

**APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL NATURAL (GIN) EN NIÑOS
AGRESIVOS, CON EDADES QUE OSCILAN ENTRE SEIS Y DOCE AÑOS,
RESIDENTES EN LA ALDEA INFANTIL S.O.S DE LA CIUDAD DE SAN
MIGUEL EN EL AÑO DE 2003.**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES:

**DRA. MARIA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA**

**ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA
VICE- RECTOR ACADEMICO**

**DRA. CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS
VICE- RECTORA ADMINISTRATIVA**

**LICDA. LIDIA MARGARITA MUNOZ VELA
SECRETARIA GENERAL**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES:

**ING. JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA
DECANO INTERINO**

**LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA**

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES:

**LICDO Y MSC. ELADIO FABIÁN MELGAR
JEFE DEL DEPARTAMENTO**

**LICDO. RENÉ HUMBERTO RUIZ RAMÓN
COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE
GRADUACIÓN**

**LICDO. MATILDE RICARDO GARCIA CANTÓN
DOCENTE DIRECTOR**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO

Por haberme dado la sabiduría y la tenacidad necesaria para culminar mis estudios con satisfacción.

A MI ESPOSO

Por el amor, la comprensión y el apoyo que me brindó en el transcurso de mis estudios. Gracias Roberto por estar siempre conmigo ayudándome y dándome fuerzas para seguir adelante.

A MIS PADRES

Gertrudis y Guadalupe, gracias por quererme tanto, gracias por todo el apoyo que me dieron.

A MIS HERMANOS

Amparo, Rubén, René, y María gracias por hacer mi sueño realidad, toda mi vida les agradeceré por el apoyo que me dieron en toda mi carrera.

A MIS SOBRINOS

Por el apoyo emocional que me dieron para alcanzar mis objetivos.

AL DOCENTE DIRECTOR DE TESIS

Licdo. Matilde Ricardo García Cantón por sus conocimientos que nos transmitió para realizar el trabajo de investigación.

BLANCA ESTELA LIZAMA DE GUILLEN.

AGRADECIMIENTOS

EN PRIMER LUGAR A PAPITO DIOS

Por estar conmigo siempre bendiciéndome y guiándome por el camino del conocimiento por que sin El no hubiese sido posible coronar mi carrera. Gracias mil TE AMO.

A MI MAMÁ

Rosario Villatoro por todo su apoyo, cariño, comprensión y por no permitir que los momentos difíciles en mis estudios me vencieran. Me brindó con mucho esfuerzo los medios necesarios para culminar mis estudios, por todo esto mamita te dedico este triunfo te quiero mucho.

A mi abuelita Angelina, Rigoberto y mis tíos Canda, Martha, Teresa y Luís por apoyarme y estar conmigo siempre que los he necesitado. Gracias a ellos he podido llegar al feliz término de mis estudios.

A MIS AMIGOS

Por su apoyo y colaborar de una u otra forma para lograr una de mis metas. A ellos les digo: “¡lo logré! Gracias por estar conmigo en esta también”.

AL DOCENTE DIRECTOR DE TESIS

Lic. Matilde Ricardo García Cantón por contribuir en la realización del presente trabajo de graduación.

A todos ustedes esperando que esta investigación les ayude de alguna manera en su formación académica.

JASELY VILLATORO.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
TITULO.....	2
INTRODUCCION.....	7
I. MARCO METODOLÓGICO.....	9
- 1.1. Población y muestra.....	9
- 1.2. Instrumento y materiales.....	10
- 1.3. Procedimiento.....	11
- 1.4. Diseño.....	13
- 1.5. Planteamiento y formulación del problema.....	14
- 1.6. Objetivo de investigación.....	17
- 1.7. Hipótesis de trabajo.....	17
- 1.8. Definición de variables.....	17
- 1.8.1. Variable independiente.....	17
- 1.8.2. Variable dependiente.....	19
- 1.8.3. Variables intervinientes.....	20
II. MARCO TEÓRICO.....	22
- 2.1. Terapia lúdica.....	22
- 2.1.1. Antecedentes.....	22
- 2.2. Enfoques para el desarrollo de la terapia de juego.....	27
- 2.3. Etapas del juego.....	30

- 2.4. Usos terapéuticos del juego.....	31
- 2.5. El papel de los juegos en la consultoría.....	32
- 2.6. Terapia de juego en formato de grupo.....	35
- 2.7. Psicoterapia Infantil Natural (GIN).....	37
- 2.7.1. Antecedentes.....	37
- 2.8. Aspectos fundamentales en el desarrollo de la psicoterapia infantil natural.....	40
- 2.9. La agresividad.....	43
- 2.10. Perspectivas teóricas sobre la agresividad.....	45
- 2.10.1. Perspectiva psicoanalítica.....	46
- 2.10.2. Perspectiva etológica o evolutiva.....	46
- 2.10.3. Perspectiva conductual.....	47
- 2.11. Teorías de la agresividad.....	47
- 2.11.1. Teoría de la frustración- agresión.....	48
- 2.11.2. Teoría del aprendizaje social.....	48
- 2.12. Modelo cognitivo.....	49
- 2.13. Bases biológicas de la agresión.....	49
- 2.14. Tipos de agresividad.....	50
- 2.15. Causas de la agresión.....	53
- 2.16. Tratamiento.....	56
- 2.16.1. Modelo psicoanalítico.....	56
- 2.16.2. Modelo centrado en el cliente.....	57
- 2.16.3. Modelo conductual.....	58
- 2.16.4. Algunas consideraciones sobre el castigo en general.....	59

- 2.16.5. Modelo del aprendizaje social.....	61
- 2.17. Métodos de evaluación de la agresividad.....	62
- 2.17.1. Escala de clasificación conductual de Devereux-forma escolar.....	62
- 2.17.2. Técnica de apercepción de Roberts para niños.....	64
- 2.17.3. Lista de verificación de la conducta para niños – forma de obser- vación directa.....	65
- 2.17.4. Nominación de los compañeros.....	67
- 2.18. Fundamentación del programa psicoterapéutico.....	67
III. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	70
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
- 4.1. Conclusión.....	75
- 4.2. Recomendaciones.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	80
Anexo 1. Proceso de validación de la escala de agresividad.....	81
Anexo 1.1. Escala de agresividad en su versión original.....	84
Anexo 2. Matriz de correlaciones de la escala de agresividad.....	86
Anexo 3: Proceso de confiabilización de la escala de agresividad.....	87
Anexo 3.1. Matriz de datos en la aplicación piloto.....	89
Anexo 3.2. Confiabilidad de la escala de agresividad (método de mitades partidas).....	90
Anexo 3.3. Matriz de puntuaciones obtenidas.....	91
Anexo 3.4. Escala de agresividad validada y confiabilizada.....	93
Anexo 4. Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.....	94

Anexo 5. Proceso estadístico de la prueba “t de Student”	108
Anexo 6. Tabla de distribución “t de Student”	115
Anexo 7. Hoja de registro.....	116

INTRODUCCION

La agresividad es un problema que actualmente está afectando a las personas y en especial a los niños, quienes son probablemente los más afectados por la dificultad que éstos tienen al resolver conflictos, por lo cual es importante hacer uso de técnicas idóneas para tratar de disminuir dicho problema.

En nuestro país son pocas las investigaciones que se han realizado proponiendo técnicas nuevas orientadas al tratamiento de la agresividad infantil. Debido a esta necesidad se realizó una investigación en la Aldea Infantil S.O.S., la cual se hizo para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Habría diferencia entre el nivel de agresividad que presenta un grupo de niños al que se le aplica la Psicoterapia Infantil Natural (GIN) y el nivel de agresividad de otro grupo de niños al que no se le aplica ningún tratamiento, éstos con edades que oscilan entre seis y doce años, residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de la ciudad de San Miguel en el año de 2003?

La investigación tuvo como objetivo investigar si con la aplicación de la Psicoterapia Infantil Natural (GIN) disminuye la agresividad un grupo de niños, éstos con edades que oscilan entre seis a 12 años.

Dicha investigación fue de tipo experimental. Se utilizó el diseño con preprueba – posprueba y grupo de control. La variable independiente fue la Psicoterapia Natural infantil (GIN) y la variable dependiente fue la agresividad.

La hipótesis de trabajo que se formuló fue:

“El nivel de agresividad que presenta un grupo de niños al que se le aplica la Psicoterapia Infantil Natural (GIN) será diferente que el nivel de agresividad de otro grupo de niños al que no se le aplica ningún tratamiento, éstos con edades que oscilan entre seis y doce años, residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de la ciudad de San Miguel en el año de 2003.

La muestra del estudio se seleccionó de los doce hogares de la Aldea Infantil S.O.S. Los niños que participaron en el estudio fueron diez, con edades que oscilan entre seis a 12 años y un nivel educativo que va desde parvularia hasta sexto grado. Los niños se eligieron con la ayuda de las madres sustitutas y el director de la aldea debido a que ellos conocían a los niños que presentaban agresividad en el lugar.

Con los diez niños se formaron dos grupos al azar (por medio de papeles) de los cuales cinco conformaron el grupo experimental (aplicación de la GIN) y los cinco restantes el grupo control (no se sometió a ningún tratamiento).

Según los resultados que se obtuvieron en la investigación, el valor “t” es significativo tomando como base el nivel de confianza de 0.05. De acuerdo a estos datos se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

En síntesis, los niños a quienes se les aplicó la GIN, disminuyeron su agresividad, esto quiere decir que el juego es una herramienta útil para tratar problemas conductuales ya que es en ese medio que el niño puede desenvolverse y expresarse libremente.

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO

1.1. Población y Muestra.

Se trabajó con un grupo de niños que presentaban agresividad, residentes en la Aldea Infantil S.O.S de la ciudad de San Miguel.

Muestra.

La muestra que se utilizó fue no probabilística, también llamada muestra dirigida; es decir, que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema” (Sampieri y coautores, 1998, pág. 226 y 227).

En este caso, con la ayuda de las madres sustitutas y el director se seleccionó los niños que manifestaban agresividad.

Dicha muestra se extrajo de los 12 hogares de la Aldea, haciendo un total de diez niños (9 varones y una hembra), cuyas edades oscilaban entre seis y doce años, con un nivel educativo que iba desde parvularia hasta sexto grado; la mayoría de estos niños procedían de diferentes zonas tales como: zona occidental, central, paracentral, y oriental.

El requisito para formar parte del experimento fue que los niños presentaran agresividad y que asistieran a las sesiones.

1.2. Instrumento y materiales

El instrumento que se utilizó para medir la agresividad fue una escala que contenía 22 ítems, 20 negativos y dos positivos con cuatro posibles respuestas (ver anexo 3.4: escala de agresividad validada y confiabilizada). Los ítems negativos se puntuaron 1, 2, 3, 4 y los ítems positivos 4, 3, 2, 1. La puntuación mínima que se puede tener en la escala es de 22 y la puntuación máxima es de 88.

La interpretación de los resultados fue a mayor puntaje mayor agresividad así:

22 - 44: agresividad leve.

45 - 66: agresividad moderada.

67-88: agresividad grave.

Además de la escala de agresividad, se hizo uso de una hoja de registro en donde se llevó el control de cada niño, por ejemplo:

+ indicaba que el niño ha disminuido su agresividad

= indicaba que el niño sigue igual

- indicaba que el niño ha aumentado su agresividad (ver anexo7: hoja de registro).

Materiales.

Los materiales que se utilizaron especialmente en la primera sesión del programa de tratamiento fueron los cojines de tamaño mediano, cuadrados, rellenos de espuma recortada y de diferentes colores.

1.3. Procedimiento.

Se visitó la institución (Aldea Infantil S.O.S.) de donde se extrajo la muestra (muestra no probabilística). Una vez obtenida la muestra se hizo la asignación al azar, por medio de ésta se determinó que cinco niños conformarían el grupo experimental y cinco el grupo control.

El siguiente paso fue la aplicación de la preprueba (escala de agresividad) a ambos grupos. Esta se aplicó de manera individual en forma de entrevista. Se dieron las indicaciones siguientes: “a continuación se te leerá una serie de afirmaciones con sus cuatro posibles respuestas (nunca, pocas veces, a menudo, siempre), elige la que más se adecúe a tu caso. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas”.

El paso siguiente fue la ejecución del programa psicoterapéutico, para ello, se estableció que las sesiones se harían en un salón de la Aldea, en el cual no hubiera ningún estímulo. Las sesiones se realizaron una vez por semana (cada viernes) con una hora de duración.

Debido a que eran dos grupos, primero se reunía el grupo experimental (2:00pm) y después el grupo control (3:00pm).

Con los sujetos del grupo experimental se hizo un juego diferente en cada sesión, pero manteniendo las tres fases de la psicoterapia, siendo estas:

- “El juego”, el cual implicaba actividad física. Esta fase duraba un promedio de 20mn. Se les explicaba el juego de ese día y cuando era “juego libre” la consigna era “hoy se les permitirá jugar de lo que ustedes quieran, usen su imaginación. Pueden comenzar”.

- Después del juego se pasaba a la fase de “pensar”, la cual duraba un promedio de 25mn. En esta los niños expresan abiertamente sus reflexiones sobre el juego de ese día. De acuerdo al juego se les hacían preguntas.
- La última fase “organizar”, por lo general duraba 5mn aproximadamente. Se les enseñó a ordenar y/o poner las cosas en su lugar.

El grupo control no recibió tratamiento, solamente se reunió para jugar o pintar sin ningún objetivo terapéutico.

Se llevaba una hoja de registro semanal de cada uno de los niños en donde se anotaba si el menor iba mejorando, si seguía igual o empeoraba. También se escribían las observaciones generales del niño durante la terapia.

En el lugar asignado solamente se hicieron las seis primeras sesiones debido a que la institución asignó a personas para realizar actividades propias de la Aldea, por lo que se cambió de lugar (se trabajó en la cancha de basketball).

Al finalizar el programa psicoterapéutico se aplicó la posprueba de la misma manera que la preprueba.

Se concluyó con un refrigerio y se les agradeció tanto a los niños como al director y a la psicóloga de la Aldea por la participación y colaboración en el programa de tratamiento.

1.4. Diseño

El diseño que se utilizó fue el diseño con preprueba – posprueba y grupo de control. Este diseño incorporó la administración de preprueba (escala de agresividad) a los grupos que formaron el experimento, los cuales previamente fueron asignados al azar. Un grupo recibió tratamiento experimental (grupo experimental) y otro no (grupo control). Al final a ambos grupos se les administró la posprueba (misma escala de agresividad).

El diseño que se utilizó puede diagramarse así:

RG ₁	O ₁	X	O ₂
RG ₂	O ₃	—	O ₄

Donde:

RG₁ = Grupo experimental.

O₁ = Preprueba.

X = Psicoterapia Infantil Natural (GIN).

O₂ = Posprueba.

RG₂ = Grupo control.

O₃ = Preprueba.

— = Sin tratamiento.

O₄ = Posprueba.

1.5. Planteamiento y formulación del problema

La agresividad, es un problema que no solo afecta al menor sino que también a las personas que lo rodean.

El niño agresivo muchas veces es rechazado por otros niños por el hecho de que daña a los demás y se haya en dificultades frecuentemente, lo que puede ocasionar que sea un niño solitario e inconforme consigo mismo y con todo lo que le rodea.

Por su parte; los padres, por lo general, se auxilian de métodos como el castigo o el reforzamiento negativo para tratar de solventar dicho problema, lo que en la mayoría de los casos, lejos de darle solución a la problemática la empeora, ocasionando que el niño se comporte aun más rebelde. Lo que trae consecuencias negativas tanto para los padres como para los hijos.

Se han hecho diferentes investigaciones para darle solución al problema de la agresividad, en estos estudios se ha comprobado la efectividad de algunas técnicas para el tratamiento del problema mencionado. Algunas de las técnicas que se han utilizado son las siguientes:

- Economía de fichas

Kazdin (citado por Johnson y coautores, 1992), explica que la economía de fichas es un programa de reforzamiento sistemático y altamente complejo, donde las mismas se emplean como reforzadores. Las fichas son reforzadores condicionados tales como dinero, puntos o estrellas. Al niño, se le refuerza directamente con ellas por conductas deseables, y

se les intercambia más adelante por atractivos reforzadores de apoyo como son alimentos, juguetes y actividades.

La economía de fichas ha sido diseñada para enseñar conductas apropiadas y desechar aquellas indeseables en los niños.

Phillips (citado por Johnson y coautores, op.cit.), aplicó un programa de economía de fichas a un grupo de niños agresivos. Cada vez que los niños tenían una conducta aceptable ganaban puntos. Estos puntos se convertían en distintos privilegios como dinero, ver televisión, irse tarde a la cama, etc. A medida que iba pasando el tiempo, los niños presentaban más conductas deseables que indeseables, explicó.

- Extinción.

Otra técnica de tratamiento para la agresividad es la de extinción, en este procedimiento, se retira el reforzamiento de una conducta que antes era reforzada, lo que da lugar a que disminuya su frecuencia. Por ejemplo, si antes la madre cumplía los deseos del niño cada vez que éste presentaba una rabieta, en la extinción, evitará acudir al niño cuando lllore y de esta forma retirará la conducta indeseada.

Kizdin (citado por Johnson y coautores, op.cit.), describe que en la extinción se refuerzan conductas deseables e incompatibles con la conducta por eliminar, en otras palabras, el niño aprende métodos alternativos para obtener reforzamiento de manera más aceptable.

