

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES



TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“DIAGNOSTICO Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMERO A TERCER GRADO DEL COMPLEJO EDUCATIVO SOR CECILIA SANTILLANA AHUACTZIN DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL, DURANTE EL AÑO 2013”

PRESENTADO POR:

AGUIRRE PÉREZ EMMA LIDIA
FLORES CLAUDIA YANETH
NAVARRETE RAMÍREZ KAREN ELIZABETH

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

DOCENTE DIRECTOR:

LICDA. ELEYDA VICTORIA PARADA TREMINIO

**CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, AGOSTO DE 2013
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

Msc. ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICE-RECTORA ACADÉMICA

LIC. SALVADOR CASTILLO ARÉVALO

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LIC. CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES

LIC. RUBÉN ELÍAS CAMPOS MEJÍA.

JEFE DE DEPARTAMENTO

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS GÓMEZ

COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

LIC. NAHÚM VÁSQUEZ NAVARRO.

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

LICDA. ELEYDA VICTORIA PARADA TREMINIO

DOCENTE DIRECTORA

AGRADECIMIENTOS GENERALES.

Queremos agradecer a **DIOS todo poderoso** por guiarnos, dándonos fortaleza, entendimiento, sabiduría, comprensión, fe, valentía, deseos de superación y de servicio a los demás.

Agradecemos de manera especial a la Universidad de El Salvador, nuestra alma Mater, por brindarnos la oportunidad de formarnos y crecer personal y profesionalmente.

Particularmente agradecemos a la Facultad Multidisciplinaria Oriental. Porque fue en ella donde adquirimos nuestros conocimientos profesionales durante lo largo de nuestra carrera.

Agradecemos a los docentes de la **Sección de Psicología**, quienes son parte de nuestra formación profesional, a quienes recordaremos con satisfacción en cada momento que practiquemos su enseñanza. Agradecemos también al Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel, por darnos la oportunidad de fortalecer y practicar habilidades, así como a los niños y niñas de la misma institución por el apoyo incondicional en cada sesión, sobre quienes pedimos a DIOS bendiciones.

De manera especial agradecemos a **Licda. Eleyda Victoria Parada Treminio**, por su orientación y dedicación en este trabajo de quien además recordamos con cariño y amor la enseñanza que nos brindó en los primeros pasos de nuestra carrera. **“MUY AGRADECIDAS”**

Emma Lidia, Claudia Yaneth y Karen Elizabeth.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Dedico este triunfo a:

DIOS TODO PODEROSO, por haberme guiado a lo largo de mi carrera brindándome así entendimiento, sabiduría, y fortaleza, en mis años de estudio. Por haber sido mi guía, compañero, maestro por siempre, sin su ayuda jamás hubiera logrado culminar mi carrera.

GRACIAS A NUESTRA MADRE LA VIRGEN MARIA, porque me ha acompañado siempre a lo largo de mi vida y cuidándome todo el tiempo.

Gracias A Mi Madre: **Francisca Pérez de Aguirre**, por ser una mujer luchadora, por todo su apoyo, su cariño, su ejemplo de una hermosa madre sus sabios consejos, por haber decidido a pesar de las circunstancias darme el maravilloso don de la vida en su papel como madre, por ser una mujer entregada a sus hijos, te admiro y me siento muy orgullosa de tener una madre como tú.

Gracias A Mi Padre: **Rogelio Aguirre**, por ser un hombre en el que de niña vi un modelo a seguir, por darme un hogar una familia, por su esfuerzo, trabajo y sacrificio, por darme educación, por su responsabilidad como un verdadero padre, inculcándome siempre a la lucha, dedicación y respeto, por creer en mí, me siento orgullosa de ser tu hija a ti con todo mi cariño.

Gracias A Mis Hermanos y hermana: **Ismael, Orlando y Ana** por sus apoyos incondicionales, que con sus bromas y enojos siempre estuvieron ahí aun en los momentos más difíciles, los quiero mucho.

Gracias A Los /as Docentes: **Lic. René, Lic. Nahúm, Lic. Luis Roberto, Lic. Ponce, Lic. Milton, Lic. Rubén, Licda. Eva, Lic. Manuel, Licda. Kelly** por compartir en cada clase todos sus conocimientos, por ser amigos y ser partes de este proceso de formación, con mucho respeto y cariño gracias. De manera especial a la **Licda. Victoria**, por orientar nuestro trabajo de investigación siempre con mucha responsabilidad, comprensión y sabiduría, por darnos su amistad, con mucho cariño y respeto muchas gracias.

Gracias A Mis Amigo/as, de manera especial, **Fidel, Karen, Claudia Blanqui, Carmen, Olinda, y Roxana**, por acompañarme comprenderme, apoyarme y hacerme reír siempre con sus aptitudes, con todo el cariño y aprecio del mundo los quiero mucho, siempre tendrán un lugar en mi corazón, fueron los/as mejores compañeros y amigos que Dios me permitió conocer.

GRACIAS A TODA MI FAMILIA: Abuela: **Sabina Pérez (Q.D.D.G)** Tías: **Faustina, Lucia, Isabel**, primos/as: **Geovanny, Elmer, Erick, Immer, Arsenio, Edgar, Bessy, Marisol, Carolina y Rafael**, con mucho cariño y aprecio, por sus apoyos afectivos, los quiero mucho.

De manera especial a: **Mercedes Guevara de Melgar (Q.D.D.G)** Gracias, por su amor, por su confianza, por brindarme su amistad, por su comprensión, por ayudarme cuando lo necesite, por brindarme su apoyo incondicional, siempre tendré presente sus actos de bondad. Gracias, porque siempre fue como una segunda madre para mi, por estar ahí cuando lo necesite y acogerme en su casa como un miembro más de de su familia, siempre estará en mi corazón.

MUCHAS GRACIAS!!!

EMMA LIDIA AGUIRRE PEREZ

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Le agradezco a **DIOS**, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por siempre darme las fuerzas para seguir adelante y por brindarme una vida llena de aprendizajes en los que puedo decir he aprendido mucho, gracias mi Dios por nunca dejarme sola y permitirme cumplir uno de mis objetivos.

