarlos. Dichas sesiones fueron útiles para establecer la situación real en la que se encontraba cada niño, establecer las conductas deseadas y no deseadas en cada uno, determinar la manera más efectiva de reforzar las conductas deseadas y positivas a través de un modificador de conducta, ya que estas varían de un niño a otro. Estos modificadores fueron, Economía de Fichas, el cual fue aplicado como reforzador los juguetes elegidos por los niños en una negociación y el Plan de Control de contingencias adaptado a las observaciones realizadas, tras jerarquizar conductas. Es importante señalar que el empleo de estos reforzadores fue altamente significativo para estos niños, ya que condujo a manifestar un comportamiento adecuado. Durante las sesiones grupales se estableció la manifestación de la conducta agresiva con los demás compañeros, y cómo manejar el control de impulsos ante ellos, reforzando las conductas deseadas y positivas, y al mismo tiempo estimulando el seguimiento de instrucciones.

La aplicación del programa realizado aportó beneficios tanto terapéuticos como pedagógicos. Beneficios terapéuticos porque en los niños se logró el control de impulsos consiguiendo expresar sus emociones en forma adecuada, modificaron su comportamiento y desarrollaron habilidades para resolver sus problemas. Y beneficios pedagógicos ya que se mejoró la disciplina y atención dentro de los salones de clase.

Los resultados al finalizar la aplicación del programa mostraron significativas diferencias entre antes y después de la aplicación del mismo. Las conductas agresivas hostiles más frecuentes disminuyeron considerablemente, de esta forma se logró demostrar la efectividad del mismo. Siendo así un programa de beneficio para los padres de familia y docentes ya que se mejoró el desenvolvimiento general de los niños y niñas, creándose así un ambiente escolar y familiar más sano. Alcanzando así los objetivos deseados dentro del programa.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se verificó la efectividad del programa realizado para la modificación de la conducta agresiva hostil en los niños.
- Los niveles de agresividad hostil que presentaban los niños y las niñas referidos, al inicio del programa disminuyeron con la aplicación de la terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual.
- Las conductas agresivas hostiles que disminuyeron considerablemente fueron: agresión con objetos, empujar, pegar y morder. Y las que menos disminuyeron fueron: burlarse, sentimientos de superioridad y gritar.
- Las conductas agresivas más frecuentes que se identificaron en los niños de pre primaria del Colegio Mi Villa Alegre al inicio del programa fueron: pegar, agresión con objetos, gritar y burlarse.
- Las conductas agresivas hostiles que manifestaban los niños se daban con mayor frecuencia en casa.
- La falta de colaboración de los padres en mantener la disciplina y aplicar las actividades para disminuir la conducta agresiva en casa, fueron lo que obstaculizó el cambio en los casos en los que no hubo disminución de la conducta agresiva.
- Hubo mayor éxito en los casos en que los padres participaron y colaboraron en las actividades del programa de manera constante.
- La aplicación del programa realizado aportó beneficios tanto terapéuticos como pedagógicos.

4.2 Recomendaciones

A la Universidad de San Carlos:

- Se recomienda al Departamento de Práctica de la Escuela de Ciencias Psicológicas implementar programas de terapia lúdica, en los centros de práctica, para mejorar la calidad de vida de los participantes.

Al Colegio:

- Se sugiere a la dirección general del colegio, proporcionar el espacio físico para poder brindar con mayor efectividad más programas de terapia lúdica y así enriquecer el proceso de enseñanza aprendizaje y psicosocioemocional de los niños y las niñas.
- Efectuar la terapia lúdica con enfoque cognitivo conductual como herramienta metodológica dentro del establecimiento educativo.

A los Padres de Familia:

- Es importante que los padres de familia del colegio se interesen por las manifestaciones conductuales y emocionales de los niños y niñas ya que éstas influyen en el desenvolvimiento general de los mismos.
- Sensibilizar a los padres de familia y docentes sobre la importancia de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Axline, Virginia M. 2003. **TERAPIA DE JUEGO**, 19 Edición. Editorial Diana. México
- Clarizio, Harvey F., George F. McCoy. 2000. **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL NIÑO**, 1era. Edición, 8ta. Reimpresión. Editorial Manual Moderno. México.
- Harper Robert A. 1996. **36 SISTEMAS DE ANALISIS Y PSICOTERAPIA** Traducción Anna MuriáSuc. S.A.
- O'Connor, Kevin J., Charles E. Schaefer. 1997. **MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO** Volumen 2: AVANCES E INNOVACIONES, Editorial Manual Moderno. México.
- See King Emilio. 2002. **MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA**. Guatemala.
- Schaefer, Charles E, Kevin J. O'Connor. 2005. **FUNDAMENTOS DE TERAPIA DE JUEGO**, Edición 1ª. Editorial Manual Moderno. México.