Williams (citado por Johnson y coautores, op.cit), aplicó el procedimiento de extinción a un niño que hacía berrinches exagerados y decía palabras soeces cuando sus padres salían de su recámara, después de dejarlo en la cama, lloraba y los insultaba hasta que regresaban. Debido a ello, a menudo tenían que permanecer hasta dos horas junto a él hasta que se dormía. Con base a la suposición de que la atención de los padres servía para reforzar estos berrinches, se siguió un procedimiento de extinción donde se les pidió a los padres que pusiesen al niño en la cama y no volvieresen a su habitación al comenzar su berrinche. Al principio, éste duró 45 minutos a partir de que se dejaba a solas, para la segunda noche, el llanto y las palabras soeces a penas duró 15 minutos y para la décima, el niño ya no hacía berrinches.

- Centrada en el cliente

Otra técnica utilizada es la centrada en el cliente, este tipo de tratamiento le da la oportunidad al menor, de expresar sus conflictos emocionales a través del juego.

Axline (citada por Johnson y coautores, op.cit.), aplicó éste método a un niño con problemas de agresividad. El niño fue llevado a un cuarto de juego para que expulsara toda su agresión mediante el juego, además se dejó en completa libertad para expresarse. Este nulo control en el niño, le permitió al menor desahogar sus conflictos emocionales. Al final del tratamiento, el menor disminuyó su problemática, relató.

En nuestro país, se han hecho pocos estudios sobre técnicas específicas para tratar el problema de agresividad. Debido a la necesidad que hay de conocer técnicas nuevas para

tratar dicha problemática, se realizó ésta investigación para dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Habría diferencia entre el nivel de agresividad que presenta un grupo de niños al que se le aplica la psicoterapia infantil natural (GIN) y el nivel de agresividad de otro grupo de niños al que no se le aplica ningún tratamiento, éstos con edades que oscilan entre seis y doce años, residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de la ciudad de San Miguel en el año de 2003?

1.6. Objetivo de investigación

El objetivo de investigación que se planteó fue:

“Investigar si con la aplicación de la psicoterapia infantil natural (GIN) disminuye la agresividad un grupo de niños, éstos con edades que oscilan entre seis a doce años, residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de la ciudad de San Miguel en el año de 2003”.

1.7. Hipótesis de trabajo

La hipótesis de trabajo que se formuló es la siguiente:

El nivel de agresividad que presenta un grupo de niños al que se le aplica la psicoterapia infantil natural (GIN) será diferente que el nivel de agresividad de otro grupo de niños al que no se le aplica ningún tratamiento, éstos con edades que oscilan entre seis y doce años de edad cronológica residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de la ciudad de San Miguel en el año de 2003.

1.8. Definición de variables

1.8.1. Variable independiente

Psicoterapia Infantil Natural (GIN)

- Definición conceptual

La GIN, es una terapia grupal sin juguetes dirigida a tratamientos de problemas infantiles específicos tales como agresividad, enuresis, entre otros. Ésta utiliza el juego en tres fases; la primera, consiste en incrementar los ataques y la agresión en los niños utilizando la ley de “lo que me hagas te lo hago”. La segunda consiste en pensar, en ésta etapa participan todos los niños y las terapeutas; en ella comentan, describen y relatan lo que sucedió, además se permite que hagan dramatizaciones. La tercera fase consiste en observar actitudes reparadoras hacia los objetos individuales y hacia el grupo, es decir, viene la organización (Rodríguez, 2003, disponible en: [http:// www.latarea.com.mx/articulo/articulo6/rodriguez.htm](http://www.latarea.com.mx/articulo/articulo6/rodriguez.htm)).

- Definición operacional

Se elaboró un programa de actividades para el grupo psicoterapéutico. El tiempo para realizar cada sesión era de una hora. Se reunía una vez por semana haciendo un total de 15 sesiones. Cada actividad se iniciaba dándole la bienvenida al grupo, luego se aplicaban las tres fases de la terapia, la primera era la del juego, en ésta los niños jugaban y descargaban agresividad, la segunda fase fue la de pensar, en ésta los menores expresaban

todo lo que habían sentido en el juego, la tercera fase fue la de reorganizar, en ésta se le enseñaba a los niños a poner las cosas en su lugar.

Cada una de las actividades que se realizaba, llevaba un objetivo ha alcanzar. La técnica que se utilizaba para realizar las actividades era oral y en otras dramatizaciones. La metodología ha aplicar dependía de la actividad que se fuera a realizar, además, ambas investigadoras se responsabilizaban por cada sesión (Ver anexo 4: programa de actividades para el grupo psicoterapéutico).

Se trabajó con diez niños y se formaron dos grupos uno experimental y el otro de control.

Control

Se cumplió con las 15 sesiones estipuladas y el tiempo asignado para cada reunión, se siguió paso a paso los lineamientos de la Psicoterapia Infantil Natural (GIN), es decir, se aplicó en sus tres fases: la primera fue “el juego”, la segunda de “pensar” y la tercera “reorganizar”, además se utilizó una hoja de registro en donde se llevaba el control de las actividades realizadas en cada sesión.

1.8.2. Variable dependiente

La agresividad

- Definición conceptual

Genovard y coautores (1987, Pág. 19), definen la agresión como “una reacción de lucha y sus componentes son: la falta de satisfacción, la rabia, la protesta y una cierta violencia o esfuerzo por cambiar las cosas”.

- Definición operacional

Se elaboró una escala de 22 ítems, 20 negativos y dos positivos con sus cuatro posibles respuestas. (Los ítems del instrumento representaban comportamientos típicos en los niños agresivos).

Control.

Para asegurarse que la escala de agresividad midiera lo que pretendía medir se realizó la validez y confiabilidad de la misma. En la validez se utilizó el programa de computadora E-views y en la confiabilidad se hizo uso del método de mitades partidas y el coeficiente de correlación de Pearson.

Finalmente, al aplicar la escala de agresividad, se aseguró de que las instrucciones fueran lo más claramente posible y que los niños comprendieran cada ítem.

1.8.3. Variables Intervinientes

- El lugar no reunía las condiciones necesarias para hacer el experimento.

Para realizar un tratamiento en grupo, es necesario que el lugar en donde se realizará el experimento sea el adecuado, ya que solo así se logrará resultados satisfactorios.

Control

Esta variable fue difícil de controlar debido a que en la Aldea no se cuenta con un lugar idóneo para tratamiento grupal, debido a esto se trabajó al aire libre (cancha de la Aldea).

-Intromisiones de terceras personas que no participan en el experimento.

Las intromisiones de terceras personas en el grupo psicoterapéutico, puede causar alteraciones en los resultados del experimento, por tal motivo, en el grupo solo deben de estar los que participarán.

Control

Las intromisiones que se dieron se controlaron a través del diálogo, por medio del cual se le hizo ver a la persona involucrada que su asistencia e intervención en el programa psicoterapéutico dañaba los resultados del mismo.

Variables de las investigadoras:

Inasistencia de una de las investigadoras a la sesión.

Control

Una de las investigadoras se responsabilizó por la sesión y por las actividades que le correspondían a la que faltó.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Terapia lúdica

2.1.1. Antecedentes:

La terapia de juego ha sido muy utilizada en el tratamiento psicológico. A pesar de ello no se ha desarrollado una definición única y comprensible del término “juego”. Hay muchos autores que la definen de diferentes maneras, dentro de ellas está, la definición proporcionada por Klein (citado por Arteaga, 2003, [http:// www.monografias.com/trabajos/juegoafisica/juegoafisica.shtml](http://www.monografias.com/trabajos/juegoafisica/juegoafisica.shtml)), quien explica que el juego es el modo que tiene el niño de expresar de manera simbólica sus fantasías, sus fantasmas, sus deseos.

En otras palabras, el juego le da la oportunidad al menor de liberar sus problemas y miedos.

Otra definición de juego la proporciona Huizinga (citado por Arteaga, op. cit.), quien manifiesta que el juego es una acción o actividad voluntaria que se desarrolla sin interés material.

De acuerdo a ésta definición, los menores expresan su sentimiento de tensión y alegría mediante el juego y lo hacen espontáneamente, es decir, sin presión alguno.

Erikson (citado por Schaefer y coautor, 1988, Pág.2), también define el juego, él afirma que “el juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales con el sí mismo”. En general, se piensa que el juego es la antítesis del trabajo.

En otras palabras, para que se de el juego, el niño debe de estar motivado intrínsecamente, sino lo está el terapeuta debe propiciar el medio necesario para lograr la participación del menor.

Hay diferentes corrientes que utilizan el juego en la terapia para tratar problemas infantiles, dentro de estas corrientes está el psicoanálisis.

Freud (citado por Schaefer y coautor, op. cit.), fue uno de los primeros en utilizar el juego en la terapia, él desarrolló la psicoterapia con niños para tratar de aliviar la reacción fóbica de su ahora histórico paciente Hans. Freud no trató directamente a Hans, pero le sugirió al padre del niño algunas formas para resolver los principales problemas del menor. Aunque esto sucedió hace mucho tiempo, fue el primer caso terapéutico que condujo a los descubrimientos necesarios para tales intervenciones.

El juego no se usó directamente en la terapia infantil hasta 1919 por (Hug-Hellmoth, citado por Shaefer y coautor, op. cit.), quien pensaba que era una parte esencial en el análisis infantil.

Anna Freud y Melanie Klein (citadas por Schaefer y coautor, op. cit.), escribieron sobre como adaptaron la técnica psicoanalítica tradicional para su uso con niños,

incorporando el juego en sus sesiones. La meta principal de su enfoque era ayudar a los niños a trabajar con sus dificultades o traumas auxiliándolos a obtener confianza.

En 1928 Anna Freud (citada por Schaefer y coautor, op. cit.), empezó a usar el juego como una forma de atraer a los niños a la terapia, ya que la mayoría de los niños no asisten a terapia voluntariamente; son llevados por sus padres y son éstos, no los niños quienes tienen el padecimiento. Utilizó juegos y juguetes para interesar al niño tanto en la terapia como en el terapeuta.

Es difícil trabajar con niños, sin embargo, cuando se utiliza el juego como terapia es fácil y más aun cuando se utilizan juguetes. El juego estimula al niño a expresar y a desahogar lo que siente en su interior.

Melanie Klein (citada por Schaefer y coautor, op. cit.), propuso utilizar el juego como un sub-título directo de las verbalizaciones. Consideraba al juego como un medio de expresión natural del niño. En la terapia de juego Kleiniana, se le da la oportunidad al niño de expresar todo lo que siente a través del juego, es decir, por medio de sus verbalizaciones.

Las nuevas tendencias neopsicoanalíticas también han utilizado el juego en la terapia.

Adler y Rank (citados por Johnson y coautores, 1992), utilizaron el juego como tratamiento. Ellos rechazan el pensamiento ortodoxo del psicoanálisis, esto quiere decir que

su terapia no se enfoca en los impulsos instintivos (sexual y agresivo), sino que se ocupa más del individuo en términos de su auto concepto y relaciones personales.

Rank (citado por Johnson y coautores, op. cit.), amigo y discípulo de Freud, insistió mucho en la relación terapeuta como método para ayudar al individuo a conocerse y a diferenciarse del terapeuta y otras personas del ambiente.

Según este autor, para que se diera la terapia de juego era de vital importancia la relación de terapeuta – niño, ya que solamente así ayudaría al menor a expresar a través del juego su problemática.

Axline (citada por Johnson y coautores, op.cit.), quien es también de tendencia neopsicoanalítica, utilizó el juego en su psicoterapia centrada en el cliente. Esta tiene como finalidad ayudar a los niños a expresar de uno u otro modo su problema.

La terapia de juego centrada en el cliente se atribuye a la teoría rogeriana del desarrollo de la personalidad y restauración que sustentan la terapia centrada en el cliente adulto. Ambos enfoques se derivan de la creencia de que existe una poderosa fuerza dentro de cada individuo que lucha continuamente por la autorrealización.

Este enfoque es no directivo, esto significa que el terapeuta puede dejar la responsabilidad y dirección al niño.

Axline (citada por Shaefer y coautor, op. cit.), explica que la conducta del individuo parece causada todo el tiempo por un impulso, el de la completa auto- realización. El impulso hacia la auto realización persiste y la conducta del individuo demuestra que satisface este impulso interior luchando por establecer su auto- concepto.

Las manifestaciones exteriores de conducta dependen de la integración de experiencias presentes y pasadas, condiciones y relaciones, pero están encaminadas a la satisfacción de este impulso interior que continúa a lo largo de la vida.

En la terapia centrada en el cliente se le da la libertad al niño de ser él mismo sin enfrentar la evaluación o presión para cambiar. Le da la oportunidad de experimentar el crecimiento bajo condiciones más favorables, esto es, al jugar con sus sentimientos el niño los trae a la superficie, los encara, aprende a controlarlos o abandona.” El niño empieza a darse cuenta de su potencialidad para ser un individuo, pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente y con lo anterior tomar conciencia de su individualidad” (Axline, citada por Shaefer y coautor, op.cit. Pág.18).

En el enfoque centrado en el cliente que corresponde a niños, como lo señaló Axline (citada por Shaefer y coautor, op.cit. Pág. 133), presenta las siguientes características:

1. “El terapeuta debe establecer cuanto antes una compenetración cordial con el niño.
2. Aceptar al pequeño exactamente como es.
3. Crear una atmósfera permisiva en la relación, a fin de que el chico se sienta libre para expresar todo lo que sienta.

4. Reconocer los sentimientos que expresa el niño y reflejárselos de modo que éste perciba aspectos profundos de su conducta.
5. Mantener un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus propios problemas. Corresponde al niño tomar decisiones y poner en práctica los cambios.
6. El terapeuta no trata en modo alguno de dirigir los actos ni la conversación del pequeño; éste señala el camino y aquél lo sigue.
7. El terapeuta no intenta acelerar la terapia. Es un proceso gradual y como tal lo reconoce el especialista.
8. Solo impone las restricciones esenciales para que la terapia no pierda el sentido de la realidad y el chico tenga presente su propia realidad en esta relación”.

Como se puede notar el terapeuta le da la completa responsabilidad al menor de poder cambiar poco a poco su conducta; esto quiere decir, que el niño no recibe presiones por parte del terapeuta para que se produzcan los cambios.

2.2. Enfoques para el desarrollo de la terapia de juego

En los últimos años de 1930 se desarrolló una técnica de terapia de juego, conocida ahora como terapia estructurada, usando la terapia psicoanalítica como una base a un enfoque orientado hacia objetivos.

Levy (citado por Schaefer y coautor, op. cit.), desarrolló una técnica llamada “Terapia de Liberación”, para tratar niños que habían experimentado un suceso traumático

específico. Dicha técnica consistía en proporcionar al niño materiales y juguetes dirigidos a ayudarlo a recrear el suceso traumático mediante el juego.

También en 1938, Solomon (citado por Schaefer y coautor, op. cit.), desarrolló una técnica llamada terapia de juego activa para usarla con niños impulsivos. Pensaba que ayudar a un niño a expresar su ira y temor a través del juego tendría un efecto activo, debido a que el niño podría actuar sin experimentar la consecuencia negativa que temía. También enfatiza el desarrollo del concepto del tiempo en el niño proporcionándole ayuda para separar la ansiedad de traumas pasados y consecuencias futuras de la realidad de su situación de vida actual.

Esta terapia ayuda al menor a expulsar su enojo, la angustia que pueda tener de algún acontecimiento pasado o el temor hacia algo; todo esto, lo expresará a medida vaya jugando.

Tafl (citado por Schaefer y coautor, op. cit.), adaptó su línea de pensamiento para trabajar con niños en terapia de juego. Él enfatizaba el papel negativo que tiene el trauma del nacimiento sobre la habilidad del niño para establecer relaciones profundas. A través de la terapia se le brinda la oportunidad al niño de establecer una relación profunda con el terapeuta en su escenario, sintiéndose más seguro que en cualquier otro lugar debido al acuerdo terapéutico básico.

Para que la terapia de juego sea efectiva, es muy importante la relación de terapeuta-paciente y el lugar en donde se le brindará la terapia, ya que solo así el menor podrá tener una mayor confianza y por ende expresará todo lo que siente.

Hambridge (citado por Schaefer y coautor, op. cit.), diseñó sesiones de juego muy similares a las de Levy, con la diferencia de que fue más directivo al establecer las especificaciones de la situación de juego.

La terapia de juego familiar es una técnica ecléctica que combina los elementos de las terapias de juego y familiar con los métodos de educación para adultos, incluye una situación preplaneada de juego a padres, niño y un terapeuta. Es una técnica a corto plazo que va orientada a metas o sesiones de actividad planeadas con anterioridad por el terapeuta junto con los miembros de la familia.

La terapia de juego razonable se basa en la proposición de que necesita tratarse con igualdad a los niños. El propósito de esta corriente es elaborar las condiciones en las que tales niños puedan aprender formas proporcionalmente adaptativas de resolver dificultades y establecer relaciones interpersonales. Esto quiere decir, que el terapeuta participa activamente en el juego, en ocasiones conduciéndolo y en otras siguiéndolo, incluso tomando el papel relativamente pasivo de observador/interprete.