Le doy gracias a mi madre, **María Angelina**, por darme la vida y por el poco tiempo que estuvo conmigo en esta vida y porque sé que nunca me has dejado sola, por enseñarme hacer una mejor persona a pesar de las dificultades, este triunfo te lo dedico viejita sé que estas orgullosa de tu hija y puedo imaginar tu rostro de alegría por mí, hoy te puedo decir lo logre mamá.

A mis abuelos, **Donatila Flores** y **Santos Márquez**, por haberme crecido y darme su amor y protección, por siempre apoyarme emocionalmente y económicamente gracias viejitos hermosos son lo más valioso para mí.

A mis hermanos, **Juan Carlos** y **Cristian Orlando** por formar parte de mi vida y de este logro y sobre todo por su amor y apoyo.

A mi tía, **Lucia Flores** por ser más que una tía para mí ser la madre que me ha apoyado económica y emocionalmente desde que estaba pequeña, por siempre brindarme su ayuda y amor.

Agradezco también a **Mauricio Lazo** por ser una parte muy importante en mi vida por llegar en el momento adecuado y cuando más necesitaba un apoyo, por ser el hombre que me ha ayudado en los momentos difíciles y quien fue mi inspiración para estudiar mi carrera y cumplir este sueño, por su apoyo emocional y económicamente, gracias por tu paciencia y siempre comprenderme y estar siempre a mi lado, este triunfo es de los dos mi amor lo LOGRAMOS, te amo.

A los docentes que sembraron en mí, sus conocimientos con mucha dedicación, sabiduría y humildad a quienes recordare cada momento que practique los conocimientos adquiridos. De manera especial a la **Licda. Victoria**, por orientar nuestro trabajo de investigación siempre con mucha responsabilidad, comprensión y sabiduría, por darnos su amistad, con mucho cariño y respeto muchas gracias.

Gracias a mis amigos y amigas por formar parte de mi vida y ser personas especiales con las que siempre puedo contar, en especial a mis compañeras de tesis **Emma Aguirre y Karen Navarrete** por su comprensión y apoyo cuando lo necesite y por acompañarme en la formación personal y profesional. Y agradezco a mis compañeras de muchos años que estarán siempre en mis recuerdos y en mi corazón.

A todos mis **familiares y amigos** de quienes recibí palabras de ánimo en momentos difíciles a las personas que de una o de otra manera contribuyeron para que este sueño fuera una realidad, muchas gracias.

CLAUDIA YANETH FLORES.

AGRADECIMIENTOS

El culminar mi carrera como uno de los principales objetivos propuestos en mi vida es una gran satisfacción. Este logro está dedicado especialmente a todas aquellas personas, que a lo largo de mi vida han sido mi amor, mi inspiración, mi alegría; personas que me han dado lecciones de vida y que han dejado una huella profunda en mi ser. Estas palabras están dedicadas con mi más sincero respeto, cariño y amor profundo; *Infinitas Gracias y que Dios les Bendiga Siempre.*

A mi Querido Dios: Por darme la vida y guiar mis pasos, por nunca abandonarme y estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, así mismo los felices, por brindarme la oportunidad de conocer a las personas que durante estos años, han sido su instrumento de inspiración y de enseñanza para mi, y por todos los obstáculos que he logrado superar, dándome siempre la fortaleza para cumplir mis sueños, por brindarme la oportunidad de ampliar mis conocimientos y crecer como persona, *Te Amo Señor.* Y a ti *Madre del Cielo Virgen de la Medalla Milagrosa* por interceder ante el Padre por mí, por amarme tal como soy, por ser mi ejemplo de mujer y madre, *Te Amo Virgen Bella.*

A mis Queridos Padres: José Fermín Navarrete Argueta y María de los Ángeles Ramírez de Navarrete por su apoyo durante el transcurso de mi carrera, por sus sacrificios para que no me faltara nada durante mis años de estudio, por estar siempre a

mi lado, por sus consejos, por confiar en mí, y brindarme la oportunidad de estudiar lo que yo decidiera. Papi, Mami, este es su triunfo; Gracias, sin ustedes esto no sería posible; que Dios les Bendiga y les multiplique lo que han hecho por mí, **Los Amo**.

A mi Querida Hermana Gaby: Por alegrarme todos los días de mi vida, por tu cariño sincero y apoyo cuando más lo necesité, por estar conmigo, por animarme a luchar por conseguir este sueño que es hoy una realidad, culminar mis estudios, y a su esposo **Marlon** por regalarme tres hermosas sobrinas **Danielita, Camilita y Fatimita**, que han llenado de alegría mi vida con sus risas y gritos. **Las Amo**, que Dios me las proteja y las Bendiga.

Al amor de mi vida, mi pequeña **Hija Valeria Sarai, Te Amo Princesa** y tú has sido mi mayor estímulo para seguir luchando por este éxito, tú que desde el vientre fuiste mi fortaleza, eres mi todo, eres mi motivo para seguir adelante, me siento privilegiada de ser tu madre, así es mi amor por ti, entregada sin miedos pues más allá de todas las circunstancias, nunca estaré sola pues tendré tu compañía. Gracias Mi Niña por darme una nueva vida.

A mis queridas Amigas: Las señoritas Karol Martínez y Marisol Díaz, por darme siempre muestras sinceras de cariño y apoyo, por escucharme cuando más lo he necesitado, por su sinceridad y sabios consejos, que Dios me las cuide siempre.

A mi Familia (Abuela Julia y Tía Licda. Gloria Larios): Por apoyarme de alguna u otra forma, gracias por ofrecer su ayuda incondicional, por brindar sus conocimientos para enriquecer los míos, Dios me las bendiga.

A Personas Especiales: A esa larga lista de personas que Dios me ha permitido conocer durante los momentos más significativos de mi vida, que han formado parte de mí y que contribuyeron a mi enriquecimiento personal, que me han dado lecciones de vida, ayudándome a crecer, dándome alegría, cariño, fuerza y valor para seguir adelante, siempre estarán en mi corazón y mis oraciones.

A Noé Ruíz: Por ser una parte muy importante de mi vida, por ser un gran amigo, confidente, cómplice, por llenar mi vida de alegría, por creer en mí, por toda su paciencia, dedicación y amor durante toda mi carrera, por compartir conmigo mis éxitos y mis tristezas; por darme todo su apoyo y motivarme cuando las cosas estaban difíciles; por todas las noches que estuvo a mi lado hasta finalizar mis trabajos. Gracias, Dios te Bendiga.