Fuentes Virtuales:

www.baobabparents.com

www.imb-pc.net/index.php/showPage=355

www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta -

ANEXOS

ANEXO I

Plan para la Aplicación de la Terapia Lúdica con enfoque Cognitivo Conductual para la Modificación de la Conducta Violenta en Alumnos de Pre Primaria del Colegio Mi Villa Alegre

Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida del paciente, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y afectos.

Objetivos Específicos:

El objetivo de la psicoterapia depende de la valoración que se haga del paciente, tomando como referencia la disciplina psicológica de la que surge dicha intervención, así podemos diferenciar:

- * Terapia cognitiva: Modificar los esquemas de pensamiento.
- * Terapia conductual: Modificar la funcionalidad de la conducta.
- * Terapia cognitivo-conductual: Modificar el pensamiento y la conducta.
- * Modificación de conducta: Rediseñar el contexto dentro del cual se desarrolla el paciente, para promoción de la salud mental o prevención.

	Aspectos a Trabajar	Objetivo	Metodología
Sesión No 1	Entrevista con los Docentes	Recolectar información necesaria para enriquecer el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de Rapport• Cuestionario para Docentes• Ficha de Registro de Conducta
Sesión No 2	Entrevista con los Padres	Recolectar información necesaria para enriquecer el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de Rapport• Establecimiento de Contrato terapéutico• Anamnesis

Sesión No 3	Relación terapéutica con el niño(a)	Lograr establecer una atmósfera agradable al paciente, y un vínculo fuerte entre paciente y terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del Terapeuta • Conversación a cerca del paciente y que es lo que le gusta • Juego de mesa (dominó, rompecabezas, lotería etc.) • Examen Mental
Sesión No 4	Situación Actual	Establecer la situación real en la que se encuentra el paciente, dentro de su contexto a través de pruebas proyectivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Test de la Figura Humana

Sesión No 5	Seguimiento de Instrucciones	Estimular en el paciente el seguimiento de instrucciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Origami Se le proporciona al paciente papel para realizar dobleces, el cual se irá trabajando paso a paso hasta realizar alguna figura. • Economía de Fichas Consiste, en la adquisición acumulativa de fichas o bonos dependiendo de la aparición de conductas deseables o la pérdida de las mismas ante la aparición de las conductas que deseamos eliminar. • Tamgram Elaboración de diferentes figuras
Sesión No 6	Límites	Establecer las conductas deseadas y las no deseadas en el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar una lista de reforzadores significativos para el niño. • Establecer un Plan de Control de Contingencias Adaptado a las observaciones previamente realizadas y tras jerarquizar conducta. • Programa de economía de fichas

Sesión No 7	Disciplina	Reforzar las conductas deseadas y positivas en el paciente, a través de modificadores de conducta.	<ul style="list-style-type: none"> • Economía de Fichas • Registro de Conducta Se establecerá registros diarios, comentando los resultados con el niño e intentando reforzar siempre las conductas favorables. Esto se realizará con la ayuda de la maestra de grado.
Sesión No 8	Control de Impulsos	Adquirir las herramientas necesarias, para el adecuado desarrollo y control emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de títere, el paciente debe dramatizar una situación real en donde se evidencie una conducta deseable y una no deseable, mientras lo hace deberá expresar las emociones que comúnmente se expresa. • Actividad del dado, Se le proporciona al paciente un espejo, y se le pide que realice diferentes emociones, tristeza, enojo etc. • Pinta tus emociones, Se le proporciona al paciente el material necesario para que elabore un dibujo de las diferentes emociones y luego se le pide que lo pinte de los colores que considere es cada emoción.

Sesión No 9	Relajación	Brindar herramientas necesarias para combatir el estrés, en momentos oportunos, con la finalidad de aprender a combatirlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Romper papel, Se les proporciona a los pacientes una serie de periódicos viejos para que los rompan pensando en las situaciones que les provocan estrés, los pacientes deberán romper los periódicos, con furia descargando la energía por medio del papel. • Pintar con los dedos, Se les proporciona a los pacientes algunos pliegos de papel en blanco, con la finalidad de que realicen una pintura con los dedos, los pacientes podrán descargar el estrés acumulado por medio de la pintura. • Plasticina, Se les proporciona a los pacientes algunas barras de Plasticina, para hacer una variedad de objetos, apretar y amasar la Plasticina es una buena forma de reducir el estrés.
Sesión No 10	Entrevista con Docentes y con Padres	Reevaluar las conductas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para Docentes • Ficha de Registro de Conducta • Hoja de Evolución del paciente

Sesión No 11	Reevaluación	Evaluar las conductas positivas y negativas del paciente en cuanto su mejoría.	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación emocional del paciente hacia la finalización del proceso terapéutico.
Sesión No 12	Sesión Familiar	Cierre del plan de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Se le explicará al paciente que es capaz de seguir individualmente con la ayuda de sus padres, para que las conductas negativas no vuelvan a aparecer.