La terapia de juego prescrita incluye la habilidad del terapeuta para modificar las necesidades individuales del paciente, para lo cual emplea diferentes técnicas basadas en

los elementos del modelo de Piaget (citado por Schaefer y coautor, op. cit.), sobre el desarrollo de la conducta de juego, él propuso tres etapas:

a). La primera etapa se refiere al juego sensoriomotor que inicia con el nacimiento y continúa hasta los 18 o 24 meses. La función principal de éste tipo de conducta de juego es la simulación de información sensorial dentro del proceso cognoscitivo del niño.

b). La segunda etapa se basa en el desarrollo del juego simbólico o simulado que es la forma primaria de conducta de juego que se observa en niños de dos a seis años de edad.

c). La última fase se caracteriza por la participación del niño en juegos de reglas, comenzando cerca de los seis años de edad.

2.3. Etapas del juego

Finke (citado por Schaefer y coautor, 1988, pág. 22), desarrolló un sistema para codificar las conductas de las sesiones de juego que dieron evidencia de un proceso de tres etapas:

- “Etapa 1. El niño se muestra reticente o muy parlanchín y explora el cuarto de juego. Si muestra agresión lo hace aquí.

- Etapa 2. La agresión disminuye y el niño prueba los límites del cuarto de juego.

- Etapa 3. Los esfuerzos del niño se dirigen a intentar una relación con el terapeuta incluyéndolo en los juegos”. Las etapas uno y dos son cortas, la número tres ocupa la mayor parte de las sesiones.

Cada una de las etapas tiene como finalidad darle la oportunidad al niño de expresar su problema por medio del juego.

El cuarto de juego tiene como objetivo hacer que el niño expulse agresividad, también tiene como finalidad disminuir ésta problemática.

2.4. Usos terapéuticos del juego

Schaefer y coautor (1988), explican que los fundamentos para incorporar los medios del juego y el juego al trabajo con niños, se basan en los siguientes conceptos:

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
2. El niño se siente “en casa” en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que le concierne.
3. Un medio de juego facilita la comunicación y la expresión.
4. Permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, ansiedades.
5. Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.
6. Un adulto puede comprender mas completa y naturalmente el mundo de los niños observándolo en sus juegos. Se relacionan con ellos más fácilmente mediante las actividades del juego que tratando de inducir discusiones completamente verbales.

2.5. El papel de los juegos en la consultoría y en la terapia

Refiriéndose a los juegos, Capell (citado por Schaefer y coautor, op.cit, Pág.162), señala cuatro aspectos que los hacen particularmente útiles en la evaluación (orientada psicoanalíticamente), y como herramientas terapéuticas:

- “Las grandes distorsiones perceptuales y de juicio que regularmente ocurren.
- La excesiva importancia que se le da a los resultados.
- El compromiso afectivo profundo que por lo general acompaña al juego.
- La intensidad obvia de fantasía y actividad motora de los participantes y espectadores”.

Crocker y Wroblewski (citados por Schaefer y coautor, op.cit., Pág. 163), listan seis posibles funciones de ayuda que resultan de la utilización del juego en la consultoría o terapias:

1. “El uso de los juegos surge como una herramienta de evaluación proyectiva.
2. La utilización de un juego puede provocar una situación en la que la ansiedad a ciertas condiciones puede confrontarse y penetrarse.
3. El uso de los juegos también ofrece al jugador la oportunidad de aprender a enfrentar las “reglas del juego” como una analogía de vivir en forma responsable según normas aceptables por la sociedad, y de ver los derechos y privilegios propios en relación con los demás.

4. El uso de los juegos también puede ayudar a que surjan fantasías (sin importar la edad) y en el proceso se puede liberar potencial creativo para la vida y la solución de problemas.

5. La utilización de los juegos tienden a crear un clima seguro en el que puede experimentarse conductas nuevas. Los patrones conductuales se vuelven más aparentes por el proceso de cómo juegan los juegos las personas. Esta conciencia aumentada, facilita que las personas reconozcan y prueben nuevas conductas en la situación de juego y quizás generalizarlas a otras situaciones en la vida.

6. Realizar juegos terapéuticos conduce a conductas más novedosas. Explorar el significado de ganar o perder dentro del contexto seguro del jugar terapéuticamente puede ayudar a que la persona aprenda a enfrentarse a la agresividad con habilidad, retando, aceptando retos, siendo criticada, hostilizada o rechazada por los demás”.

Por otra parte, en las terapias psicoanalíticas, estructuradas y de relaciones, el juego tiene una función de comunicación. A través del juego se ayuda a los niños a exponer y posteriormente resolver sus trastornos emocionales, conflictos o traumas. Por el contrario, la terapia de grupo tradicional y muchas de las nuevas técnicas terapéuticas, usan el juego para promover el desarrollo en las interacciones con sus semejantes en forma apropiada.

Por último, las terapias conductuales y de establecimiento de límites, emplean el juego como un medio por el que se aplican otras estrategias, como el manejo de contingencias (Schaefer y coautor, 1988).

En resumen, las funciones propuestas en la literatura acerca del juego son:

Biológicas:

- Aprender habilidades básicas.
- Relajarse, liberar energía excesiva.
- Estimulación cinestésica, ejercicios.

Interpersonales:

- Deseo de funcionar.
- Dominio de situaciones.
- Exploración.
- Desarrolla la comprensión de las funciones de la mente, el cuerpo y el mundo.
- Desarrollo cognoscitivo.
- Satisfacción de simbolismo y deseos.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Separación individuación: el juego sirve como una distracción cuando las personas significativas se encuentran ausentes, sirve para controlar la ansiedad relacionada con la separación y puede usar objetos para reemplazar simbólicamente a las personas significativas ausentes.

Socioculturales:

- Imitar papeles deseados (adultos).

2.6. Terapia de juego en formato de grupo

Según Slavson (citado por Johnson y coautores 1992), la terapia de grupo con niños surgió al percibir limitaciones en la terapia individual. Los clínicos se percataron de que la psicoterapia individual no les proporcionaba experiencias sociales a los pequeños pacientes, ni los preparaba lo mejor posible para que se desarrollaran adaptativamente en grupos.

Debido a que la terapia individual no era suficiente para tratar a niños con problemas se optó por tratarlos en grupo, es decir, que aquellos niños con dificultades iguales se les proporcionaría terapia grupal. Lo que se pretendía con esto, era lograr que los menores socializaran con los demás niños para que a través de ello, disminuyeran su problemática.

La psicoterapia de grupo con menores de edad se inició a principios de los años treinta.

Slavson (citado por Johnson y coautores, 1988), fue uno de los primeros en trabajar con grupos de niños y publicó el libro de introducción a la terapia de grupo. Este consiste en teorías y técnicas clínicas de la terapia de grupo con actividades.

La terapia de grupo de Slavson se desarrolla a través de un programa de actividades. En el programa se detalla todo lo que se va a ser en el transcurso del tratamiento, por ejemplo, el tiempo que se va a llevar a cabo en cada sesión, las técnicas que se van a utilizar, así como también, la forma en cómo va a llevar el tratamiento, etc.

Slavson (citado por Johnson y coautores op. cit), explica que la terapia de grupo se consideró primero como un complemento de la psicoterapia individual. Su meta básica era ofrecer experiencias de socialización que no eran posibles en terapia individual y por lo general, no tenían lugar en programas tradicionales para socializar, tales como el de niños exploradores o campamentos de verano.

El objetivo de utilizar la terapia grupal en lugar de la terapia individual es porque en la grupal, el menor tiene la oportunidad de intercambiar experiencias con los demás niños, además ésta le ayudaría a tener mayores relaciones interpersonales.

Slavson (citado por Johnson y coautores, op. cit.), consideraba que la familia y la dinámica social intervenían mucho en la formación del carácter al facilitar la reducción del egocentrismo y hacer que el chico se percate de los derechos y necesidades de otras personas; en cambio, las experiencias familiares y sociales negativas tiene un efecto adverso en el desarrollo.

Según éste autor, la familia es el pilar mas importante para hacerle ver al menor de que necesitamos de otras personas, así mismo, los demás necesitan de nosotros. Cuando el menor toma consciencia de ésta reciprocidad, la terapia de grupo se hace más efectiva y fácil de aplicar.

En la terapia de grupo, se trabaja con niños que son directamente rechazados por los padres, familia, escuela, amigos y centro comunitario o cuyas cualidades y personalidad son repudiadas de modo indirecto por una atención excesiva, lo que da lugar a que sean

incapaces de tratar con niños de su edad y adultos. Estos niños son activamente hostiles y destructivos o se oponen al mundo por medio del aislamiento. Son demasiados agresivos o retraídos; están obsesionados por grandes temores o culpas que compensan en exceso con conducta no social y antisocial (Slavson, citado por Johnson, y coautores, op. cit.).

Hay dos factores importantes en la terapia de grupo, el primero es la familia y el segundo es el ambiente. Cuando el menor esté en el tratamiento, la familia debe de brindarle el apoyo para que la terapia sea efectiva, además en el ambiente en el que se realice debe de darle la oportunidad al niño de expresar sus sentimientos e ideas.

2.7. Psicoterapia Infantil Natural (GIN)

2.7.1 Antecedentes

Se han realizado diferentes investigaciones a cerca de la eficacia que tiene la psicoterapia infantil natural en la agresividad y en otros problemas.

Rodríguez (2003, disponible en <http://www.latarea.com.mx/articu/articu6/rodriguez.htm>), aplicó la GIN a un grupo de ocho niños del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP, México), por diversos problemas que presentaban los menores, entre estos están la agresividad, enuresis, baja tolerancia a la frustración, etc. Estas manifestaciones son síntomas de la patología familiar. Él explicó que cada uno de los niños mejoró notablemente, los que presentaban agresividad la disminuyeron; así como también, los que presentaban enuresis, baja tolerancia a la frustración, etc.

Ávila (2002, disponible en <http://www.vaq.mx/psicología/lamision/psicoanálisis.htm>), aplicó la GIN a un grupo de niños con problemas de agresividad. Este grupo estaba compuesto por siete niños, cinco varones y dos niñas, del grupo fueron derivados para atención individual a dos de ellos, quedando un total de cinco niños.

El investigador narra que al principio de las sesiones tuvo dificultades, ya que como se recordará el juego jugado es aquel que el niño establece y no el juego que el terapeuta puede jugar, tal fue el caso que en el investigador surgió una tensión ya que el juego no lograba establecerse y no se desarrollaba, pero a medida fueron pasando las sesiones, esto cambió, explicó. Al final de la terapia los niños disminuyeron la agresividad.

Se han realizado investigaciones de la GIN, así como también de la agresividad, dentro de los estudios de la agresividad están los siguientes:

Odile (1988, Pág.38), realizó un estudio acerca de la agresividad, él concluye lo siguiente:

“la atmósfera familiar influye considerablemente sobre el comportamiento del niño”. Esto podría indicar que los padres pueden ser los responsables del comportamiento agresivo de los menores, por ejemplo, si un padre es violento y llega a su casa de mal humor e insultando a su familia, esto puede ocasionar que los hijos se comporten de igual forma.

Otro estudio realizado por Odile (op. cit.), con niños de parvularia (un grupo de edad media y otro grupo de edad mayor), descubrió 66 tipos diferentes de interacciones agresivas, entre estas están:

- La agresión física, real o fingida que incluye arañar, morder, pellizcar, empujar, dar un puntapié, golpear con un objeto.
- La destrucción de los objetos, o la propiedad de otro.
- La apropiación de objetos, que va desde adueñarse por la fuerza de un objeto cuya posesión se discute hasta el robo caracterizado.
- Las agresiones verbales: disputas, insultos, ironías hirientes, diversa formas de rechazo, etc.
- La denuncia, esto es, una falta real o supuesta de un compañero que el niño denuncia al adulto, lo que supone siempre apelar a la represión.
- Finalmente, las agresiones dirigidas contra el adulto, que asumen por lo común la forma menor del desafío: mala voluntad, desobediencia, infracción a las reglas del grupo, etc.

La segunda parte de la lista está constituida por las respuestas a la agresión, sin que lleguen sin embargo a ser contra- agresiones:

- Las lágrimas de aflicción o de cólera.
- Las llamadas de auxilio.
- La resistencia firme, sin contra- agresión.
- Las actitudes y conductas de sumisión.
- Finalmente, todas las conductas por mediación de las cuales un tercero acude en socorro de la víctima y la consuela.

Como puede observarse, la primera parte de la lista se refiere más que todo a agresiones directas como morder, destruir objetos, insultos entre otros; mientras que la segunda parte de la lista, involucra a terceras personas y la agresión es menos directa.

2.8. Aspectos fundamentales en el desarrollo de la Psicoterapia Infantil Natural (GIN)

En la actualidad existen muchas terapias de juego que se usan como tratamiento para diversos problemas emocionales que tengan los niños.

Por otra parte, muchos de los problemas de índole familiar pueden repercutir en el niño, quien lo manifiesta a través de diferentes síntomas como: déficit de atención, labilidad, agresividad, hiperactividad, timidez, rivalidad, retraimiento, enuresis, trastorno del sueño, masturbación, rebeldía y trastornos en su alimentación (anorexia, sobrepeso), entre otras. Estos problemas repercuten en el aprendizaje y en la socialización de los menores.

Una de las terapias de juego que se utiliza como tratamiento en diversos problemas conductuales y emocionales es la que se presenta a continuación:

Rodríguez (2003, disponible en <http://www.latarea.com.mx/articu/articu6/rodriguez6.htm>), explica que la psicoterapia infantil natural, comienza por una entrevista entre los terapeutas, el niño y los padres. La primera entrevista se realiza de forma abierta y posteriormente se dirige hacia aspectos importantes, que no han sido abordados por los padres o encargados, el objetivo de la entrevista es conocer la sintomatología de la enfermedad del niño.

La finalidad de aplicarle ésta entrevista a los niños y padres es para conocer con mayor profundidad la problemática del menor, además con ésta se puede ir estableciendo la relación entre terapeuta- paciente.

La GIN, se desarrolla en un espacio amplio con el mínimo de estímulos, a excepción de los cojines o almohadas. No debe existir mobiliario que impida el desplazamiento de los menores (Rodríguez, op. cit.).

La interpretación que involucra a la pareja terapéutica en la GIN es la llamada interpretación marginal en la cual los terapeutas dialogan entre sí, tal como lo hacen los padres en la intimidad cuando hablan de sus hijos. Con este tipo de actuación se logra captar la atención de los niños, debido a la relación inconsciente que guarda con la escena primaria. La interpretación marginal se utiliza para mejorar la comunicación entre el grupo.

La GIN, facilita la regresión, la actuación de fantasías y el desalojo de agresión. Con el solo hecho de darse estas acciones catárticas se contribuye a una mejoría en la sintomatología del niño (Rodríguez, op. cit.).

La psicoterapia infantil natural, se lleva acabo mediante tres fases; en la primera fase los ataques y la agresión se incrementan. La agresión se controla con base a la primera ley “lo que me hagas te lo hago”. Al implementar esta ley, la violencia se regresa a los agresores y paulatinamente disminuye. Los débiles cuentan con el apoyo de las coterapeutas y progresivamente surge lo opuesto, porque las actitudes son devueltas de forma recíproca.

Las terapeutas tienen como función analizar el conflicto, a los componentes del grupo y al grupo como totalidad en el contexto de la transferencia hacia los padres y hacia las terapeutas, siempre entendidas como figuras proyectivas hacia las que dirigen las comunicaciones verbales actuadas (Rodríguez, op. cit.).

En esta primera etapa predominan las fantasías primarias que se expresan con la acción corporal y la expresión de la agresión. En esta fase los niños atacan a objetos primarios y manifiestan su internalización. Esta fase es la que permite que el niño libere a través del juego su agresividad.

En la segunda fase disminuye la violencia física. Las fantasías y la agresión se dan a nivel verbal, que es ideativo y elaborativo (Rodríguez, op. cit.).

Las terapeutas en acuerdo, dan por finalizada la acción e instalan la hora de pensar, cuando los niños se niegan a suspender la acción, las terapeutas los ignoran y éstos al verse ignorados se integran de nuevo al grupo.

En la hora de pensar, todos los niños y terapeutas participan, en ella comentan, describen, relatan lo que sucedió en completa libertad. También se permite que se hagan dramatizaciones de relatos, o las terapeutas sirven de espejo cuando se quiere devolver o interpretar. A esta fase también se le puede llamar reflexión, ya que es aquí en donde los niños expresan como se sintieron al realizar el juego, en otras palabras, el menor desahoga todo lo que sintió y lo que siente después de haber jugado.

En la tercera etapa se observan actitudes reparadoras hacia los objetos individuales y hacia el grupo. Fácilmente se da la socialización, dando un paso a la organización de actividades grupales autodirigidas. Esto en la sesión terapéutica corresponde a la hora de poner las cosas en su lugar, en su sitio original y el arreglo personal, como ponerse los zapatos, tomar objetos personales que se depositaron en la entrada, etc. (Rodríguez, op. cit).

El objetivo de ésta fase es enseñarle al niño a que sea ordenado. Al mismo tiempo le ayuda a ser obediente con las demás personas por ejemplo, si antes la mamá lo regañaba por dejar las cosas “botadas”, ésta fase le ayudará a poner las cosas en su lugar.

En la GIN no se usan juguetes, es el otro el que está ahí para representar, para ser significativo o ser espejo en un ir y venir con aquel que acepta jugar.