A los Docentes de la Sección de Psicología (UES-FMO): Licenciados: José Milton Domínguez Vargas, René Campos Quintanilla, Ricardo García Cantón (Q.D.D.G), Luis Roberto Granados, Marcos Eugenio Romero, Rubén Elías Campos, Manuel de Jesús Castro, Rafael Flores Ponce, Licenciadas: Eva de Jesús Calderón,

Eleyda Victoria Parada; por brindarme sus sabios conocimientos, que han contribuido significativamente a mi aprendizaje constante durante estos años de estudio.

A mis compañeras de Tesis Emma y Claudia: Por acompañarme en esta travesía, por su apoyo y comprensión, porque somos muy distintas pero hemos sabido tomar lo mejor de cada una y lograr el primer gran paso de nuestras vidas. Siempre las recordare con una sonrisa, siempre las llevare en mi corazón. Dios las bendiga. “Lo Logramos”.

A mi Asesora de Tesis Licda. Eleyda Victoria Parada: Por su paciencia y su sinceridad al hacernos ver nuestros errores, por contribuir grandemente a finiquitar nuestro trabajo con los mejores resultados, por ayudarnos a autorealizarnos como profesionales. Dios la bendiga.

Gracias a todos los que de una u otra forma me acompañaron en mis años de estudio; a los que fueron un apoyo y un obstáculo para culminar mi carrera, hago extensivo mi más sincero agradecimiento. BENDICIONES.

Karen Elizabeth Navarrete Ramírez.

ÍNDICE

CONTENIDO

PAG.

Introducción.....i

CAPITULO I:

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Tema de Investigación.....26

1.2 Situación Problemática.....26

1.3 Antecedentes.....28

1.4 Delimitación del Problema.....36

1.5 Enunciado del Problema.....38

1.6 Justificación.....38

1.7 Objetivos.....41

1.7.1 Objetivo General.....41

1.7.2 Objetivos Específicos.....41

1.8 Alcances.....42

1.9 Limitaciones.....42

CAPITULO II:

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definiciones de Agresividad.....	44
2.1.1 Descripción.....	45
2.1.2 Etiología.....	46
2.2 Que entendemos por agresividad infantil.....	51
2.3 Tipos de Agresividad.....	52
2.3.1 Agresión directa.....	53
2.3.2 Agresión indirecta.....	53
2.3.3 Agresión instrumental.....	53
2.3.4 Agresión hostil.....	54
2.3.5 Agresión pasiva.....	54
2.4 Tipos de Comportamiento Agresivos.....	54
2.4.1 Agresión verbal.....	55
2.4.2 Agresión física.....	55
2.4.3 Agresión física contra uno mismo.....	55
2.4.4 Agresión física contra otros.....	55

2.5 Factores que favorecen el desarrollo de la agresión.....	56
2.5.1 Factores biológicos.....	56
2.5.2 Factores ambientales.....	57
2.5.3 Factores cognitivos y sociales.....	58
2.5.4 Factores de la personalidad.....	59
2.5.5 Factores psicosociales.....	60
2.6 Manifestaciones de la agresividad.....	63
2.6.1 Berrinche infantil.....	64
2.6.2 Autoagresividad.....	64
2.6.3 Provocación.....	65
2.6.4 Destructibilidad.....	65
2.7 Características de un niño agresivo.....	65
2.8 Patrones conductuales comunes de un comportamiento agresivo...67	
2.9 Teorías que explican el comportamiento agresivo.....	68
2.9.1 Teorías activas.....	68
2.9.2 Teorías reactivas.....	69
2.9.3 Teorías del aprendizaje social.....	69
2.9.4 Teoría psicoanalítica.....	71

2.9.5 Teoría etiológica.....	72
2.9.6 Teoría fisiológica.....	72
2.9.7 Teoría conductista.....	73
2.9.8 Teoría de la frustración-agresión.....	73
2.9.9 Teorías sociológicas de la agresión.....	74
2.9.10 Teoría catártica de la agresión.....	75
2.9.11 Teoría clásica del dolor.....	76
2.10 Teoría Cognitivo-Conductual.....	76

CAPITULO III:

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación.....	81
3.2 Variables.....	82
3.3 Hipótesis.....	86
3.4 Población.....	86
3.5 Muestra.....	86
3.6 Comprobación de Hipótesis.....	88

CAPITULO IV:

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Procesamiento de la Información.....	89
4.2 Análisis Cualitativo.....	103

CAPITULO V:

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	114
5.2 Recomendaciones.....	117

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....119

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos aplicados a la muestra poblacional.....	122
Anexo 2: Programa Psicoterapéutico.....	125
Anexo 3: Resultados de las sesiones.....	137
Anexo 4: Lista de asistencia de los participantes.....	146
Anexo 5: Cronograma de actividades de trabajo de grado.....	148
Anexo 6: fotografías.....	149

INTRODUCCIÓN

Es una interesante paradoja el hecho de que mientras los seres humanos argumentamos que nos consideramos más “civilizados”, al parecer nos sentimos cada vez más preocupados por el desarrollo de la agresividad y la violencia. Las investigaciones acerca de la prevención de la agresividad han estado en auge durante las últimas décadas. Se ha argumentado que para comprender los orígenes de la agresividad y prevenir su desarrollo necesitamos enfocarnos en estudiar la evolución de los comportamientos agresivos durante los primeros años de vida de un niño.

Se presenta un nuevo estudio como un aporte a la evolución de la Psicología, y de manera específica, una publicación inédita en el escenario contemporáneo de la Psicología en el Oriente de El Salvador, en el Municipio y Departamento de San Miguel, cuyo tema de investigación fue: “Diagnostico y Modificación de la Conducta Agresiva a través de la Aplicación de la Psicoterapia Cognitivo Conductual en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel durante el año 2013”

La agresividad, es definida como la “fuerza (aplicada) contra alguien de manera intencional, es decir, aquella acción mediante la cual se pretende causar un daño a otra persona, ya sea física, verbal, psicológica y otras” (Ignacio Martín Baró, 1983), es un comportamiento con una diversidad de expresiones y con la cual el ser humano ha

caminado en su historia, de ahí, que cuente con una clasificación; una delimitación de rasgos y tipos, y que pueda brindar un apartado exclusivo para la agresividad, es decir, establecer una relación entre sus formas específicas frente a la familia, la escuela y los amigos o grupo social.