ANEXO II

Contrato Psicoterapéutico para el Programa de Terapia Lúdica con enfoque Cognitivo Conductual

Guatemala _____ de _____ de 2013. En las instalaciones del Colegio Mi Villa Alegre, yo _____ padre, madre o encargado de _____ de _____ años de edad, alumno del grado de _____, me comprometo a colaborar con la licenciada _____, proporcionar toda la información requerida y si el caso amerita realizar exámenes adicionales con el fin de enriquecer el proceso terapéutico. Realizar todos los esfuerzos necesarios, cumplir con las actividades sugeridas y apoyar a mi hijo(a) para que logre un cambio integral. Sé que sera utilizado con fines de investigación, conozco los objetivos del estudio y la metodología de la investigación.

F. _____

Yo como psicoterapeuta me comprometo a proporcionar apoyo psicológico al paciente arriba mencionado(a) de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional. Así mismo, me comprometo a orientar con claridad al paciente fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento. La información que el paciente, padres o encargados y docentes den en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marcan los cánones éticos de la Psicología y de la investigación.

F. _____

ANEXO III

Cuestionario para Docentes

Iniciales del Niño(a): _____ Sexo: _____
 Edad: _____ años

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes planteamientos y respóndalos marcando con una X la respuesta que considere más adecuada, según su opinión. Recuerde ser objetivo.

Durante las últimas dos semanas:

No.	Planteamiento	Todos los días	Algunos días	Ningún día
	¿Cuáles de las siguientes conductas presenta el niño, hacia sus compañeros?			
1	Patear			
2	Morder			
3	Aruñar			
4	Empujar			
5	Pegar			
6	Pellizcar			
7	Destrucción de juguetes, útiles escolares o pertenencias de otros			
8	Agresión con objetos, hacia sus compañeros			
9	Revolcarse en el suelo			
10	Autoagresión			
11	Insultos			
12	Amenazas			
13	Palabras Hostiles			
14	Reacciones emocionales explosivas			
15	Gritos			
16	Burlas			
17	Manipulador			
18	Sentimientos de Superioridad			
19	Sentimientos de Inferioridad			
20	Falta de atención de sus padres			

ANEXO IV

Cuestionario para Padres

Iniciales del Niño(a): _____ Sexo: _____
 Edad: _____ años

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes planteamientos y respóndalos marcando con una X la respuesta que considere más adecuada, según su opinión. Recuerde ser objetivo.

Durante las últimas dos semanas:

No.	Planteamiento	Todos los días	Algunos días	Ningún día
	¿Cuáles de las siguientes conductas ha presentado su hijo?			
1	Patear			
2	Morder			
3	Aruñar			
4	Empujar			
5	Pegar			
6	Pellizcar			
7	Destrucción de juguetes, útiles escolares o pertenencias de otros			
8	Agresión con objetos, hacia otros			
9	Revolcarse en el suelo			
10	Autoagresión			
11	Insultos			
12	Amenazas			
13	Palabras Hostiles			
14	Reacciones emocionales explosivas			
15	Gritos			
16	Burlas			
17	Manipulador			
18	Sentimientos de Superioridad			
19	Sentimientos de Inferioridad			
20	Falta de interés o desmotivación			

ANEXO V

FICHA DE REGISTRO DE CONDUCTA DEL ESTUDIANTE

Iniciales: _____ Edad: _____

Lugar de Observación: _____

Fecha de aplicación: _____

CONDUCTAS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Pelea con otros, física o verbalmente.			
Trata de herir a otros			
Es ordenado			
Es inquieto			
Coopera			
Es productivo			
Es sumiso			
Es indeciso			

Observaciones: _____

ANEXO VI

ANAMNESIS INFANTIL

DATOS GENERALES:

Iniciales: _____ Edad: _____ Años Sexo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____

Lugar que ocupa en la familia: _____

DATOS FAMILIARES:

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____

Actualmente vive con _____

Parentesco	Nombres	Escolaridad	Ocupación

¿Todos los hijos son del mismo padre? _____

¿Ha tenido abortos? _____ ¿Cuántos? _____

EMBARAZO:

¿Planificó su embarazo? _____ ¿Ambos desearon tenerlo? _____

¿Tuvo problemas físicos durante el embarazo? _____ ¿Cuáles? _____

¿Tuvo problemas emocionales durante el embarazo? _____ ¿Cuáles? _____

¿Trató de abortar? _____ ¿Por qué? _____

NACIMIENTO:

Parto normal () Cesárea ()

Recibió atención de: Médico () Comadrona ()

¿Tuvo complicaciones durante el parto? _____ ¿Cuáles? _____

_____ Ti

empo de embarazo: _____ Posición del bebe al nacer: _____

Peso: _____ Talla: _____ Color: _____ Llanto: _____

¿Alguna vez convulsionó? _____ ¿Por qué? _____

PRIMERA INFANCIA:

Enfermedades Importantes: _____

Accidentes de consideración: _____

Impresiones fuertes, temores: _____

Lactancia materna exclusiva: _____ Lactancia mixta: _____

Edad del Destete: _____

A qué edad levantó la cabeza: _____ meses

A qué edad se sentó sólo a: _____ meses

A qué edad caminó: _____ meses

A qué edad balbuceó: _____ meses

A qué edad habló: _____

A qué edad tuvo control de esfínteres: _____

HÁBITOS E INTERESES:

Apetito: Bueno () Regular () Malo ()

Cuál es su comida preferida: _____

Qué comida le desagrada: _____

Es ordenado () Colaborador () Obediente () Hace berrinches ()

¿Se baña sólo? _____ ¿Se viste sólo? _____ ¿Se peina sólo? _____

¿Duerme bien? _____ Ronca _____ Habla dormido _____ Rechina los dientes _____

Hora de acostarse _____ pm Hora de levantarse _____ am

¿Juega con niños de su edad? _____ ¿De su mismo sexo? _____

¿Qué juegos prefiere? _____ ¿Le gustan los animales? _____

Practica algún deporte _____ Asiste a algún grupo Social o Religioso _____

¿Ayuda en casa? _____ ¿En qué? _____

VIDA FAMILIAR:

¿Salen de paseo o visitas en familia? _____

¿Cómo corrige a su hijo? Golpes () Regaños () Consejos ()

¿Cómo le demuestran afecto? _____

¿Cuánto tiempo le dedican diario a conversar juntos? _____

¿Qué espera de su hijo? _____

¿Su hijo es feliz? _____

ESCOLARIDAD:

¿A qué edad asistió por primera vez a la escuela? _____

¿Durante este tiempo ha observado que se le dificulta algo? _____

¿Apoya a su hijo en el aspecto académico? _____

¿Participa Ud. en las actividades del centro educativo? _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____ ENTREVISTADORA: _____

ANEXO VII

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Iniciales: _____ Edad: ____ años Sexo: _____ Fecha: _____

ASPECTO	Adecuado	Inadecuado
Apariencia Física		
Higiene Personal		
Expresión Facial y Mirada		

CONDUCTA	Sí	No
Colaborador		
Abierto		
Temeroso		
Hostil		
Sumiso		
Indeciso		
Pelea física o verbalmente con otros		

ANIMO	Sí	No
Euforia		
Depresión		
Alegría		
Miedo		
Culpa		
Ansiedad		
Tristeza		

COMPORTAMIENTO	Sí	No
Adaptado		
Coopera		
Nervioso		
Inquieto		
Agresivo		
Ordenado		

LENGUAJE	Sí	No
Coherente		
Escaso		
Tartamudeo		

PENSAMIENTO	Sí	No
Orientado en tiempo		
Orientado en persona		

MEMORIA	Sí	No
Reciente		
Remota		

Observaciones: _____

ANEXO VIII

Diario de Campo

Lugar y Fecha: _____

Hechos	Percepciones

ANEXO IX

HOJA DE EVOLUCION PSICOLÓGICA

Iniciales: _____ Edad: ____ años

Fecha y Hora de Atención	Evolución

Tabla 2**Respuestas de las Conductas Observadas en Ficha de Observación****Diagnóstico Inicial**

CONDUCTAS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Pelea con otros, física o verbalmente.	3	11	10
Trata de herir a otros	5	15	4
Es ordenado	2	9	13
Es inquieto	2	12	10
Coopera	4	6	14
Es productivo	6	12	6
Es sumiso	18	6	0
Es indeciso	10	14	0

Fuente: Datos tabulados de ficha de registro de observación inicial de conducta del estudiante dentro del colegio. Cuestionario para docentes.

Tabla 4
Conductas Observadas en Ficha de Observación
Diagnóstico Final

CONDUCTAS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Pelea con otros, física o verbalmente.	9	8	7
Trata de herir a otros	12	7	5
Es ordenado	2	4	18
Es inquieto	6	10	8
Coopera	2	3	19
Es productivo	2	9	13
Es sumiso	17	7	0
Es indeciso	12	12	0

Fuente: Datos tabulados de ficha de registro de observación final de conducta del estudiante dentro del colegio. Cuestionario para docentes.