2.9. La agresividad

Conceptos

Según las investigadoras de éste trabajo, la agresividad es cuando provocamos daño a una persona u objeto. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psicológico. Hay diferentes autores que definen la agresión de diversas maneras, dentro de estas está la definición proporcionada por Sharfetter (1990 pág.71), quien define la agresión como “un ataque verbal o de hechos a otros seres vivos o cosas”. También menciona que la palabra agresión procede del latín *agredio* = acometer.

Según esta definición el menor puede expulsar su furia mediante insultos, amenazas, entre otros.

Otro concepto que plantea es “la agresión es el comportamiento que tiene como meta o finalidad expulsar, ofender, herir, matar a una persona, animal o cosa” (Sharfetter, op. cit., Pág. 71). Esta forma de agresión no solamente es verbal sino que también es física; esto quiere decir, que la intención del agresor es causarle daño a la otra persona.

Otra forma de definir la agresión la dan Kaplan y coautores (1993, Pág. 44), éstos la definen como “una manifestación externa de hostilidad, odio o furor que puede estar dirigida tanto contra sí mismo como contra los demás”.

Como puede observarse en dicho concepto se menciona que la agresividad es un comportamiento en el cual se manifiesta el deseo de agredir a otros, más que todo físicamente. Esto indica, que aparte de hacerles daño a los demás, ya sea físico o psicológico puede ser hostil contra sí mismo con el objetivo de llamar la atención o simplemente hacerse daño para desquitar su enojo.

Ardouin y coautores (1999, disponible en <http://www.apsique.com/anor/agresividad.html>), sostienen que el concepto de agresión debe incluir tres aspectos:

La producción de un estímulo nocivo, el instinto de dañar y el hecho de que el ataque tenga una probabilidad mayor a cero de ser exitoso. Esto significa que el niño necesita un estímulo que provoque la conducta agresiva, ésta misma conducta, hace que el menor tenga la tendencia o inclinación de dañar a otros que le han ofendido, en otras palabras, tiene la posibilidad de desquitarse de la persona que lo dañó.

Una de las definiciones más aceptadas es la de “producción de un estímulo nocivo de un organismo hacia otro con la intención de provocar daño o con alguna expectativa de que el estímulo llegue a su objetivo y tenga el efecto deseado” (Ardouin y coautores, op. cit., Pág. 16).

Otra forma de definir la agresión es como “una constelación de sentimientos, pensamientos y acciones específicas que se movilizan por frustración de deseo o necesidad, y cuyo objetivo es suprimir la frustración al permitir la descarga pulsionar” (Kaplan y coautores, 1992, Pág. 176).

El primer concepto centra su atención en la intención de provocar daño a la otra persona de alguna manera; mientras que éste último, hace énfasis en que la agresividad se manifiesta o surge por causa de frustración hacia algo que no se puede hacer o tener, en el caso de los niños, se manifiesta más que todo cuando no obtienen el juguete que ellos desean o debido a la falta de atención por parte de los padres.

2.10. Perspectivas teóricas sobre la agresividad

El problema de la agresividad es cada día mas relevante, debido a la escala de violencia que se observa no sólo en los medios de comunicación, sino también en nuestro entorno o lugar en el cual nos desenvolvemos.

Para conocer con mayor profundidad el problema de la agresividad se plantean diferentes perspectivas y teorías científicas que van desde la explicación de carácter instintivista, ambientalista, hasta la de carácter psicosocial.

2.10.1. Perspectiva psicoanalítica

Para comenzar se abordará la perspectiva psicoanalítica (Freud postuló la teoría del doble instinto), en la cual se concibe al hombre como dotado de “una cantidad de energía dirigida hacia la destructividad, en el más amplio sentido, y debe inevitablemente expresarse en una u otra forma” (Ardouin y coautores, 1999, Pág.3, disponible en <http://www.apsique.com/anor/agresividad.html>). Si se obstruye su manifestación, éste deseo sigue caminos indirectos, llegando hasta la destrucción del propio individuo.

Freud (citado por Ardouin, y coautores, op. cit.), también manifestó que la violencia es el resultado de la presión del “ello” donde todos los individuos tienden a defender lo que consideran propio o lo que desean que sea de su propiedad. Es decir, que los individuos son agresivos por instinto, cuando sienten que de alguna manera se les quiere perjudicar manifestarán dicha agresividad de una u otra forma, por lo cual debe canalizarse.

2.10.2. Perspectiva etológica o evolutiva

La teoría evolutiva de la agresividad considera que la agresividad humana tiene su base en la filogenia, siendo entonces la agresión un producto natural, consustancial al ser humano; es decir, que dentro de este enfoque, la agresión incluye a parte de la lucha misma, los desafíos, amenazas, actitudes de imposición, posturas de defensa, etc. (Ardouin y coautores, op. cit.).

2.10.3. Perspectiva conductual

Esta perspectiva da fundamental importancia a los factores ambientales presentes y la relación de estos con la conducta. En este sentido las variables determinantes de la

agresión se pueden clasificar en función del tipo de condicionamiento efectuado, respondiente u operante.

La perspectiva conductual sugiere un modelo alternativo, para poder comprender la conducta desviada, que es el modelo de la definición conductual.

En este modelo los problemas de comportamiento se consideran deficiencias de destrezas esenciales, dicho déficit se considera producto de historias de reforzamiento y de enseñanza inadecuada, es decir, que a los individuos no se les ha proporcionado el medio, la instrucción, el modelo ni las contingencias de reforzamiento suficiente que le permitan desarrollar un conjunto completo de conductas socialmente aprobadas. (Ardouin y coautores, op.cit.).

Esto quiere decir que si el menor está en un ambiente adecuado (personas con buen comportamiento), el menor va a tener una conducta agradable ante la sociedad ya que los modelos a imitar son correctos.

2.11. Teorías de la agresividad

Hay diferentes teorías que dan su punto de vista acerca de la agresividad, dentro de estas tenemos:

2.11.1. Teoría de la frustración- agresión

Esta teoría se basa en que la agresividad es producto de una frustración. El niño al no obtener lo que desea opta por manifestar conductas agresivas. Millar (citado por Ardouin, y

coautores, op.cit.), explica que la agresión se da por la frustración, sin embargo, no siempre la agresión se va a originar por la frustración ya que existen múltiples motivos por los que un niño manifiesta una conducta agresiva.

Por su parte Berkowitz (citado por Zacyk, 2002) considera que la frustración no es condición suficiente para ocasionar una respuesta agresiva. En otras palabras, es necesario que se presenten situaciones amenazantes (palabras agresivas, insinuaciones peligrosas, entre otras) para que se dé la conducta agresiva. En palabras de Zacyk “la frustración colma el vaso, pero los signos evocadores externos se encargan de hacerlo desbordar” (pág.36).

2.11.2. Teoría del aprendizaje social

Según esta teoría, cuando un niño habitualmente imita una conducta agresiva es porque reacciona ante un conflicto. Dicho conflicto puede resultar de:

- Problemas de relación social con otros niños o con los mayores.
- Problemas con los adultos surgidos por no querer cumplir las órdenes que estos les imponen.
- Problemas con adultos cuando estos le castigan por haberse comportado inadecuadamente con otro niño cuando éste lo ataca.

La forma que tiene de reaccionar dependerá de su experiencia previa. El niño puede aprender a comportarse de forma agresiva porque lo imita de alguien más, a esto se le llama modelamiento, (Ardouin, y coautores, op.cit.).

2.12. Modelo cognitivo

El modelo cognitivo se interesa por el procesamiento de la información. Este modelo no propone una teoría específica de la agresividad, pero destaca la intervención de procesos centrales internos que se ponen en funcionamiento entre el estímulo y el comportamiento que el sujeto va a adoptar como respuesta. La información que procede del exterior es procesada por el cerebro y provocará una respuesta en el sujeto (Zaczyk, 2002).

Lo anterior indica que las reacciones agresivas que presente una persona, van a depender del estímulo y de cómo el sujeto o, su cerebro procese o reaccione ante dicho estímulo.

2.13. Base biológica de la agresión

Los estudios indican que el hipotálamo sería el principal encargado de regular la función neuroendocrina relacionada con la agresión.

Reacciones defensivas como ira y agresión, han sido provocadas en diferentes regiones del complejo amigdaloides. Las lesiones en este complejo producen disminución en la conducta agresiva, disminuyendo excitabilidad emocional y normalizando la conducta social en individuos con graves trastornos de conducta.

Por otra parte, la hormona gonadal fue considerada como la más importante en la agresión. A esto se le suma la participación de la corticoesteroide en relación a toda conducta agresiva que no sea de carácter sexual. Los estudios demuestran que la capacidad

de experimentar pensamientos agresivos está estrechamente asociada a la actividad gonadal masculina.

El rol fundamental de la serotonina en la agresión aun no está del todo clara. Las primeras investigaciones relacionan niveles bajos de éste neurotransmisor con la agresión.

Ardouin y coautores (1999, disponible en: <http://www.apsique.com/anor/agresividad.html>), describen que niveles bajos de serotonina pueden incrementar cierto tipo de agresión, niveles altos de serotonina pueden producir ansiedad y desorientación y que el estrés incrementa la producción de serotonina.

Welch y Welch (citados por Ardouin y coautores, op.cit.), indicaron que antes de comenzar una conducta agresiva el sistema nervioso incrementa la producción de aminas debido a una inhibición de la monoamina oxidasa (MAO) mitocondrial.

La dopamina parece aumentar la conducta agresiva y el ácido gamma amino butírico (GABA) la inhibiría.

2.14. Tipos de Agresividad

La agresividad es muy común en los niños. El padre de familia se enfrenta día a día con diversas formas de agresión en sus hijos, sin embargo, no distinguen a que tipo de agresión se están enfrentando.

Según Genovard y coautores (1987) existen diferentes tipos de agresión, dentro de los cuales se encuentran:

- La agresión directa: puede considerarse directa si la acción violenta es física y si se presenta en forma de amenaza dirigida contra la persona u objeto al que se considera causante de la frustración, como por ejemplo, pegar con las manos, dar patadas, morder, golpear con objetos, etc.

- Agresividad indirecta: también se le llama desplazada. En ésta agresividad indirecta el menor reacciona destrozando y golpeando los objetos de la otra persona que ha provocado su frustración.

- Agresividad instrumental: ésta se considera generalmente como la manifestación de comportamiento empleado para obtener algún objetivo, sin pretender causar daño a nadie. Así por ejemplo, es muy común que los niños hagan berrinches para conseguir algo que deseen o simplemente para que sus padres les pongan atención.

- Otro tipo es la agresividad hostil en la cual se intenta causar daño. Un ejemplo de ésta es lanzar objetos o amenazas con violencia a otras personas. Durante la edad preescolar las manifestaciones de agresividad pasan de la acción física a la expresión verbal (como gritar o discutir con los padres, insultar, amenazar o ridiculizar a los hermanos o compañeros de colegio). También se manifiesta como explosiones agresivas en los que el sujeto no puede controlar su frustración y se descarga dando saltos, manteniendo la respiración, haciendo ruido, gritando, etc.

Este tipo de agresión es uno de los más perjudiciales ya que el objetivo del menor es hacerles daño a los demás.

Los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia, pero algunos niños persisten en su conducta agresiva y en su incapacidad para dominar su mal genio. Este tipo de niños hace que sus padres sufran siendo frecuentemente niños frustrados que viven el rechazo de sus compañeros no pudiendo evitar su comportamiento.

- Otro tipo es la agresión pasiva, que es una forma pasivo-agresiva que el niño desarrolla para enfrentarse hacia las figuras de autoridad, tales como los maestros y los padres.

El niño pasivo-agresivo considera a los padres como injustos y tiranos, se ve a sí mismo como un objeto de abuso para quienes tienen el control, y la manera de manifestar su agresividad es encubierta, es decir, que no se expresan abiertamente.

En las primeras etapas de la agresión, a menudo los niños centran su atención en los objetos que desean. La agresión aflora mucho más en los juegos sociales. Cierta forma de agresión es normal y los niños que luchan más tienden a ser más sociables y competentes ya que la capacidad de mostrar cierta agresión puede ser un poco necesaria en el desarrollo social de los seres humanos.

2.15. Causas de la Agresividad

Según Genovard y coautores (1987) la agresividad puede deberse a diferentes causas, entre estas están:

- La familia, es un factor muy importante que influye en la emisión de la agresividad. El tipo de disciplina propia de la familia es un factor determinante; tanto un padre poco exigente como uno con actitudes hostiles fomentan el comportamiento agresivo.

- Incoherencia en el comportamiento de los padres: ésta incongruencia se refiere a cuando los padres desapruaban la conducta agresiva del niño, castigándolo con su propia agresión física o verbal. También es incoherencia que una misma conducta a veces sea castigada y otras no, o que el padre riña al niño y la madre no.

- Relaciones deterioradas entre los padres: la tensión que provoca la mala relación de los padres puede conducir al niño a comportarse de forma agresiva, así por ejemplo, si el niño ve que los padres pelean frecuentemente, los hijos pueden comportarse de igual forma.

- La frustración: el niño frustrado y bloqueado en sus deseos busca una salida, primero probablemente con una súplica, pero después puede transformar su exigencia en gritos de protesta, de cólera e incluso en forma de agresión más directa.

- Sentimiento de inseguridad: éste comportamiento se genera en la infancia del niño a partir de la relación con la familia; si el niño se siente inseguro en las relaciones con los padres o tutores, es probable que se defienda atacando a los demás y se transforme en un niño agresivo.

- La disciplina dura: la disciplina severa hace que el niño se sienta indeseado, no querido y resentido, sí se siente tratado duramente por los padres cree que el mundo también le es hostil, y puesto que debe vivir en el, lo hará con violencia tratando a los demás como sus padres le trataron a él . En otras palabras, no sólo imitará la agresividad de los padres, sino que intentará castigar a los demás como una forma de vengarse.

- El niño rechazado: el menor que se siente rechazado por sus padres puede convertirse en un niño agresivo. Cuando los padres por su situación concreta no pueden dar al pequeño el afecto que él necesita con frecuencia crece un niño agresivo.

- La inconsistencia de los padres: la inconsistencia es frecuentemente un factor desencadenante de la agresividad en el niño. Dicha inconsistencia puede expresarse de dos formas:

a). Cuando uno o ambos padres vacilan ante la conducta agresiva del niño y no saben si alabarla o criticarla.

b). Cuando los padres tienen diferentes puntos de vista acerca de cómo educar a sus hijos, es aquí donde el niño entra en una situación de inseguridad, donde no sabe que hacer puesto que no puede saber que es lo que sus padres esperan de él, como resultado se transforma en una persona confusa, insegura e irritable inclinado a responder con agresividad.

- Factores orgánicos.

También influyen en la agresividad la mala nutrición; así mismo una lesión puede provocar un comportamiento hiperactivo y un estado de salud física deficiente.

También puede afectar la imitación e identificación con los personajes agresivos de las películas, las historietas y la televisión. Las investigaciones revelan que las películas violentas influyen más en niños que en personas que actúan con agresividad en la vida real (Papalia y coautores, 1998).

En dicho estudio se encontró que la televisión estimula el comportamiento agresivo de dos maneras: los niños imitan lo que ven y además admiten que la agresión es aceptable (Papalia y coautores, op.cit.).

Por otra parte, un estudio realizado en Canadá mostró que entre 28 y el 40% de los niños entre tres y diez años de edad veían programas violentos (Bernard, citado por Papalia y coautores, op. cit.).

Como puede observarse, las causas que pueden ocasionar que un niño se comporte agresivamente son diversas pero básicamente depende de la educación y orientación por parte de los padres hacia sus hijos.

2.16. Tratamiento

Antes de iniciar un tratamiento para disminuir la agresividad en el niño, es aconsejable un examen médico para determinar si la agresividad manifiesta se debe a una causa orgánica.

A continuación se presenta el tratamiento que se les puede dar a niños agresivos bajo diferentes modelos psicológicos.

2.16.1. Modelo psicoanalítico

Este utiliza el juego como tratamiento para disminuir la agresividad y otros problemas que manifieste el menor. Lo primero que se hace para tratar a estos niños es una entrevista con los padres y con el menor, luego se le aplican pruebas psicológicas diseñadas para detectar conflictos inconscientes y cierta dinámica de la personalidad que podrían influir en sus problemas. Después de obtener toda la información necesaria se procede a aplicar el tratamiento.

Klein (citado por Johnson y coautores, op.cit.), describe que los niños suelen expresar ideas y emociones a través del juego. Según este modelo los niños expresan su agresividad a medida que juegan, el terapeuta lo que hace es interpretar las conductas o conflictos de los menores y tratar de cambiar estas conductas a través del análisis.

2.16.2. Modelo centrado en el cliente

De acuerdo ha este modelo, la terapia se dirige en el marco de actividades de juego. El terapeuta se relaciona con el pequeño de manera que comunica una situación empática de su situación.

Axline (citada por Johnson y coautores, op.cit.), explica que en lugar de interpretar el significado del juego o conducta verbal del niño, como en el contexto psicoanalítico, la atención se enfoca en la relación terapeuta y en aclarar los sentimientos del pequeño mediante el proceso de reflexión.

La reflexión que se hace se refiere a la labor del terapeuta de comentar lo que comunica el niño, de modo que le ayude a éste a comprender sus sentimientos y hacer que estos sean más conscientes con su conducta.