Los datos presentados en esta investigación demuestran como la agresividad ha estado presente en la historia del ser humano, en diferentes momentos y de diversas formas, como un medio para obtener alguna meta, aspiración o necesidad. Otros factores como la violencia intrafamiliar, la influencia de los medios de comunicación como los videos juegos a los que los niños se encuentran expuestos, cargados de violencia, entre otros hacen de la agresividad un factor manifiesto explícito de la sociedad salvadoreña. Por lo tanto, esta investigación y sus aspiraciones no resultaron sencillas, aun cuando se ha mostrado como la agresividad puede ser modificada en una diversidad de estudios, donde se han impulsado programas psicológicos que ayudan a minimizar la agresividad mediante la asertividad, el control de los impulsos, la terapia cognitivo conductual, la interpretación de los sucesos y otras técnicas de origen psicológico. Por lo tanto, mediante la aplicación del programa se demuestra que se puede modificar la conducta agresiva etc.

Además se detallan los resultados obtenidos mediante la investigación, los cuales demuestran como existe una diferencia significativa tras la aplicación del programa de psicoterapia cognitivo conductual, estos además son acompañados de un análisis

cuantitativo y, acompañando también de una interpretación y discusión de los resultados, es decir, un estudio, una valoración de los resultados, el origen y sus efectos.

Así, al obtener los resultados favorables es necesaria la discusión, pues en el control de variables y la aplicación del programa, es donde se establecen las condiciones particulares que permitieron el aceptar la hipótesis de trabajo.

Se intenta orientar de manera breve, lo que ampliamente se pretende desarrollar, donde el Diagnóstico, la Conducta Agresiva en los niños/as y un Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual, son las tres principales etiquetas de este estudio teórico-práctico sobre la agresividad, que resulta ser una estrategia para frenar el auge desmesurado de la agresividad en la sociedad salvadoreña, y en especial, de los niños/as, víctima y actor de esta conducta como se citará más adelante.

Por lo tanto, lo que a continuación se presenta, es un método, una estrategia, una formula, una posibilidad, un programa que bajo ciertas condiciones, puede lograr modificar la conducta agresiva en los niños y niñas, y que por lo tanto, ejecutar dicho programa puede generar resultados similares en otras instituciones. De ahí, de buscar una estrategia para modificar la agresividad en los niños/as, es de donde parte esta investigación. Por lo tanto, la agresividad, sus manifestaciones, teorías y las condiciones para la aplicación del programa, es lo que a continuación se presenta.

CAPITULO I:
PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“Diagnóstico y Modificación de la Conducta Agresiva a través de la aplicación de la Psicoterapia Cognitivo Conductual en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel, durante el Año 2013”

1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La agresividad en los niños se presenta generalmente en forma directa, o de acto violento ya sea pegando, gritando o insultando con intención de dañar a otra persona, como también deseos de obtener un objeto privilegiado, al intentar obtenerlo empujan, gritan, atacan al que medie entre ambos, aunque este tipo de agresividad no tiene la finalidad de herir pero si demostrar superioridad y dominio hacia los demás.

Independientemente del tipo de agresividad que manifieste un niño, el denominador común es un estímulo que resulta nocivo o aversivo, frente al cual la víctima se quejará, escapara, evitara o bien se defenderá. Las manifestaciones de la agresividad son un rasgo normal en la infancia pero en algunos niños persisten en su conducta aversiva o en su incapacidad para dominar su mal genio. Este tipo de niños

hace que sus padres y docentes sufran preocupaciones, siendo niños frecuentemente frustrados que viven en el rechazo de sus compañeros familiares y personas que los rodean, no pudiendo evitar su conducta. Ya que las manifestaciones de la agresividad son admisibles en una etapa de la vida por ejemplo: en la infancia, es normal que un bebé se comporte llorando, pataleando, sin embargo estas conductas no se consideran adecuadas en etapas evolutivas posteriores.

El comportamiento agresivo complica las relaciones sociales que el niño va estableciendo a lo largo de su desarrollo y dificulta por lo tanto su correcta integración en cualquier ambiente, causando en el niño probablemente un fracaso escolar, conducta antisocial, en la adolescencia y edad adulta porque principalmente son niños con dificultades para socializarse y adaptarse a su propio ambiente. Causando preocupación y confusión en las personas o encargados que tratan con pequeños que poseen temperamentos muy fuertes (que están fuera de control), por ello la mayoría de estos no reconocen que tienen dificultad para tratar con ellos y necesitan prepararse mejor para brindarle a su hijo una mejor ayuda, atención y no verlo como alguien anormal (no etiquetarlo), si no como alguien que necesita atención especialmente de los progenitores que en el tiempo actual dedican la mayor parte del tiempo a su trabajo y que hacen del hogar, dejando pasar por alto los problemas de sus hijos que a futuro pueden provocar problemas mayores, ya que un pronóstico a tiempo mejorará siempre una conducta anormal que habitualmente suele producir otras patologías psicológicas; ayudando a modificar la conducta agresiva a través de la Psicoterapia Cognitivo Conductual.

La agresividad se ha convertido en un medio de comunicación aparentemente normal entre compañeros, sin embargo, es un fenómeno que afecta la convivencia y el desarrollo, tanto a nivel académico como humano, esta situación alarma, porque la problemática se da desde hace mucho tiempo y que año con año ha ido aumentando en más niños y niñas que presentan conductas agresivas, esta problemática se da a nivel nacional e internacional, motivo que mueve a desarrollar la presente investigación con el propósito de cambiar una realidad latente y presente en la población infantil de nuestro país, que es la que se ve gravemente afectada y a la cual se le brinda poca o ninguna ayuda, pues eso también depende del medio en el cual se encuentren. Lo cual lleva al campo de la psicología tan amplio a interesarse en este tipo de problemas psicosociales.