En esta terapia, al niño se le permite sacar a flote sus conflictos emocionales, es decir, su agresividad por medio del juego, además el terapeuta no juzga ni restringe el juego violento del menor, a menos que lo lastime o que se lastime a él mismo.

Cuando un niño es diagnosticado con agresividad, se puede utilizar el modelo centrado en el cliente como tratamiento para disminuir dicha problemática. Con el niño, se trabaja en un cuarto de juego en donde él expresa su agresividad ya sea física o verbalmente, si el terapeuta observa que el menor se está haciendo daño puede parar el juego.

2.16.3. Modelo conductual

Los métodos de tratamiento basados en el modelo conductual son muchos, sin embargo el terapeuta utiliza el mas adecuado según su caso a resolver.

Johnson y coautores (1992), explican que en el modelo conductual hay diversas formas de tratar a niños agresivos, dentro de estos están los procedimientos de condicionamiento operante tales como extinción, reforzamiento positivo y castigo.

Cuando se trata la conducta agresiva de un niño en psicoterapia es muy importante que haya una fuerte relación con todos los adultos que forman el ambiente del niño, ya que se debe incidir en ese ambiente para cambiar la conducta. El objetivo final es siempre reducir o eliminar la agresividad en todas las situaciones que se produzca, pero para lograrlo es necesario que el niño aprenda otro tipo de conducta alternativa a la agresión.

Genovard y coautores (1987), explican que si se ha evaluado el niño y mantiene la conducta agresiva por reforzadores posteriores se trataría de suprimirlos, porque si sus conductas no se refuerzan terminará aprendiendo que su conductas agresivas ya no tiene éxito y dejará de hacerlas.

El método que se describe anteriormente se llama extinción y puede combinarse con otros como por ejemplo, el reforzamiento positivo de conductas adaptativas.

Este último método, consiste en reforzar o premiar aquellas conductas que son adecuadas. Los premios pueden ser dejarlos ver televisión, salir de paseo, etc.

Otro método es no hacer caso de la conducta agresiva, pero se debe ir con cuidado porque solo funcionará si la recompensa que el niño recibía y que mantenía la conducta agresiva era la atención prestada.

Además, si la conducta agresiva lleva consecuencias dolorosas para otras personas, no se debe actuar nunca con indiferencia; tampoco si el niño puede suponer que con la indiferencia lo único que hacemos es aprobar sus actos agresivos.

Según Genovard y coautores (1987), existen procedimientos de castigo como el tiempo fuera o el coste de respuesta. En el primero, el niño es apartado de la situación reforzante y se utiliza en la situación de clase. El tiempo ha de ser corto y siempre dependiendo de la edad del niño. El máximo sería de 15 minutos para niños de 12 años. El segundo consiste en retirar algún reforzador positivo contingentemente a la emisión de la conducta agresiva, puede consistir en pérdida de privilegios como no ver televisión, entre otros.

El castigo físico no es recomendable en ninguno de los casos porque sus efectos son generalmente negativos: se imita la agresividad y aumenta la ansiedad del niño.

2.16.4. Algunas consideraciones sobre el castigo en general

Umbert (1999, disponible en: http://ceril.d/p31_agresividad.htm), describe algunas consideraciones que deben tomarse en cuenta en el castigo.

1. Debe utilizarse de manera racional y sistemática para hacer mejorar la conducta del niño.
No debe depender de nuestro estado de ánimo, sino de la conducta imitada.

2. Al aplicar el castigo no debe hacerse regañando o gritando, porque esto indica que nuestra actitud es negativa y con frecuencia refuerza la conducta inaceptable.

3. No se debe aceptar excusas o promesas por parte del niño.

4. Hay que dar al niño una advertencia o señal antes de que se le aplique el castigo.

5. El tipo de castigo y el modo de presentarlo, debe evitar el fomento de respuestas emocionales fuertes en el niño castigado.

6. Cuando el castigo consista en una negación, debe hacerse desde el principio de forma firme y definitiva.

7. Hay que combinar el castigo con reforzamientos de conductas alternativas que ayudarán al niño a distinguir las conductas aceptables ante una situación inadecuada.

8. No hay que esperar a que el niño emita toda la cadena de conductas agresivas para aplicar el castigo, debe hacerse al principio.

9. Cuando el niño es mayor, conviene utilizar el castigo en el contexto de un contrato conductual, puesto que ello ayuda a que desarrolle habilidades de autocontrol.

10. Es conveniente que la aplicación del castigo requiera poco tiempo, energía y molestias por parte del adulto que lo aplique.

2.16.5. Modelo del aprendizaje social

El modelo del aprendizaje social sugiere que gran parte de la conducta se aprende y se modifica a través de procesos simbólicos, en particular por observación.

Bandura (citado por Johnson y coautores, op.cit.), explica que el aprendizaje por observación es una alternativa más para tratar a niños con problemas conductuales.

El aprendizaje social es conocido también como aprendizaje vicario o por modelamiento, en éste el individuo puede adquirir una respuesta sin haberla ejecutado antes.

En el aprendizaje por observación, la persona (u observador), es expuesta a la conducta del modelo y sus consecuencias. El modelo puede estar físicamente presente o el observador puede mirarlo en una filmación o imaginárselo (procedimiento simbólico). En éste modelo se le enseña al niño agresivo a tener conductas más adecuadas y que son más aceptables en la sociedad.

El tratamiento para modificar la conducta agresiva según este modelo es a través de la observación, es decir, el terapeuta expone al niño a observar ciertos comportamientos adecuados y que son necesarios que el menor los adquiriera para ir disminuyendo poco a poco aquellas conductas indeseables.

Según Bandura (citado por Jhonson y coautores, op.cit.), al menor se le da una conducta a imitar para que baya despojando poco a poco aquellos comportamientos inadecuados como decir palabras soeces, etc. La conducta a imitar puede mirarla en una película o imaginársela (el niño se puede imaginar a otro niño jugando con otros menores sin pelear o dañar a los demás).

El aprendizaje social tiene como objetivo modificar aquellas conductas que son perjudiciales en el desarrollo del menor.

2.17. Métodos de evaluación de la agresividad

Existen diversos métodos de evaluación de agresividad, dentro de estos están:

2.17.1 - Escala de clasificación conductual de Devereux-forma escolar (DCBS-SF)

(Devereux behavior rating profile-school form)

Naglieri (citado por Kamphaus y coautores, 2000), explica que la DCBS-SF contiene dos formas de 40 reactivos, uno para niños de cinco a doce años y otra para adolescentes de 13 a 18 años. Las conductas se clasifican en una escala de frecuencia de cinco puntos, de “nunca” a “muy frecuente”. Esta se elaboró para ser llenada tanto por los padres como por el maestro y, por tanto, se utilizan formas análogas, las cuales facilitan la evaluación de multi informantes.

La DCBS-SF contiene dos series distintas de reactivos para las formas de niños y adolescentes. Sin embargo, ambas tienen cuatro escalas análogas. La primera comprende

problemas en la socialización e interacción con compañeros por ejemplo, molestar a otros, importunar o intimidar a otros, parecer molesto o ansioso con otros y se titula escala de problemas interpersonales. La escala de sentimientos/conductas inapropiadas incluye conductas de control de impulsos y agresión por ejemplo, expresar enojo de una manera poco controlada, hacer berrinches, tener problemas para jugar o trabajar con tranquilidad.

La escala de depresión se enfoca en síntomas de intranquilidad y aislamiento social por ejemplo, aparecer abatido o depresivo, permanecer solo o aislado, fracasos para mostrar orgullo por logros. Las cuatro escalas evalúan preocupaciones somáticas y conductas de temor por ejemplo, negarse a ir a la escuela, mostrar fuertes temores al rechazo, sobrereactuar al menor dolor (Naglieri, citado por Kamphaus y coautor, op. cit.).

La escala DCBS-SF, tiene como finalidad explorar todo el ámbito en donde se mueve el menor, además de esto también le interesa explorar el interior del niño, ya que solo así se logrará conocer y evaluar al pequeño o al adolescente.

La forma de aplicación y calificación de la DCBS-SF es la siguiente:

La DCBS-SF es una escala corta cuya completación toma solo de cinco a diez minutos. Las formas de registro son dos hojas perforadas con papel carbón intermedio. La portada de la primera hoja incluye datos básicos de identificación acerca del niño y del evaluador, instrucciones para este último y los cuarenta reactivos. En la parte posterior de la primera hoja se encuentran impresas las instrucciones abreviadas para la calificación de las respuestas, calcular las puntuaciones en bruto y derivar las puntuaciones estándar. Las

clasificaciones del maestro se copian de manera automática en la tercera página del registro donde aparecen en una de cuatro columnas correspondiente a la escala apropiada. Las puntuaciones en bruto de las escalas se calculan sumando los reactivos dentro de las columnas (Naglieri, citado por Kamphaus y coautores, op. cit.).

2.17.2. -Técnica de apercepción de Roberts para niños (RATC)

(Roberts apperception techniques for children)

La RATC, fue diseñada para utilizarse con niños y adolescentes de seis a 15 años. Existe una serie estándar de 27 tarjetas estímulo que presentan situaciones comunes, conflictos y estrés en la vida de los niños, once tarjetas tienen funciones paralelas de género masculino y femenino y existe una serie complementaria de tarjetas estímulo para niños con rasgos afro estadounidenses (Kamphaus y coautores, 2000).

Las instrucciones para esta técnica son: “tengo algunas fotografías que voy a mostrarte una por una. Quiero que construyas una historia acerca de cada fotografía, por favor dime lo que está pasando en la lámina, que te sugiere esta escena y como termina la historia. Dime de que está hablando la gente y lo que siente. Usa tu imaginación y recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas para la foto” (Mc Arthur, citado por Kamphaus y coautores, op. cit, pág.317).

Esta técnica le permite al menor sacar a flote sus pensamientos, sentimientos, emociones e incluso el estado de ánimo en el que se encuentre, a través de la imaginación el

menor puede expresar lo que se imagina de las fotografías. Si el menor es agresivo, en la historia que cuente de las fotografías va a demostrar ciertas conductas agresivas.

La RATC, brinda instrucciones explícitas para la calificación de las historias proporcionadas por el niño. Cada historia se clasifica en 16 categorías codificadas. Existen ocho categorías adaptativas, cinco clínicas y tres llamadas indicadores.

Las puntuaciones empleadas en la interpretación de la RATC son el número total de veces que un código dado estuvo presente a través de todas las historias. Esto permite determinar temas consistentes (puntuaciones altas dentro de una categoría) a través de las historias.

2.17.3. Lista de verificación de la conducta para niños – forma de observación directa (Child behavior checklist – direct observation form; CBCL-DOF)

Según Kamphaus y coautores (2000), la CBCL – DOF está diseñada para proporcionar una observación directa de un niño en el salón de clases o en un escenario grupal durante un período de diez minutos. Se recomienda utilizar la escala de tres a seis ocasiones separadas para obtener una muestra representativa de la conducta del niño y entonces promediar las variaciones a través de las diferentes ocasiones.

A esta lista de verificación se le llama directa, porque el terapeuta o profesor se encarga de observar la conducta de los menores en el aula, durante un periodo corto, el

objetivo de ésta es ver el comportamiento que tienen los menores en el período de observación.

Existen tres partes de la CBCL – DOF. En la primera se pide al observador que escriba una descripción narrativa de la conducta en el período de observación completo de diez minutos, percatándose de la ocurrencia, duración e intensidad de problemas específicos. En la segunda se codifica la conducta del niño al final de cada minuto con respecto a si está dentro o fuera de la tarea por cinco segundos. En la tercera el observador clasifica al niño al final del período de diez minutos con respecto a 96 conductas que pudieran haberse observado durante dicho período utilizando una escala de cuatro puntos que va de 0 = conducta que no fue observada a 3 = ocurrencia definitiva de conducta con intensidad grave o mayor a tres minutos de duración (Kamphaus y coautores 2000).

En la CBCL-DOF, se observan las diferentes conductas que puede presentar el menor y luego se escribe la frecuencia con la que sucedió determinada conducta por ejemplo, escribir el número de veces que se levantó de su pupitre, si se salió del salón, si golpeó a un compañero, etc.

La CBCL – DOF, se adecúa a una evaluación multimodal del funcionamiento conductual y emocional de niños y adolescentes, además puede utilizarse para calcular una puntuación total del problema, la cual es la suma de todas las calificaciones de los 96 problemas, dos escalas de intervalo amplio (internalización y externalización) y seis escalas de intervalo limitado (retramiento-inatención, obsesivo-nervioso, depresivo, hiperactivo, demandante de atención, agresivo) (Kamphaus y coautores, 2000).

Después de haber observado el comportamiento de los menores, se procede a ubicar estas conductas en los problemas mencionados anteriormente.

2.17.4. Nominación de los compañeros

La agresión, hiperactividad y depresión también pueden evaluarse a través de los procedimientos de nominación por los compañeros.

El formato típico es pedir a los miembros de una clase que nombren a los niños que pelean más en clase.

Las nominaciones de los compañeros del niño, las percepciones de estos pueden obtenerse por medio de clasificaciones, en las cuales clasifican ciertas dimensiones a lo largo de una escala tipo Likert (Kamphaus y coautores 2000). Por ejemplo, los niños pueden decir lo agradable o desagradable que es que sus demás compañeros tengan un mal comportamiento.

2.18. Fundamentación del programa psicoterapéutico

La psicoterapia Infantil Natural (GIN) se basa en tres etapas; la primera es el “juego”, ésta tiene como finalidad incrementar comportamientos agresivos, es decir, los niños a través del juego liberan tensiones y expresan agresividad.

La segunda etapa es la de “pensar”, cuyo objetivo es la reflexión; en esta fase los niños manifiestan sus sentimientos con respecto al juego. Cada una de las actividades de “pensar” ayuda a los niños a descargar la ansiedad y por ende su agresividad.

La tercera etapa es la de reorganizar; en esta fase se les enseña a los menores a que sean organizados, es decir, a “poner las cosas en su lugar” y “al arreglo personal”; ésta fase ayuda a que los niños manifiesten actitudes reparadoras hacia objetos individuales y hacia el grupo, también ayuda a la socialización.

La Psicoterapia Infantil Natural (GIN) se ha utilizado para disminuir la agresividad; algunos estudios que se han hecho con ésta terapia son los siguientes:

Rodríguez (2003, disponible en: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu6/rodriguez6.htm>), aplicó la GIN a un grupo de niños por diversos problemas, dentro de ellos está la agresividad, enuresis, baja tolerancia a la frustración, etc. Cada uno de los niños mejoró notablemente, los que presentaban agresividad la disminuyeron, así como también, los que presentaban enuresis, baja tolerancia a la frustración, etc.

Ávila (2002, disponible en: <http://www.vaq.mx/psicología/lamision/psicoanálisis.html>), también aplicó la GIN a un grupo de niños con problemas de agresividad, él manifestó que en el juego se expresan muchas emociones y diversas conductas, lo cual permite disminuir los comportamientos inadecuados en los menores. Al final de la terapia los niños disminuyeron su problemática, explicó.

Según el psicoanálisis en el juego se adquiere plasticidad, las tensiones se liberan y la imaginación se eleva al máximo exponente; es por ello que en el programa psicoterapéutico se utilizó la dramatización ya que es otra forma de liberar tensión y a la vez permite expresar emociones y sentimientos que de otra forma no pueden ser liberados. Dramatizar quiere decir reproducir lo más creíble posible una situación determinada que puede ser de la vida real o inventada.

El hecho de ponerse a representar una situación que estaba fuera de uno, ayuda a internalizarla y a verla desde otro ángulo. Cuando se está con otro personaje al mismo tiempo se está tomando en cuenta lo que ese otro le dice o actúa.

El efecto del juego es que son importantes las acciones de los demás ya que se despiertan inquietudes, a través del juego de teatro se da una estimulación mutua entre todos los participantes, se prueba así mismo y se transmiten diferentes estados de ánimo dentro del grupo.

Otro aspecto importante en la GIN son los roles, ya que a través de ellos los menores adoptan nuevos comportamientos (mantenerse siempre en un mismo rol no es saludable ya que no permite desarrollar toda la personalidad).

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron en la posprueba (escala de agresividad), después de haber aplicado el programa de tratamiento durante cuatro meses.

Tabla. 1. En este cuadro se presentan los resultados obtenidos en la posprueba (escala de agresividad) al aplicar la prueba “t” de Student.

	Grupo experimental	Grupo control
N	5	5
Σ	120	235
\bar{X}	24	47
S	1.41	7.85
“t”	6.46	

En esta tabla se puede observar que la media del grupo experimental fue de 24 mientras que la media del grupo control 47; la desviación estándar del grupo experimental fue de 1.41 y la del grupo control 7.85. El valor “t” calculado fue de 6.46.

Al comparar las medias de cada grupo se aprecia que el grupo experimental presenta una notable disminución en la agresividad en comparación con el grupo control.

Con los datos obtenidos de cada grupo se procede al enunciado de la hipótesis.

La hipótesis nula se formuló:

“El puntaje promedio al aplicar una escala de agresividad a un grupo de niños que son sometidos a la psicoterapia infantil natural (GIN) no será diferente en comparación al puntaje promedio al aplicar la misma escala a otro grupo de niños que no son sometidos a ningún tratamiento, éstos con edades que oscilan entre seis y doce años, residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de la ciudad de San Miguel en el año de 2003”.

La prueba estadística que se utilizó para evaluar si ambos grupos difieren significativamente en relación a sus medias fue la prueba “t” de Student. Las medias que se compararon fueron las medias obtenidas de la posprueba de ambos grupos (ver anexo 5 proceso estadístico de la distribución “t” de Student) y el nivel de significación que se utilizó fue de 0.05, ya que es el más utilizado.

Tabla.2. Tabla que presenta los resultados obtenidos al aplicar la prueba estadística de distribución “t” de Student.

Valor “t”	6.46
Grados de libertad	8
Nivel de confianza	0.05 1.8595

El valor “t” calculado fue de 6.46, éste se comparó con el valor de la tabla distribución “t” de Student (ver anexo 6: tabla), para saber si el valor “t” es significativo se calcularon los grados de libertad que en este caso fueron 8, su nivel de confianza fue de 0.05. según estos resultados el valor “t” calculado es superior al valor “t” de la tabla, siendo éste 1.8595, lo que indica que ambos grupos difieren significativamente en relación a sus medias, es decir, que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

En otras palabras el grupo de niños que se sometió a la psicoterapia infantil natural disminuyó la agresividad en comparación con el grupo que no se sometió al tratamiento.

De acuerdo al objetivo propuesto el cual fue “investigar si con la aplicación de la GIN disminuye la agresividad un grupo de niños”, se tiene que las medias de ambos grupos difieren significativamente; esto significa que se logró el objetivo propuesto en la investigación.

Se han realizado diversas investigaciones sobre la eficacia que tiene la psicoterapia infantil natural en la agresividad, uno de estos estudios es el realizado por las investigadoras de éste trabajo, ellas aplicaron la GIN a un grupo de niños agresivos residentes en la Aldea Infantil S.O.S. Después de aplicar durante cuatro meses la psicoterapia a los menores, concluyeron que los niños disminuyeron su problemática.

Al comparar este estudio con otras investigaciones, se tiene que los resultados son similares, es decir que después de aplicar la psicoterapia a niños agresivos, estos la

disminuyen notablemente, por ejemplo la investigación realizada por Rodríguez, (2003) quién trabajó con un grupo de niños por diversos problemas entre ellos la agresividad. Concluyó que los niños disminuyeron su agresividad, después de aplicar la GIN.

Otro estudio fue el realizado por Ávila (2002), él aplicó la GIN a un grupo de cinco niños con problemas de agresividad, a la conclusión que llegó fue que los menores disminuyeron su problemática.

De acuerdo a los resultados de estas investigaciones, la GIN es una alternativa más para tratar problemas de agresividad, ya que se comprobó la efectividad de la misma.

La GIN, fue aplicada en sus tres etapas (jugar, pensar, reorganizar), cada una de ellas ayudó a que los niños fueran disminuyendo su problemática.

En éste estudio hubieron algunas dificultades, dentro de ellas están:

- El lugar no era adecuado ya que habían muchos estímulos, debido a esto se tuvo que trasladar la sesión a otro lugar (cancha), sin embargo esto provocó una negativa en los niños, ya que no querían asistir al nuevo lugar (el director habló con ellos para que asistieran).

- También hubieron algunas intromisiones de terceras personas cuando se estaba realizando la sesión (se perdía autoridad con los niños, por eso se habló con la persona involucrada para evitar futuras intromisiones).

A pesar de dichas dificultades, se realizaron todas las sesiones y los niños participaron activamente en cada una de ellas.

El juego como terapia es una alternativa para tratar no solamente problemas de agresividad, sino también retraso mental, maltrato infantil, etc. La GIN, es una terapia de juego, pero sin juguetes, ésta como muchas otras más ayudan a los niños a expresar todo lo que sienten a través del juego.

En muchas instituciones y aldeas hay niños agresivos y con otros problemas, por eso es recomendable que se tenga conocimiento de las diferentes terapias de juego que hay y así aplicar la más adecuada (según la problemática).

Dentro de los nuevos problemas de investigación que pueden derivarse del experimento que se realizó está el de comparar la GIN en diferentes ámbitos, es decir aplicar la psicoterapia a niños que viven con su familia y a niños que viven institucionalizados y luego ver si es efectiva en ambos lugares. Otro problema de investigación sería el de aplicar la GIN a un grupo de niños agresivos utilizando el juego dirigido y a otro grupo el juego no dirigido, en esta investigación se vería cual de los juegos es el más adecuado.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusión.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la investigación que se realizó se ha llegado a la siguiente conclusión:

Los niños a quienes se les aplicó la Psicoterapia Infantil Natural (GIN) disminuyeron su agresividad, esto significa que el juego es una herramienta útil para tratar problemas conductuales.

4.2. Recomendaciones.

Al finalizar la investigación se hacen las recomendaciones siguientes:

- Sería bueno que se prolongue el tiempo de aplicación de la psicoterapia infantil natural (GIN) para obtener mejores resultados en el tratamiento.

- Es recomendable que se aplique la GIN a niños no residentes en aldeas infantiles para así generalizar los resultados obtenidos.

- Las autoridades de la Aldea Infantil S.O.S, deben propiciar un lugar idóneo para cualquier tratamiento psicológico que se le quiera aplicar a los niños con la misma problemática.

- Para las instituciones en donde residan niños (como aldeas o albergues infantiles) es recomendable que cuenten con terapias o técnicas adecuadas para el tratamiento de la agresividad como la psicoterapia infantil natural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardouin, J. Bustos, C. Díaz, F. y Jarpa, M. (1999) “Agresividad: modelos explicativos, relación con los trastornos mentales y su medición”: disponible en <http://www.asique.com/anor/agresividad.html>.

- Arteaga, J. (2003) “Juego grupal”: disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/juegoafisica/juegoafisica.shtml>.

- Ávila, J.R. (2002) “Psicoanálisis”: disponible en <http://www.vaq.mx/psicologia/lamision/psicoanalisis.html>.

- Genovard, C. Goltzens, C. y Montane, J. “Problemas emocionales en el niño”. Barcelona: editorial herder, 1987, 207 Pág.

- Johnson, J. H. Rasbury, W. C. y Siegel, L. J. “Métodos de tratamiento infantil. Introducción a la teoría, investigación y práctica”. México: editorial Limusa, 1992, 341 Pág.

- Kamphaus, R. W. Frick, P. J. “Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente”. México: editorial Manual Moderno, 2000, 621 Pág.

- Kaplan, H. I. Freedman, A. M. y Sadock, B. I. “Manual de Psiquiatría de Urgencias”. Barcelona: editorial Médica panamericana, 1993, 466 Pág.

- Kaplan, H. I. Freedman, A. M. y Sadock, B. I. “Compendio de Psiquiatría”. Barcelona: editorial Salvat, 1992, 466 Pág.

- Levine, D. M. Berenson, M. L. y Levine, D. M. “Estadística Básica en Administración. Conceptos y aplicaciones”. México: editorial Prentice-Hill, cuarta edición, 1992, 946 Pág.

- Odile, D. “Agresividad y violencia en el niño y el adolescente”. México: editorial Grijalbo S.A, 1988, 248 Pág.

- Papalia, D. E. y Olds, S. W. “Desarrollo Humano”. Bogotá: editorial Mc Graw Hill, Sexta edición, 1998, 745 Pág.

- Rodríguez García, F. (2003) “Terapia de juego grupal sin juguetes”: disponible en <http://www.latarea.com.mx/articu/articu6/rodriguez6.htm>.

- Sampieri, R. H. Collado, C. F. Lucio, P. B. “Metodología de la investigación”. México: editorial Mc Graw Hill, segunda edición, 1991, 501 Pág.

- Schaefer, C. E. O’Connor, J. “Manual de terapia de juego”. México: editorial Manual Moderno, 1988, 489 Pág.

- Sharfetter, C. “Introducción a la psicopatología general”. Madrid: editorial Morato S.A, segunda edición, 1990, 445 Pág.

- Umbert, G.M. (1999) “Aprender a auto controlarse”: disponible en http://ceril.d/p31_agresividad.htm.

- Vallejo, R. J. “Introducción a la psicopatología y psiquiatría”. Barcelona: editorial Masson S.A, tercera edición, 1992, 794 Pág.

- Zaczik, C. “La agresividad. Comprenderla y evitarla”. Barcelona: editorial Paidós, 2002, 320 Pág.

ANEXOS

ANEXO 1

PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AGRESIVIDAD.

Para llevar a cabo la validación de la escala de agresividad se utilizó la validez de contenido. Esta se refiere “al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, es decir, un instrumento de medición debe representar a todos los ítems que pretende medir” (Bohrnstedt, citado por Sampieri, 1998, Pág.236).

Sistema de hipótesis para la validación de la escala de agresividad.

La hipótesis de trabajo se formuló de la siguiente forma.

“Existe correlación de un ítems con todos los ítems de la escala de agresividad, aplicada a un grupo de niños que presentan agresividad y que asisten al Centro Escolar Doctor José Antonio Quiroz”.

La hipótesis nula fue:

“No existe correlación de un ítems con todos los demás ítems de la escala de agresividad aplicada a un grupo de niños que presentan agresividad y que asisten al Centro Escolar Doctor José Antonio Quiroz”.

Metodología:

La metodología que se utilizó fue la siguiente:

En primer lugar, se formuló una serie de ítems relacionados con la agresividad (40 en total), siendo estos cinco positivos y 35 negativos.

En segundo lugar, se realizó una prueba piloto en el Centro Escolar Doctor José Antonio Quiroz; para lo cual se aplicó la escala de agresividad a diez niños que presentaban agresividad.

En tercer lugar, se procedió a la calificación de las escalas y a la obtención de los resultados de las mismas.

Los resultados obtenidos se introdujeron a una matriz de datos del programa de computadora llamado E-Views, cuya función es correlacionar los ítems entre sí.

En cuarto lugar, se eligieron los ítems que presentaron una correlación mayor de 0.75, obteniendo al final una escala de 23 ítems, pero se descartó uno.

Sujetos:

Los sujetos que participaron en la prueba piloto de la escala de agresividad fueron diez niños del Centro Escolar Doctor José Antonio Quiroz, con edades que oscilaban entre seis a doce años de edad. Siendo estos ocho varones y dos hembras.

Instrumento:

Se utilizó una escala de agresividad que contenía 40 ítems, siendo estos cinco positivos y 35 negativos con cuatro posibles respuestas.

Procedimiento:

La escala se aplicó en forma de entrevista en donde se leía cada ítem con sus cuatro posibles respuestas. Se calificaron las escalas para obtener los puntajes de cada sujeto.

Resultados:

El resultado que se obtuvo en la validación fue un instrumento de 23 ítems de los cuales se descartó uno quedando así una escala de 22 ítems.

De acuerdo a los datos obtenidos, después de aplicar el programa de computadora llamado E-Views, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir que si existe correlación de un ítem con los demás ítems.

A continuación se presenta la escala de agresividad en su versión original.

ANEXO 1.1

ESCALA DE AGRESIVIDAD (versión original)

Nombre: _____

Edad: _____ Género: Masculino Femenino

Indicaciones: A continuación se te leerá una serie de afirmaciones con sus cuatro posibles respuestas, elige la que más se adecue a tu caso. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Siempre	Sub-Total
1 Constantemente ofendo a otras personas.					
2 Utilizo palabras soeces cuando me enojo con mis compañeros.					
3 Me enojo con facilidad.					
4 Busco la manera de vengarme cuando alguien me ofende.					
5 He sentido rencor por alguna persona.					
6 Peleo con mis hermanos sin que me den motivos para hacerlo.					
7 Cuando me molesta alguien, le reclamo en forma violenta.					
8 Me gusta quebrar focos, ventanas, etc. Sin razón alguna.					
9 Me gusta llevarle la contraria a las demás personas.					
10 Obedezco las ordenes de mis tías, director, etc.					
11 Me gusta burlarme de las demás personas.					
12 Tiro objetos con la intención de dañar a los demás.					
13 Empujo intencionalmente a mis compañeros para sacarles ventaja cuando estoy jugando o practicando algún deporte.					
14 Utilizo gestos o ademanes ofensivos para demostrar mi malestar hacia otras personas.					
15 He matado pajaritos, garrobos o palomas solo por diversión.					
16 Colaboro con los quehaceres del hogar : lavar los trastes, regar la grama, limpiar, etc.					
17 Cumplo con los horarios establecidos : hora de levantarme, de estudio, ver televisión, etc.					
18 Me gusta gritarle a las demás personas.					

	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Siempre	Sub-Total
19 Cuando desobedezco me castigan en el hogar.					
20 Lloro con facilidad.					
21 Me gusta hacer berrinches.					
22 Reclamo cuando me llaman la atención.					
23 Participo en el aseo escolar.					
24 Me gusta discutir con los demás.					
25 Daño las pertenencias de otra persona cuando me enojo con ella.					
26 Me gusta ponerle objetos sucios a los demás.					
27 Me apropio de los objetos de mis hermanos.					
28 Me siento inseguro en las relaciones que establezco con los demás.					
29. Me siento rechazado por los demás.					
30 Me siento desilusionado.					
31 Me gustan los programas violentos					
32 Cuando alguien está hablando repito lo que dice para burlarme de él.					
33 Imito los programas violentos (caricaturas, héroes de películas, etc.).					
34 Me altero con facilidad cuando me regañan.					
35 Cuando no obtengo lo que quiero me decepciono.					
36 Cuando me regañan reacciono apretando los puños, dando saltos, manteniendo la respiración.					
37 Cuando alguien me hace daño, lo amenazo.					
38 Escondo las pertenencias de los demás.					
39 Participo en todas las actividades del hogar (misa, fiestas, etc.).					
40 He sido expulsado de la escuela.					