1.3 ANTECEDENTES

Antecedentes en el estudio de la conducta agresiva

La agresividad es un comportamiento que tiene la intencionalidad de hacer daño a otro y puede estar motivado emocionalmente por la cólera, el dolor, la frustración, o el miedo. Debido a su trascendencia en las relaciones interpersonales y en la sociedad en su conjunto, ha sido estudiada por diversos teóricos y desde diferentes perspectivas, pues es un tema muy complejo que tiene diversas aristas.

Cuando un niño o niña manifiesta un comportamiento agresivo continuamente, nos preguntamos el porqué de su naturaleza agresiva, si es normal que los niños y niñas reaccionen arañando o mordiendo, o si es el ambiente el que los hace reaccionar con este tipo de conductas.

El comportamiento agresivo es muy común en los niños/as y la mayoría de padres se enfrentan con casos de agresión intensa dirigida ya sea hacia ellos mismos, contra sus hermanos, sus compañeros de escuela y maestros, por parte de estos niños. Al docente y a la institución también se le hace difícil controlar a estos estudiantes agresivos, causando conflicto entre padres, maestros y alumnos. Dentro de las investigaciones a nivel internacional se encuentra la realizada por la Universidad Nacional Federico Villarreal Lima Perú, facultad de Psicología, investigó la relación entre conductas agresivas y ambiente familiar en niños de educación primaria, constatando que la presencia de un ambiente familiar adverso (problemas de pareja, familias extensas, maltrato infantil), está asociado a conductas agresivas, en niños y que a mayores problemas familiares se correlacionan con una mayor dificultad infantil. (Espinosa 1996, citado por Marsellach 2005).

La Universidad de Valencia, realizaron una investigación a cerca de la familia y problemas infantiles, estilos de vida y agresividad en la infancia; el objetivo de este estudio era analizar los problemas familiares relacionados con la conducta agresiva en la infancia, y el nivel de esta agresividad, alta y baja en niños de 9 a 10 años; concluyendo

que los padres deben de estar atentos a los cambios emocionales y conductuales que de manera repentina observen en sus hijos, estos son síntomas o indicadores que la problemática nacional de violencia que los rodea les está afectando directamente a los niños y niñas.(Mester, V. , Samper, P., Nacher, M., Cortés, M^a Tur, A, 2005, citado por Marsellach 2005).

También dentro de las investigaciones a nivel Nacional León, M., Moran, E., Ulloa, M., 1998, Universidad Centro Americana “José Simeón Cañas”, Facultad de ciencias del hombre y de la naturaleza, Tesis “Programa de capacitación psicológica en estrategias psicopedagógicas para el manejo de agresividad en niños pre-escolares, dirigido a educadores de centros infantiles del desarrollo fé y alegría de la ciudad de San Salvador, teniendo como Objetivo Primordial: Destacar los cambios en el conocimiento de estrategias sobre el manejo de agresividad en los educadores de los centros infantiles de desarrollo a partir de la elaboración y aplicación de un programa de capacitación psicopedagógica, obteniendo como resultados que las estrategias Psicopedagógicas contribuye en el mejoramiento de las conductas agresivas.

Ambiente familiar

De acuerdo a Watson (2002) no hay solamente una causa para la agresividad. Por el contrario, existen varios caminos a través de los cuáles los individuos desarrollan comportamientos y/o actitudes agresivas. El vivir en un ambiente familiar con violencia

es una de las causas de agresividad en los niños. Esto puede deberse a que los padres son importantes en el desarrollo socio-emocional de sus hijos no solamente por el vínculo que forman con ellos sino porque son modelos cognitivos y emocionales que instruyen a sus hijos acerca de cómo expresar lo que sienten, cómo responder ante ciertas situaciones; así como también qué estrategias de autocontrol y regulación de las emociones deben utilizar. (Von Salisch, 2001).

Herrenkohl y Russo (2001) sostienen que los niños que experimentaron maltrato infantil, así como también falta de cuidado y atención, tuvieron más tarde sentimientos de ira y se mostraron más agresivos. Estos sentimientos les llevaron a buscar formas de protegerse, con frecuencia agresivamente, del medio que los rodea ya que lo percibían como hostil y punitivo. Schultz, Izard y Ackerman (2000) observaron que los niños que viven en hogares con más altos niveles de depresión e inestabilidad familiar demostraron una mayor atribución sesgada del enojo. Observaron además que los niños que demostraron mayor atribución sesgada de la ira son más agresivos.

Identificación de las Emociones y Agresividad

El interpretar y comprender las emociones es importante para el desarrollo social de los niños (Hughes y Dunn, 2002). La habilidad de los niños para interactuar de forma competente durante las interacciones sociales depende de qué tan acertada es su percepción de lo que los otros están sintiendo. Durante la edad preescolar y primaria los

niños desarrollan mejores destrezas para identificar las emociones (Boyatzis y Chazan, 1993). A los 5 años de edad los niños pueden reconocer y nombrar las emociones de ira, felicidad, sorpresa y tristeza (Walden y Field, 1982; Denham y Couchoud, 1990; Gosselin y Simard, 1999). Sin embargo, los estudios sugieren que existen diferencias de género. Las niñas en edad preescolar se han mostrado mejores que los niños al momento de identificar emociones (Boyatzis y Chazan, 1993; Brown y Dunn, 1996).

Jenkins y Ball (2000) realizaron un estudio en el que 108 niños entre 6 y 12 años debían identificar la emoción que expresaban los personajes de 3 viñetas. Los niños expresaron que los personajes se sentían más fuertes cuando expresaban ira y más débiles cuando expresaban tristeza o miedo. Expresaron además que la ira es una emoción que comunica la intención de dominar al otro y que evoca comportamientos agresivos. Percepción de ira u hostilidad en las otras personas hace que los niños reaccionen de forma agresiva (Schultz, Izard y Ackerman, 2000).

Relaciones Interpersonales

Las relaciones de amistad permiten a los niños experimentar situaciones en las que deben aprender a expresar lo que sienten y a controlar sus emociones (Von Salisch, 2001). Las investigaciones a niños y niñas en edad preescolar han encontrado una correlación positiva entre la agresividad y el rechazo de sus compañeros de clase (Wood y Cowan, 2000). De acuerdo a Fabes y Eisenberg (1992) los niños más populares y

socialmente competentes se involucran con menor frecuencia en conflictos que involucren ira y agresividad. Los niños que son rechazados por sus compañeros expresan más ira a través de expresiones verbales o faciales y tienden a comportarse de manera más agresiva cuando están interactuando con sus pares (Fabes y Eisenberg, 1992; Hubbard, 2001).

Medios de Comunicación

La violencia en los medios de comunicación tiene consecuencias negativas en los niños. La investigación sugiere que existen tres formas en las que la violencia televisiva puede afectar a los niños: 1) puede incentivar a los niños a aprender actitudes y comportamientos violentos, 2) puede cultivar en los niños actitudes pesimistas y de miedo hacia el mundo que les rodea, 3) puede desensibilizar a los niños (Aidman, 1997). Las imágenes violentas que ven los niños en el cine, juegos de vídeo y televisión tienden a afectar la forma en la que se relacionan con sus compañeros (Nation's Health, 2002).

De acuerdo a Bandura (1963 citado en Berkowitz, 1993) la agresión televisada puede moldear la visión de los niños acerca del mundo y sus actitudes acerca de cómo es mejor actuar con la gente que los rodea. Estudios experimentales y encuestas correlacionales sugieren que los niños y adolescentes que ven mucha violencia televisada tienden a creer que el mundo es un lugar hostil y se incrementa la posibilidad de que resuelvan sus conflictos a través de actos violentos (Miller, 2001).

Consecuencias Futuras de la Agresividad

La American Psychological Association (APA) ha encontrado que la violencia en la vida de un niño, ya sea como agresor o como víctima, predice comportamientos de alto riesgo en el futuro como actos de violencia, el abuso de sustancias, depresión, delincuencia, embarazos no deseados y el abandono de las escuelas (Drecktrah y Wallenfang, 2001). Hartup (1992) sugiere que la forma en la que los niños se relacionan con sus amigos predice su adaptación social cuando son adultos. De acuerdo a él, los niños que son rechazados por sus compañeros debido a su agresividad están en riesgo. Según Katz y McClellan (1991) los riesgos futuros de no establecer relaciones positivas con los pares durante la niñez incluyen el dejar la escuela, el poco aprovechamiento académico y poca competencia social. Por lo tanto, la importancia de desarrollar destrezas y competencia social en los niños pequeños es crítica (Frey, Hirschstein y Guzzo, 2000).

Antecedentes de la Psicoterapia Cognitivo Conductual

La Psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto: para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal forma que su afirmación esencial es que: “como tú piensas, sientes y actúas”. Motivo por el cual la

terapia Cognitivo Conductual comprende diversas técnicas las cuales han sido utilizadas por distintos investigadores, contribuyendo a minimizar la agresividad en los niños escolares.

Dentro de algunos estudios realizados se mencionan:

Guittelman en el año 1983 utilizo la técnica de dramatización de conductas con niños mayores, obteniendo disminución en la conducta dominadora y agresiva (citado por León y coautores, 2000, Pag. 35)

Graciano y Kean en el año 1983 sostienen que la relajación tiene un efecto pronunciado para disminuir los rasgos de agresividad, incluso utilizándola con niños psicóticos (IBID, Pag 35).

Entre otros estudios realizados por los autores Graciano y Kean en 1983 se encuentra: el enfoque basado en las personas que más están en contacto con el niño (padres, maestros y consejeros), el cual consistía en identificar una o dos de las conductas agresivas del niño, llevando la cuenta de la frecuencia de su conducta y establecer un convenio con el niño, llevando la cuenta de la frecuencia de su conducta y establecer un convenio con el niño respecto al comportamiento (IBID, Pag 35). Los resultados obtenidos fueron favorables debido a que la conducta agresiva en los niños disminuyó y el menor obtiene reconocimiento por su conducta adecuada.

Phillips en 1992 (citado por Lizama y Villatoro 2003, Pag 15) 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.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

La salud mental no solo es una predisposición interna, está determinada por muchos factores, como el contexto histórico social, en donde la influencia del ambiente repercute en el comportamiento del individuo y los grupos sociales, y por ende en la presencia de alteraciones emocionales, conductuales, entre otras; sin embargo los más afectados en todo esto son los niños.

El problema de la agresividad infantil es uno de los trastornos que más preocupan a los padres y a maestros, además de la desobediencia. A menudo nos enfrenamos a niños agresivos y manipuladores o rebelde, pero no sabemos cómo actuar ante ellos o como incidir en su conducta, para llegar a cambiarla.

El comportamiento agresivo complica las relaciones sociales de los niños que las van estableciendo a lo largo de su desarrollo y dificulta por tanto, su correcta integración en cualquier ambiente. El trabajo a seguir es la modificación de la conducta agresiva, es

decir corregir el comportamiento agresivo para que derive hacia un estilo de un comportamiento asertivo.

Ciertas manifestaciones de agresividad son admisibles; por ejemplo: es normal que un bebe se comporte llorando o pataleando, sin embargo estas conductas no se consideran adecuadas en etapas evolutivas posteriores.

Hablamos de agresividad cuando provocamos daño a una persona u objeto. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psíquico, en el caso de los niños la agresividad se presenta generalmente en forma directa, ya sea en forma de acto violento, físico (puntapié, empujones) como verbal (palabras soeces).

Un buen pronóstico a tiempo mejora siempre una conducta anómala que habitualmente suele predecir otras patologías psicológicas en la edad adulta. Un comportamiento excesivamente progresivo en la infancia sino se trata, derivará en fracaso escolar y en conducta antisocial en la adolescencia y edad adulta, esto porque principalmente son niños con dificultades para socializarse a su propio ambiente, por lo tanto es necesario un tratamiento adecuado.

Debido a esta necesidad se pretende realizar una investigación orientada a diagnosticar y modificar la conducta agresiva en los niños y niñas a través de la aplicación de Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

1.5 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Presentaron conducta agresiva los niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin que requieran de la modificación de la conducta mediante aplicación de la Psicoterapia Cognitivo Conductual?

1.6 JUSTIFICACIÓN.

Uno de los principales problemas tanto en el hogar como en los centros educativos, es la agresividad entre compañeros escolares y miembros de la familia, este se ha convertido en una forma de interacción, más que habitual de convivencia diaria, por la misma cultura de violencia existente en nuestro país. Por lo que hoy en día el comportamiento agresivo es un tema muy estudiado debido a las implicaciones que tiene para la vida en común. Este comportamiento implica una intencionalidad de producir daño a otro, teniendo determinantes biológicos y psicológicos. Por ser nociva para la convivencia social y hacer daño a los otros, debemos ver la agresión como un comportamiento que debe ser claramente desalentado.