ANEXO 2

MATRIZ DE CORRELACIONES DE LA ESCALA DE AGRESIVIDAD																																												
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40				
1	1.00	0.63	0.22	0.78	0.24	0.48	0.69	0.60	0.36	-0.09	0.72	0.37	0.16	0.77	0.60	-0.11	-0.09	0.32	0.34	0.59	0.62	0.37	0.56	0.10	0.25	-0.06	-0.22	0.51	-0.29	0.00	0.03	0.18	-0.06	-0.12	0.37	0.56	0.32	0.41	-0.06	0.56				
2		1.00	0.15	0.60	0.10	0.44	0.43	0.66	0.64	0.15	0.70	-0.08	0.35	0.46	0.35	-0.72	-0.57	0.15	0.79	0.75	0.91	0.19	0.27	-0.34	0.27	-0.41	0.32	0.29	0.02	0.17	-0.12	0.52	0.27	0.09	0.71	0.23	0.44	0.35	-0.41	0.27				
3			1.00	0.09	0.66	0.06	0.21	-0.45	-0.06	-0.04	0.09	0.13	0.56	0.22	0.68	-0.13	-0.10	0.10	0.24	0.35	0.37	0.04	0.39	-0.18	0.39	0.11	-0.66	0.48	-0.65	0.28	0.20	-0.14	0.11	0.04	0.25	0.35	0.10	0.05	0.11	0.39				
4				1.00	0.18	0.55	0.90	0.62	0.15	-0.13	0.64	0.33	0.11	0.82	0.54	-0.15	-0.42	0.44	0.21	0.37	0.43	0.31	0.55	-0.03	0.13	0.13	0.10	0.19	-0.09	0.22	0.42	0.31	0.13	0.25	0.51	0.61	0.67	0.77	0.13	0.55				
5					1.00	0.40	0.34	-0.22	0.22	-0.16	0.44	0.46	0.14	0.57	0.82	0.29	-0.35	0.57	0.10	0.19	0.27	0.70	0.30	0.35	0.03	0.57	-0.58	0.43	-0.72	0.21	-0.07	0.27	-0.38	0.14	-0.08	0.47	-0.18	0.16	0.57	0.30				
6						1.00	0.76	0.50	0.51	0.14	0.55	0.55	0.00	0.77	0.60	0.16	-0.52	0.80	0.34	0.22	0.42	0.77	-0.06	0.34	0.25	0.56	0.15	-0.15	-0.22	-0.47	0.17	0.77	-0.53	0.59	0.28	0.79	0.15	0.61	0.56	-0.06				
7							1.00	0.47	0.09	-0.12	0.56	0.48	0.20	0.89	0.68	0.09	-0.48	0.69	0.19	0.24	0.35	0.48	0.45	0.16	0.18	0.45	0.00	0.09	-0.21	0.00	0.57	0.39	-0.08	0.53	0.39	0.81	0.58	0.78	0.45	0.45				
8								1.00	0.46	0.00	0.70	0.26	-0.09	0.54	0.00	-0.32	-0.25	0.33	0.44	0.49	0.49	0.29	0.18	-0.14	-0.18	-0.18	0.60	-0.14	0.09	-0.18	-0.16	0.52	0.00	0.00	0.22	0.14	0.19	0.29	-0.18	0.18				
9									1.00	0.58	0.43	-0.04	0.00	0.27	0.35	-0.31	-0.43	0.08	0.64	0.58	0.70	0.54	-0.13	0.10	0.39	-0.13	0.18	0.24	0.00	-0.33	-0.47	0.54	-0.39	-0.08	0.31	0.29	-0.07	0.12	-0.13	-0.13				
10										1.00	-0.37	-0.43	0.21	-0.23	0.11	-0.29	-0.23	-0.41	0.41	0.35	0.28	-0.05	-0.17	-0.18	0.67	-0.17	0.20	0.04	0.25	-0.42	0.08	-0.05	-0.17	-0.05	0.25	0.25	0.18	0.05	-0.17	-0.17				
11											1.00	0.52	0.00	0.80	0.45	-0.16	-0.35	0.63	0.42	0.52	0.62	0.61	0.37	0.07	-0.25	0.06	0.07	0.23	-0.40	0.16	-0.31	0.61	-0.09	0.02	0.19	0.26	0.02	0.28	0.06	0.37				
12												1.00	-0.40	0.67	0.38	0.53	0.19	0.76	-0.27	-0.07	-0.11	0.62	0.03	0.33	-0.29	0.67	-0.23	-0.26	-0.69	-0.32	-0.09	0.42	-0.61	0.06	-0.29	0.43	-0.38	0.29	0.67	0.03				
13													1.00	0.07	0.32	-0.50	-0.40	-0.09	0.69	0.59	0.57	-0.27	0.56	-0.45	0.28	-0.28	-0.07	0.45	-0.14	0.29	0.38	-0.27	0.56	0.18	0.25	0.11	0.46	-0.18	-0.28	0.56				
14														1.00	0.74	0.18	-0.40	0.80	0.22	0.36	0.43	0.73	0.49	0.28	-0.03	0.49	-0.12	0.21	-0.47	0.00	0.19	0.48	-0.28	0.29	0.15	0.71	0.23	0.58	0.49	0.49				
15															1.00	0.13	-0.42	0.49	0.28	0.41	0.51	0.62	0.45	0.28	0.45	0.45	-0.54	0.54	-0.55	0.06	0.25	0.22	-0.30	0.23	0.30	0.83	0.26	0.50	0.45	0.45				
16																1.00	0.34	0.42	-0.72	-0.66	-0.66	0.46	-0.20	0.83	-0.20	0.78	-0.47	-0.12	-0.20	-0.33	0.09	-0.06	-0.69	0.15	-0.59	0.29	-0.41	0.06	0.78	-0.20				
17																	1.00	-0.38	-0.57	-0.30	-0.52	-0.38	-0.16	0.04	-0.16	-0.16	-0.37	-0.10	-0.16	-0.26	-0.28	-0.55	-0.16	-0.65	-0.47	-0.35	-0.53	-0.45	-0.16	-0.16				
18																		1.00	0.04	-0.04	0.11	0.78	0.07	0.43	-0.27	0.75	0.00	-0.20	-0.44	-0.17	0.12	0.67	-0.44	0.58	-0.10	0.54	-0.07	0.41	0.75	0.07				
19																			1.00	0.85	0.91	0.09	0.27	-0.43	0.27	-0.41	0.32	0.29	-0.07	0.00	-0.12	0.30	0.27	0.09	0.41	0.10	0.26	-0.09	-0.41	0.27				
20																				1.00	0.89	0.07	0.56	-0.50	0.23	-0.43	0.08	0.46	-0.35	0.08	-0.18	0.07	0.23	-0.30	0.30	0.15	0.20	-0.07	-0.43	0.56				
21																					1.00	0.24	0.37	-0.30	0.37	-0.37	0.09	0.49	-0.19	0.09	-0.17	0.36	0.19	0.00	0.56	0.28	0.30	0.12	-0.37	0.37				
22																						1.00	-0.04	0.66	-0.04	0.67	-0.17	0.10	-0.39	-0.27	-0.22	0.66	-0.74	0.28	-0.11	0.58	-0.25	0.35	0.67	-0.04				
23																							1.00	-0.26	-0.11	-0.11	-0.26	0.62	-0.39	0.56	0.30	-0.39	0.44	-0.22	0.00	0.17	0.42	0.04	-0.11	1.00				
24																								1.00	0.03	0.62	-0.42	0.15	0.03	-0.30	-0.08	0.20	-0.70	0.25	-0.26	0.40	-0.27	0.18	0.62	-0.26				
25																									1.00	-0.11	-0.26	0.32	0.17	-0.28	0.30	-0.04	-0.11	0.15	0.67	0.58	0.42	0.39	-0.11	-0.11				
26																										1.00	-0.26	-0.26	-0.39	-0.28	0.30	0.32	-0.67	0.51	-0.33	0.58	-0.18	0.39	1.00	-0.11				
27																											1.00	-0.63	0.53	-0.13	0.00	0.42	0.26	0.26	0.16	-0.30	0.21	0.08	-0.26	-0.26				
28																												1.00	-0.19	0.45	-0.08	-0.36	0.18	-0.33	0.18	0.18	0.21	-0.10	-0.26	0.62				
29																													1.00	0.00	0.18	-0.04	0.31	0.24	0.33	-0.25	0.42	0.12	-0.39	-0.39				
30																														1.00	0.13	-0.27	0.70	-0.09	0.17	-0.32	0.38	0.00	-0.28	0.56				
31																															1.00	-0.22	0.30	0.59	0.30	0.49	0.76	0.54	0.30	0.30				
32																																1.00	-0.39	0.51	0.32	0.32	-0.06	0.46	0.32	-0.39				
33																																	1.00	-0.04	0.33	-0.46	0.57	-0.14	-0.67	0.44				
34																																		1.00	0.33	0.46	0.43	0.53	0.51	-0.22				
35																																				1.00	0.38	0.72	0.64	-0.33	0.00			
36																																						1.00	0.38	0.74	0.58	0.17		
37																																								1.00	0.63	-0.18	0.42	
38																																									1.00	0.39	0.04	
39																																										1.00	-0.11	
40																																												1.00

ANEXO 3

PROCESO DE CONFIABILIZACIÓN DE LA ESCALA DE AGRESIVIDAD.

Para realizar el proceso de confiabilización se utilizó el método de mitades partidas (split- halves), en el cual el conjunto total de ítems es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambos son comparados. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas (Sampieri, 1998).

Sistema de hipótesis para la confiabilización de la escala de agresividad.

La hipótesis de trabajo se enunció de la siguiente manera:

“Existe correlación de la mitad de la escala con la otra mitad de la escala de agresividad aplicada a un grupo de niños que asisten al Colegio Albert Einstein”.

La hipótesis nula se formuló así:

“No existe correlación de la mitad de la escala con la otra mitad de la escala de agresividad aplicada a un grupo de niños que asisten al Colegio Albert Einstein”.

Metodología:

Para realizar la confiabilización se dividieron los ítems de la escala en dos partes (como habían dos ítems positivos, uno se ubicó en el lado derecho y otro en el lado izquierdo) luego se aparearon; los resultados se ubicaron en un cuadro para realizar la conversión y luego obtener la confiabilización del instrumento.

Sujetos:

Los sujetos fueron 40 alumnos del Colegio Albert Einstein con edades que oscilan entre seis a doce años de edad. Siendo estos 19 varones y 21 niñas.

Instrumento:

Se utilizó una escala de agresividad que contenía 22 ítems, 20 negativos y dos positivos, con cuatro posibles respuestas.

Procedimiento:

Para confiabilizar el instrumento se administró la escala ya validada a 40 sujetos luego se calificaron y se realizó el proceso de mitades partidas. Después se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r_{xy}).

Resultados:

El resultado de la confiabilización de la escala de agresividad, después de haber utilizado el método de mitades partidas y el coeficiente de correlación de Pearson es de 0.99. Según los datos obtenidos, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

A continuación se presenta el procedimiento estadístico para la confiabilización de la escala de agresividad y el instrumento final validado y confiabilizado.

ANEXO 3.1

RESULTADOS DE LA CONFIABILIZACION (ESLACA DE AGRESIVIDAD)

MATRIZ DE DATOS EN LA APLICACIÓN PILOTO

TEM	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40	TOTAL	
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	52		
2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	53	
3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	50	
4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	66		
5	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	53	
6	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	47
7	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	51
8	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	62	
9	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	46
10	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	49
11	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	65
12	1	2	1	2	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	59	
13	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	89	
14	2	3	2	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	91
15	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	57	
16	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	4	2	2	2	2	1	2	4	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	76
17	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	52
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	44
19	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	57	
20	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	46
21	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	52
22	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	4	2	2	2	2	2	1	3	2	1	3	3	70

ANEXO 3.2

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE AGRESIVIDAD.

MÉTODO DE MITADES PARTIDAS.

Ítems apareados	X	Y
1 – 2	52	53
3 – 4	50	66
5 – 6	53	47
7 – 8	51	62
9 – 10	46	49
11 – 12	65	59
13 – 14	89	91
15 – 17	57	52
18 -19	44	57
20 – 21	46	52
16 - 22	76	70

Para realizar el método de mitades partidas se aparearon los ítems, por ejemplo el uno se apareo con el dos (el uno se encuentra en el eje “x” y el dos en el eje “y”). Como había dos ítems positivos se aparearon de último, ubicando uno en el lado izquierdo y el otro en el lado derecho.

ANEXO 3.3

MATRIZ DE PUNTUACIONES OBTENIDAS

X	Y	XY	X ²	Y ²
52	53	2756	2704	2809
50	66	3300	2500	4356
53	47	2491	2809	2209
51	62	3162	2601	3844
46	49	2254	2116	2401
65	59	3835	4225	3481
89	91	8099	7921	8281
57	52	2964	3249	2704
44	57	2508	1936	3249
46	52	2392	2116	2704
76	70	5320	5776	4900
Σ. 629	Σ. 658	Σ. 39081	Σ. 37953	Σ. 40938

Una vez realizado el apareamiento se dividieron los puntajes en “x” y “y” para efectos estadísticos. El proceso estadístico que se llevo a cabo es el siguiente:

$$\begin{aligned}
 n &= 40 \\
 \Sigma XY &= 39081 \\
 \Sigma X &= 629 \\
 \Sigma Y &= 658
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \Sigma X^2 &= 37953 \\
 (\Sigma X)^2 &= 395641 \\
 \Sigma Y^2 &= 40938 \\
 (\Sigma Y)^2 &= 432964
 \end{aligned}$$

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(n \sum x^2 - (\sum x)^2)(n \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

$$r_{xy} = \frac{40(39081) - (629)(658)}{\sqrt{(40(37953) - (395641))(40(40938) - (432964))}}$$

$$r_{xy} = \frac{1563240 - 413882}{\sqrt{(1518120 - 395641)(1637520 - 432964)}}$$

$$r_{xy} = \frac{1149358}{\sqrt{(1122479)(1204556)}}$$

$$r_{xy} = \frac{1149358}{\sqrt{1.352088814}}$$

$$r_{xy} = \frac{1149358}{1162793.539}$$

$$r_{xy} = 0.99$$

ANEXO 3.4

Escala de agresividad

Nombre: _____

Edad: _____ Género: Masculino Femenino

Indicaciones: A continuación se te leerá una serie de afirmaciones con sus cuatro posibles respuestas, elige la que más se adecúe a tu caso. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Siempre	Sub-Total
1 Constantemente ofendo a otras personas.					
2 Utilizo palabras soeces cuando me enojo con mis compañeros.					
3 Busco la manera de vengarme cuando alguien me ofende.					
4 Peleo con mis hermanos sin que me den motivos para hacerlo.					
5 Cuando me molesta alguien, le reclamo en forma violenta.					
6 Me gusta quebrar focos, ventanas, etc. Sin razón alguna.					
7 Me gusta llevarle la contraria a las demás personas.					
8 Me gusta burlarme de las demás personas.					
9 Tiro objetos con la intención de dañar a los demás.					
10 Utilizo gestos o ademanes ofensivos para demostrar mi malestar hacia otras personas.					
11 He matado pajaritos, garrobos o palomas solo por diversión.					
12 Me gusta gritarle a las demás personas.					
13 Lloro con facilidad.					
14 Me gusta hacer berrinche.					
15 Reclamo cuando me llaman la atención.					
16 Participo en el aseo escolar.					
17 Me gusta discutir con los demás.					
18 Me gusta ponerle objetos sucios a los demás.					
19 Cuando alguien esta hablando repito lo que dice para burlarme de él.					
20 Cuando no obtengo lo que quiero me decepciono.					
21 Cuando me regañan reacciono apretando los puños, dando saltos, manteniendo la respiración.					
22 Participo en todas las actividades del hogar (misa, fiestas, etc.).					

ANEXO 4

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Ciencias y Humanidades
 Sección de Psicología.

Fecha: _____
 No. De Sesión: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Darle la bienvenida al grupo.	Oral	Se iniciará con la presentación de las investigadoras, luego se les dará la bienvenida y se les agradecerá su presencia.	Blanca
15 Min.	Entrevista y Dinámica de presentación	Conocer a los integrantes del grupo.	Oral	Se le hará una entrevista a los menores, después se formará un círculo y se le preguntará el nombre a uno de ellos, después al que esta a la par, luego este deberá decir el primer nombre que escuchó y luego el suyo y así sucesivamente hasta que terminen todos.	Jasely
30 Min.	Aplicación de la preprueba: Escala de agresividad.	Indagar el nivel de agresividad que presentan los menores.	Oral	A cada niño se le leerá los ítems de la escala con sus cuatro posibles respuestas.	Blanca Jasely
5 Min.	Establecimiento de contrato.	Proponer normas y reglas dentro del grupo.	Oral	Se les dirá a los menores la importancia que tienen las normas y reglas dentro de un grupo, por ello se les solicitará que las propongan ellos mismos, comprometiéndose a cumplirlas.	Jasely
5 Min.	Despedida	Concluir la sesión	Oral	Darles las gracias por su participación.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo terapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Se le dará bienvenida al grupo.	Oral	Se les agradecerá por su presencia.	Jasely
10 Min.	Como te sientes en el grupo.	Conocer la motivación de los menores dentro del grupo.	Oral	Se le solicitará a los niños que opinen individualmente con respecto a como se sienten dentro del grupo.	Blanca.
10 Min.	Fase 1 : El Juego	Incrementar los ataques y la agresión en los menores.	Lanzamiento de cojines.	Se les pedirá que se sienten en el piso formando un círculo, una de las terapeutas iniciará lanzándoles los cojines a los niños, luego se les dirá que lo hagan ellos, basándose en la ley “lo que me hagas te hago”.	Jasely
20 Min.	Fase 2 : De pensar	Disminuir la violencia física.	Oral	Se les dirá a los menores que suspendan el juego, luego que relaten lo que sucedió en completa libertad, además se permitirá que hagan dramatizaciones.	Blanca.
10 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Que los niños se socialicen en el grupo.	Oral	Es la hora de poner las cosas en su lugar, como el arreglo personal, tomar objetos personales que se depositan en la entrada, etc.	Jasely
5 Min.	Despedida	Dar por terminada la sesión.	Oral	Dar por finalizada la sesión.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Comenzar la sesión	Verbal	Se les agradecerá su presencia	Blanca
15 Min.	Fase 1: Juego de bebés.	Explorar los sentimientos del niño al sentirse bebés.	Dramatización.	Se pedirá que jueguen a ser bebés, que tomen biberón, y que realicen todo lo que un recién nacido hace, para esto pueden utilizar los cojines y su imaginación.	Jasely
25 Min.	Fase 2: De pensar.	Analizar los sentimientos de los menores.	Verbal	Se hará un círculo en donde cada uno de los participantes expresará sus sentimientos con respecto al juego.	Blanca
10 Min.	Fase 3 : Reorganización.	Poner las cosas en su lugar.	Grupal	Deberán ordenar las cosas en el lugar adecuado.	Jasely
5 Min.	Despedida	Terminar la sesión.	Verbal	Incentivarlos a que sigan asistiendo.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo terapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Dar la bienvenida.	Oral	Agradecimientos por su asistencia	Jasely
15 Min.	Fase 1: Juego locomotor.	Interpretar la actitud de los niños al sentirse bebés.	Dramatización.	deberán jugar a ser bebés nuevamente; solo que esta vez serán mas grandes, gatearán, correrán de un lugar a otro, etc.	Blanca
25 Min.	Fase 2: De pensar.	Conocer el punto de vista de los niños sobre el juego.	Oral	Cada uno deberá explicar como se sintió y se retomarán los aspectos positivos y negativos del juego.	Jasely
10 Min.	Fase 3: Reorganizar.	Ubicar las cosas en su lugar.	Grupal	Todos deberán colaborar para dejar el lugar ordenado.	Blanca
5 Min.	Despedida	Concluir la sesión	Oral	Dar por finalizada la sesión.	Jasely