La agresividad es un problema complejo que tiene manifestaciones comportamentales desde la primera infancia. Con el desarrollo del niño, estas conductas pueden desaparecer o incrementarse hasta llegar a comportamientos que pueden generar consecuencias fatales.

Durante el periodo preescolar, los niños tienen comportamientos que les permitirán la adaptación a este nuevo mundo. En este contexto de socialización, los niños presentarán conductas que irán desde las más pacíficas hasta las más agresivas. Los docentes, dentro de su rol educativo tienen la responsabilidad de responder a las demandas y necesidades de sus alumnos, sin embargo no logran cubrir todas estas necesidades, sobre todo cuando se trata de un problema conductual como lo es la agresividad, ya que en este caso se necesitara una ayuda especializada para poder controlar dicha problemática, y los maestros no cuentan con el entrenamiento para el manejo adecuado y oportuno de la agresividad ni en el uso de técnicas e instrumentos que le permitan llevar a cabo estas demandas, motivo por el cual es tan importante la ayuda de un profesional de la conducta como lo es un psicólogo, pues este cuenta con las herramientas necesarias para poder minimizar y sustituir este tipo de conductas que no son permisibles, a nuevos patrones de conducta socialmente aceptables y adaptativos.

Como ya es del conocimiento de todos, a medida estos comportamientos van tomando fuerza, comienza a deteriorarse las relaciones interpersonales y familiares; causándole inseguridad, baja autoestima y un auto concepto erróneo de sí mismo. Es aquí cuando la familia empieza a preocuparse por los constantes llamados de atención que las instituciones escolares hacen a los padres, para buscar una pronta solución a la problemática, tomando en cuenta la preocupación que tiene los padres de familia y la institución educativa por no poseer las herramientas psicológicas adecuadas; para la disminución de comportamientos agresivos que se manifiestan de muchas formas.

La importancia de aplicar la psicoterapia Cognitivo-Conductual a los niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin que presenten este tipo de conducta para ser modificada; para ayudar de una manera más especializada a la disminución de este tipo de conducta, favoreciendo principalmente al alumnado, pero a su vez al padre de familia y a la institución escolar antes mencionada. Beneficiando a los docentes, con técnicas y herramientas para que puedan emplear con los alumnos cuando crean conveniente hacerlo y así ayudarles a que la conducta presentada no aumente, en vez de eso que disminuya, beneficiará a los psicólogos que tratan con niños y quieran seguir investigando sobre el tema, les servirá como base primordial para trabajos a futuro, a nosotros como grupo investigador nos benefició en gran manera porque nos brindó nuevas experiencias y un mejor conocimiento acerca del tema para nuestra profesión y así abrir espacios en el campo psicológico y aportar herramientas para tratar dicha problemática.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

Diagnosticar y modificar la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la presencia de agresividad a través de una evaluación psicológica en niños y niñas.

Brindar psicoterapia a niños y niñas que a partir de la evaluación son diagnosticados con agresividad.

1.8 ALCANCES

✓ Se logró acceder a la Institución para trabajar con los niños y niñas de primero a tercer grado con facilidad.

✓ Sé realizó un Diagnóstico sobre la existencia de la agresividad en los niños y niñas.

✓ Se aplicó un programa de psicoterapia cognitivo-conductual con los participantes que presentaron problemas de agresividad en los niveles moderado y grave.

✓ Se Maximizaron los conocimientos teóricos en la práctica a partir de la experiencia que se obtuvo durante el desarrollo de la investigación.

✓ Se contó con la colaboración efectiva de 31 participantes, niños y niñas de primero a tercer grado en las sesiones que comprendió el programa.

✓ Se brindó a los niños/as del Complejo Educativo, técnicas sencillas que pueden ser utilizadas en momentos específicos como herramientas de reducción de la agresividad.

1.9 LIMITACIONES

✓ La carencia de un local adecuado para el desarrollo de cada una de las sesiones de Psicoterapia.

✓ Inasistencia de los niños y niñas involucrados en el proceso en las fechas señaladas para su aplicación, dando seguimiento a un total de 23 participantes constantes.

✓ Durante la investigación hubo problemas de horario, ya que en el tiempo asignado hubo interferencia para realizar las actividades terapéuticas, debido a que los cambios de aulas nos quitaban espacio.

✓ Poco interés de los maestro en incentivar a los niños/as para que participaran en el programa.

CAPITULO II:
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIONES DE AGRESIVIDAD.

La agresividad es definida por (Storr, 1981, pag. 1) como: “provocar daño a una persona u objeto, conducta instintiva o aprendida, que existe por un mecanismo psicológico que una vez estimulado suscita sentimientos de enojos y cambios físicos”.

Según esta definición la persona agresiva busca a dañar a las demás personas u objetos, debido a que existe un estímulo que impulsa a actuar de esa manera y la realiza de una forma instintiva; es decir que ya es agresivo por naturaleza o pueda ser de manera aprendida, lo cual hace referencia a los modelos de conducta que se fomentan en el hogar y fuera de él.

Otras de las definiciones que se plantea es: “la agresión como una forma intensa y violenta de conducta física que produce daños en otros sujetos, así como respuestas verbales que dañan a la otra persona”. (Train. 2001 página 68)

La agresión además de causar daños físico a las personas, también se efectúa de manera psicológica, es decir por medio de insultos, humillaciones que dañan a la víctima.

Otra forma de definir la agresión según Dollard y colaboradores es: “cualquier secuencia o conducta cuya respuesta de meta es causar daño a la persona a la que se dirige”. (Morales, 1999, pag. 110).

Por lo tanto, cuando la persona realiza una conducta inadecuada lleva como finalidad causar daño a la otra persona, sin importar las consecuencias de dicha conducta.

Otra definición que se plantea es: “estado emocional que consiste en sentimientos de odio y de deseo de dañar a otras personas, animal u objeto”. (Luterkyn, disponible en línea).