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Iniciar la sesión.	Oral	Se les agradecerá por su presencia.	Blanca
20 Min.	Fase 1 : Juego Libre	Analizar el comportamiento de los niños al jugar libremente.	Oral	Se les explicará que están en completa libertad de hablar, jugar o de hacer lo que quieran.	Jasely
20 Min.	Fase 2 : De pensar	Interpretar el juego libre.	Oral	Se les preguntará el porque decidieron realizar uno u otro juego.	Blanca.
10 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Ordenar.	Grupal	Los niños deberán ubicar las cosas en su lugar.	Jasely
5 Min.	Despedida	Culminar la sesión.	Oral	Se les invitará para la próxima reunión.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Empezar la reunión.	Oral	Se iniciará la sesión	Blanca
20 Min.	Fase 1 : Juego de roles	Analizar el desenvolvimiento de los niños.	Dramatización	Los niños deberán representar el rol que deseen ya sea de padres, hijos, hermanos etc.	Jasely
25 Min.	Fase 2 : Pensar	Analizar la actitud que los niños toman en la representación de roles.	Oral	Los niños expresarán lo que sintieron al representar los diferentes roles. Se comentará sobre las actitudes positivas y negativas de sus conductas.	Blanca
5 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Ordenar la habitación.	Grupal	Los niños ayudarán a ordenar las cosas de la habitación.	Jasely
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión.	Oral	Se concluirá la sesión motivándolos para que sigan asistiendo.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Dar por iniciada la sesión.	Oral	Se les dará la bienvenida y se les recordará el número de sesiones que se lleva.	Jasely
20 Min.	Fase 1 : Jugar a la familia	Analizar el comportamiento de los menores en la dramatización.	Dramatización	Una de las terapeutas realizará el papel de mamá y la otra el de papá y todos los niños serán sus hijos. Las terapeutas les dirán que se comporten como lo hacen en el hogar.	Blanca
25 Min.	Fase 2 : Pensar	Que los niños expresen como se sintieron cuando estaban jugando a la familia.	Oral	Se hará un círculo, luego cada niño expresará cómo se sintió jugando. Se hará énfasis en disminuir los comportamientos inadecuados.	Jasely
5 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Ubicar las cosas en su sitio.	Grupal	Cada niño ordenará lo que desorganizó.	Blanca
5 Min.	Despedida	Termina la sesión	Oral	Se les agradecerá su asistencia.	Jasely

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Darle la bienvenida al grupo.	Verbal	Se les agradecerá por su presencia.	Jasely
20 Min.	Fase 1 : El árbol y el viento	Que los niños se sientan seguros en el grupo y de sí mismos.	Verbal	Se hará un círculo y un niño quedará en medio, luego se le dirá que se mueva de un lugar a otro y los demás del grupo lo empujarán.	Blanca
25 Min.	Fase 2 : Pensar	Que los niños expresen como se sintieron cuando simulaban ser árboles.	Verbal	Cada uno de los niños dirá si se sintió seguro en el grupo y de sí mismo, cuando tuvo que quedarse en medio del círculo. Los terapeutas enfatizarán la confianza y la cooperación que debe haber entre el grupo.	Jasely
5 Min.	Fase 3 Reorganizar	Colocar las cosas en su lugar.	Grupal	Cada niño pondrá las cosas en el lugar adecuado.	Blanca
5 Min.	Despedida	Finalizar sesión.	Verbal	Se les invitará para la próxima reunión.	Jasely

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Iniciar la sesión.	Oral	Se dará la bienvenida y se iniciarán las actividades.	Jasely
15 Min.	Fase 1 : El Juego	Desplazar la agresividad a través del grito.	Si y No.	Para iniciar la sesión los niños deberán quitarse los zapatos y otros objetos personales que se depositarán en la entrada. Los niños se ubicarán formando dos filas; una frente de la otra, los del lado derecho dirán “si” y los del lado izquierdo dirán “no”, primero de forma suave y poco a poco subirán el tono hasta que sea a gritos. Después será al contrario los de la derecha dirán “no” y los de la izquierda dirán “si.”	Blanca
25 Min.	Fase 2 : De pensar	Interpretar las opiniones de los niños.	Oral	En esta fase se les permitirá que expresen lo que sintieron e interpreten lo que sucedió.	Jasely
10 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Ubicar las cosas en su lugar.	Grupal	Deberán poner todo en su lugar y dejar ordenado todo.	Blanca
5 Min.	Despedida	Concluir la sesión.	Oral	Se dará las gracias por su asistencia y se motivará para que continúen asistiendo.	Blanca

Observaciones: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Empezar la sesión.	Oral	Se dará la bienvenida a los niños	Jasely
20 Min.	Fase 1: Juego, Jugar al periodista.	Dramatizar una escena violenta.	Dramatización.	Los niños deberán jugar al periodista en donde dramatizarán el asesinato de una persona. Uno de los niños será el defensor del asesino y los demás deberán actuar como periodistas, investigadores.	Blanca
25 Min.	Fase 2 : De pensar	Analizar las opiniones de los niños sobre el suceso.	Oral	Cada uno de los niños dirá sus impresiones sobre el suceso y los aspectos positivos y negativos sobre la agresividad de las personas.	Jasely
5 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Ordenar el lugar.	Grupal	Los niños acomodarán las cosas en su respectivo lugar.	Blanca
5 Min.	Despedida	Terminar la sesión.	Oral	Se les motivará para que sigan asistiendo a las sesiones.	Jasely

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Comenzar la sesión.	Oral	Se dará inicio a la sesión.	Blanca
20 Min.	Fase 1: Juego Indios y Vaqueros.	Que se expresen a través del juego.	Dramatización	Se les pedirá que formen dos grupos, unos representarán a los indios y los otros a los vaqueros y se les pedirá que inventen una historia en donde haya indios y vaqueros para que jueguen.	Jasely
25 Min.	Fase 2 : Pensar	Analizar el comportamiento de los niños en el juego.	Oral	Se reunirá a los niños y se les preguntará qué sintieron al representar a los indios y a los vaqueros.	Blanca
5 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Ordenar el lugar.	Grupal	Todos ayudaran a poner las cosas en su lugar.	Jasely
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión.	Oral	Se concluirá la sesión.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Iniciar la sesión.	Oral	Se dará la bienvenida y se comenzará la sesión.	Blanca
20 Min.	Fase 1 : Juego tarjetas de hablar	Que los niños dramaticen diferentes situaciones.	Dramatización	Se les pedirá a los niños que dramaticen diferentes situaciones sobre posibles conductas que los niños presentan.	Jasely
25 Min.	Fase 2 : Pensar	Disminuir conductas inapropiadas.	Oral	Tomando en cuenta las dramatizaciones se harán preguntas para que el grupo las responda y luego se les orientará sobre lo que se debe y lo que no se debe hacer.	Blanca
5 Min.	Fase 3 : Reorganizar	Poner las cosas en su lugar.	Grupal	Todos los niños ayudarán a ordenar el lugar.	Jasely
5 Min.	Despedida	Concluir la sesión.	Oral	Se dará por finalizada la sesión y se les invitará a la próxima.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Comenzar la reunión.	Oral	Dar la bienvenida al grupo.	Jasely
20 Min.	Fase 1: Tarjetas de sentir y hacer.	Que los niños dramaticen sus diferentes tipos de agresiones.	Dramatización.	Cada uno de los niños dramatizará diversas agresiones como malas palabras, burlas, peleas, etc.	Blanca
25 Min.	Fase 2 : Pensar	Que los niños digan como se sintieron al pronunciar y dramatizar sus agresiones.	Oral	Se hará un círculo, luego se le preguntará a cada niño como se sintió al expresar y dramatizar su agresividad. Seguidamente dirán que opinan de las personas agresivas.	Jasely
5 Min.	Fase3 Reorganizar	Poner las cosas en su lugar.	Grupal	Ubicar las cosas en el mismo sitio en donde se encontraron.	Blanca
5 Min.	Despedida	Culminar la sesión.	Oral	Dar por finalizada la reunión e invitarlos para la próxima.	Jasely

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Comenzar la sesión.	Verbal	Nuevamente darle la bienvenida al grupo, e iniciar la reunión.	Jasely
40 Min.	Aplicación de la escala de agresividad.	Aplicar la posprueba	Oral	Se les leerá una serie de ítems con cuatro posibles respuestas, de las cuales elegirán una.	Blanca.
10 Min.	Los animalitos.	Que los niños se recreen después de la prueba.	Oral	Se formará un círculo, una de las terapeutas dirá una serie de animales que tendrán que dibujar en la espalda del niño que este delante de ellos.	Jasely
5 Min.	Despedida	Cerrar la sesión.	Oral	Invitarlos a la próxima sesión.	Blanca

Observación: _____

Programa de actividades para el grupo psicoterapéutico.

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Responsable
5 Min.	Saludo	Dar inicio a la última sesión.	Oral	Se les dará la bienvenida y se les recordará que es la última reunión.	Blanca
25 Min.	Autovaloración	Evaluar las expectativas de los niños con respecto a la terapia.	Oral	Se le preguntará a cada niño si ha sentido un cambio en su comportamiento. En esta reunión se invitará al director de la institución para que también exprese si ha habido cambios en el grupo.	Jasely
25 Min.	Refrigerio		Grupal	Se compartirá un refrigerio con los niños como una forma de agradecimiento por su asistencia.	Blanca
5 Min.	Despedida	Clausurar el grupo psicoterapéutico.	Oral	Se agradecerá por la colaboración prestada y por la asistencia a las sesiones.	Jasely

Observación: _____

ANEXO 5

PROCESO ESTADISTICO DE LA PRUEBA “t” DE STUDENT

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba “t” de Student con el objetivo de evaluar si ambos grupos difieren significativamente en relación a sus medias, para lo cual, se extrajo la media (X) de cada grupo, su desviación estándar (S) y la diferencia de las medias de los dos grupos.

A continuación se presentan los resultados de la prueba “t” de Student.

En este cuadro se representan los resultados de la posprueba (escala de agresividad) del grupo experimental y del grupo control, el grupo experimental fue sometido a la psicoterapia infantil natural (GIN).

Sujetos	Grupo experimental	Grupo control
Sujeto 1	26	32
Sujeto 2	25	55
Sujeto 3	24	50
Sujeto 4	23	48
Sujeto 5	22	50
Total	120	235

De acuerdo a estos resultados se calculó la media mediante la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

La media para el grupo experimental es: $26+25+24+23+22= 120/5= 24$ y la media para el grupo control es: $32+55+50+48+50=235/5= 47$.

Cálculo de la desviación estándar (S).

La fórmula para calcular la desviación estándar es la que se presenta a continuación:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N}}$$

Donde:

S = Desviación estándar

\sum = Sumatoria

X = Los puntajes de la escala de agresividad

\bar{X} = Es la media

N = Es el número de sujetos.

Para calcular la desviación estándar del grupo experimental se ordenan las puntuaciones de la siguiente manera:

X
26
25
24
23
22

Para conocer la desviación estándar de cada puntuación en relación a la media se resta $X - \bar{X}$, luego se eleva al cuadrado.

X	$(X - \bar{X})$	$(X - \bar{X})^2$
26	2	4
25	1	1
24	0	0
23	-1	1
22	-2	4
$\sum X = 120$		$\sum (X - \bar{X})^2 = 10$

Cuando se obtiene la sumatoria de cada desviación elevada al cuadrado se procede a aplicar la siguiente fórmula:

$$S_1 = \sqrt{10/5}$$

$$S_1 = \sqrt{2}$$

$$S_1 = 1.41$$

Para calcular la desviación estándar del grupo control se hace lo siguiente:

Se ordenan las puntuaciones:

X

32

55

50

48

50

Luego se determina la desviación de cada puntuación en relación a la media y se eleva al cuadrado.

X	$(\bar{X}-X)$	$(X-\bar{X})^2$
32	-15	225
55	8	64
50	3	9
48	1	1
50	3	9
$\Sigma X = 235$		$\Sigma (X-\bar{X})^2 = 308$

Teniendo estos resultados se aplica la siguiente fórmula:

$$S_2 = \sqrt{308/5}$$

$$S_2 = \sqrt{61.6}$$

$$S_2 = 7.85$$

Para calcular la diferencia entre la media del grupo experimental y del grupo control se aplica la prueba “t” de Student, su fórmula es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Donde:

\bar{X}_1 = La media del grupo experimental.

\bar{X}_2 = La media del grupo control.

s_1^2 = La desviación estándar del grupo experimental elevada al cuadrado.

s_2^2 = La desviación estándar del grupo control elevada al cuadrado.

N_1 = Número de sujetos del grupo experimental.

N_2 = Número de sujetos del grupo control.

Como ya se tienen las medias de cada grupo se procede a aplicar la fórmula:

$$t = \frac{24 - 47}{\sqrt{\frac{(1.41)^2}{5} + \frac{(7.85)^2}{5}}}$$

$$t = \frac{23}{\sqrt{\frac{1.98}{5} + \frac{61.62}{5}}}$$

$$t = \frac{23}{\sqrt{0.39 + 12.32}}$$

$$t = \frac{23}{\sqrt{12.71}}$$

$$t = \frac{23}{3.56}$$

$t = 6.46$

Cuando se obtiene el valor “t” se procede a calcular los grados de libertad (gl), mediante la siguiente fórmula:

$$gl = (N_1 + N_2) - 2$$

Donde:

gl = grados de libertad.

N_1 = número de sujetos del grupo experimental.

N_2 = número de sujetos del grupo control.

Sustituyendo la fórmula se tiene:

$$gl = (5 + 5) - 2$$

$$gl = 10 - 2$$

$$gl = 8$$

Después de obtener los grados de libertad se eligió el nivel de confianza de 0.05, luego se buscó en la tabla de distribución “t de Student” y el resultado fue el siguiente:

gl	Nivel de confianza 0.05	Valor “t”
8	1.8595	6.46

El valor encontrado de “t” es 6.46, esto significa que es mayor al valor “t” buscado en la tabla de distribución “t de Student” el cual fue de 1.8595 y los grados de libertad de 8 con un nivel de confianza de 0.05 (ver anexo siguiente).

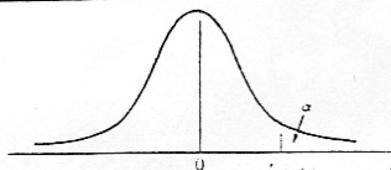
De acuerdo a estos resultados hay una diferencia significativa en el grupo experimental (el cual fue sometido a la psicoterapia infantil natural GIN) en comparación al grupo control (no se sometió a ningún tratamiento) lo que significa que se acepta la hipótesis de investigación (H_i) y se rechaza la hipótesis nula (H_0).

ANEXO 6

TABLA DE DISTRIBUCIÓN "t" STUDENT.

En esta tabla se encuentra el valor "t", los 8 grados de libertad, su nivel de confianza y el valor "t" según la tabla.

Para un número determinado de grados de libertad (df), la entrada representa el valor crítico de t que corresponde a un área específica de la cola superior α .



Grados de libertad	Áreas de la cola superior					
	.25	.10	.05	.025	.01	.005
1	1.0000	3.0777	6.3138	12.7062	31.8207	63.6574
2	0.8165	1.8956	2.9200	4.3027	6.9546	9.9248
3	0.7649	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407	5.8409
4	0.7407	1.5332	2.1318	2.7764	3.7469	4.6041
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649	4.0322
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427	3.7074
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9980	3.4995
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965	3.3554
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214	3.2498
10	0.6998	1.3722	1.8125	2.2261	2.7638	3.1693
11	0.6974	1.3634	1.7959	2.2010	2.7181	3.1058
12	0.6955	1.3562	1.7823	2.1788	2.6810	3.0545
13	0.6938	1.3502	1.7709	2.1604	2.6503	3.0123
14	0.6924	1.3450	1.7613	2.1448	2.6245	2.9768
15	0.6912	1.3406	1.7531	2.1315	2.6025	2.9467
16	0.6901	1.3368	1.7459	2.1199	2.5835	2.9208
17	0.6892	1.3334	1.7396	2.1098	2.5669	2.8982
18	0.6884	1.3304	1.7341	2.1009	2.5524	2.8784
19	0.6876	1.3277	1.7291	2.0930	2.5395	2.8609
20	0.6870	1.3253	1.7247	2.0860	2.5280	2.8453
21	0.6864	1.3232	1.7207	2.0796	2.5177	2.8314
22	0.6858	1.3212	1.7171	2.0739	2.5083	2.8188
23	0.6853	1.3195	1.7139	2.0687	2.4999	2.8073
24	0.6848	1.3178	1.7109	2.0639	2.4922	2.7969
25	0.6844	1.3163	1.7081	2.0595	2.4851	2.7874
26	0.6840	1.3150	1.7056	2.0555	2.4786	2.7787
27	0.6837	1.3137	1.7033	2.0518	2.4727	2.7707
28	0.6834	1.3125	1.7011	2.0484	2.4671	2.7633
29	0.6830	1.3114	1.6991	2.0452	2.4620	2.7564
30	0.6828	1.3104	1.6973	2.0423	2.4573	2.7500
31	0.6825	1.3095	1.6955	2.0395	2.4528	2.7440
32	0.6822	1.3086	1.6939	2.0369	2.4487	2.7385
33	0.6820	1.3077	1.6924	2.0345	2.4448	2.7333
34	0.6818	1.3070	1.6909	2.0322	2.4411	2.7284
35	0.6816	1.3062	1.6896	2.0301	2.4377	2.7238
36	0.6814	1.3055	1.6883	2.0281	2.4345	2.7195
37	0.6812	1.3049	1.6871	2.0262	2.4314	2.7154
38	0.6810	1.3042	1.6850	2.0244	2.4286	2.7116
39	0.6808	1.3036	1.6849	2.0227	2.4258	2.7079
40	0.6807	1.3031	1.6839	2.0211	2.4233	2.7045
41	0.6805	1.3025	1.6829	2.0195	2.4208	2.7012
42	0.6804	1.3020	1.6820	2.0181	2.4185	2.6981
43	0.6802	1.3016	1.6811	2.0167	2.4163	2.6951
44	0.6801	1.3011	1.6802	2.0154	2.4141	2.6923
45	0.6800	1.3006	1.6794	2.0141	2.4121	2.6896