2.1.1 Descripción:

La agresión es 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. La agresión puede considerarse directa si la acción violenta es física y se presenta en forma de amenaza dirigida contra la persona u objeto al que se considera causante de la frustración, o indirecta o desplazada si la acción violenta se dirige hacia otra persona u objeto distinto del que la desencadena.

La agresividad puede presentar de forma muy diversa: a) en forma de agresiones físicas directas como pegar con las manos, dar patadas, morder, golpear con objetos, etc.; b) en forma de agresiones físicas indirectas o desplazadas, destrozando o golpeando objetos de la persona que ha provocado, generalmente mediante una frustración, la agresión del sujeto; c) en forma de explosiones agresivas en las que el sujeto no puede controlar su frustración y se descarga dando saltos, manteniendo la respiración, gritando, haciendo ruido etc.; d) mediante agresiones verbales como gritar y discutir con los padres insultar, amenazar o ridiculizar a los hermanos o compañeros de colegios.

No es raro, por desgracia, encontrar en la escuela a un niño que por algún defecto físico o psíquico es blanco donde los niños frustrados o agresivos descargan su hostilidad.

2.1.2 Etiología:

Aunque pueden ser muchos los factores desencadenantes de la agresividad en el niño, los principales suelen ser los siguientes:

a) La frustración: la infancia es una de las etapas más largas y frustrantes, no hay día en el que el niño no se sienta bloqueado en su tendencia por satisfacer sus necesidades biológicas de comer, dormir, controlar sus esfínteres, etc.; el niño frustrado y bloqueado en sus deseos, busca a toda costa una salida; primero, probablemente, con

una suplicas, pero después fácilmente puede transformar sus exigencia en gritos de protesta, de cólera e incluso en formas de agresión más directas.

Si el niño ve en los padres personas que le pueden impedir o impiden satisfacer sus deseos y bloquear, sus tendencias responderá con agresividad y tendera a transformarse en un niño violento; si es la agresividad se da en los tres primeros años de vida, la tendencia a responder con violencia puede persistir en la adolescencia e incluso expresarse contra la familia o los adultos en general.

b) Sentimientos de inseguridad: el desarrollo de sentimientos de inseguridad genera comportamientos agresivos. Cuando los sentimientos de seguridad del individuo son amenazados, este puede reaccionar con violencia y agresividad. Estos comportamientos se generan en la infancia del niño a partir de las relaciones con la familia; si el niño se siente inseguro en las relaciones con sus padres o tutores, es probable que se defienda atacando a los demás y se transforme en un niño agresivo. No es pues de extrañar que los factores que hacen sentir al niño inseguro le provoquen también agresividad.

c) La disciplina dura: la disciplina dura innecesaria e inconsistente contribuye a que los factores del desarrollo se transformen también, en generadores de agresión. La disciplina severa hace que el niño se sienta indeseado, no querido y resentido; si se siente tratado duramente por los padres, cree que el mundo también le es

hostil, y puesto que también debe de vivir en él, lo hará con violencia, tratando a los demás como sus padres le trataron a él. En pocas palabras, no solo imitara la agresividad de los padres, sino que intentará castigar a los demás como una forma de venganza.

d) La sobredependencia: Los padres sobreindulgentes y sobreprotectores intentan dar al niño cualquier cosa que este desea, su sistema educativo tomando tantas precauciones que impiden que el niño se desarrolle con independencia; de este modo el niño sobre protegido cree que no puede hacer las cosas sin la ayuda de sus padres y al desarrollarse en el los sentimientos de independencia no puede prescindir del control familiar.

e) Entrenamiento inadecuado: un entrenamiento inadecuado puede ser la causa de que el niño integre un comportamiento agresivo de forma estable. Si con frecuencia se le permite que consiga beneficios de tipo físico o social con el comportamiento agresivo, dicho comportamiento persistirá en un futuro como una forma estable y aparecerá siempre que el niño quiera conseguir algún beneficio. Es decir, al niño se le ha condicionado mediante un programa de condicionamiento instrumental para que dé respuestas agresivas siempre que quiera conseguir alguna cosa.

f) Inconsistencia de los padres: la inconsistencia es frecuentemente un factor desencadenante de la agresividad en el niño. Dicha inconsistencia puede presentarse de dos formas: a) cuando uno o ambos padres vacilan ante la conducta agresiva del niño y

no saben si alabarla o criticarla; y b) cuando los padres tienen puntos de vistas distintos acerca de cómo hay que educar al hijo, así por ejemplo, el padre puede mantener una disciplina estricta, mientras que la madre, por el contrario, defiende una disciplina laxa. Si la madre critica a su marido por las reglas que considera irracionales y este a su vez critica la falta de disciplina de su mujer el niño ante esta situación se siente inseguro, no sabe qué hacer puesto que no puede saber qué es lo que sus padres esperan del como resultados, se transforma en una persona confusa, insegura e irritable, inclinada a responder con agresividad.

g) La imitación de los padres: muchos niños que expresan su desilusión y frustración con diferentes tipos de comportamientos agresivos, están imitando a sus padres. Al ver que estos se comportan de forma agresiva, acaban aceptando dichas conductas como si fuesen normales. Cuando uno de los padres expresa su frustración ante un problema familiar y sobre todo ante el comportamiento del niño con agresividad, está enseñando al niño a ser agresivo.

Aunque en gran parte, las conductas agresivas del niño se deben a la imitación de los padres, también influye la imitación e identificación con los personajes agresivos de las películas, las historietas, la televisión, etc. Hay que tener en cuenta que parte de los héroes y personajes modelos de los cuentos y narraciones para niños, están inmersos en un contexto de agresividad; aunque se admite que dicha identificación puede servir de

depuración y de reducción de la misma en la vida real, dicha imitación lleva consigo un componente importante de frustración que puede generar agresividad en el niño.

h) El niño rechazado: el niño que se siente rechazado por sus padres puede convertirse en un niño agresivo; por el contrario, difícilmente encontraremos a un niño que sea agresivo y que al mismo tiempo se sienta querido. Cuando los padres, por su situación concreta no pueden dar al niño lo que el necesita, con frecuencia están creando un niño agresivo. Esto puede suceder en casos en que los padres son muy inmaduros, no pueden dedicarse a su hijo por sus problemas matrimoniales, o estar separados, etc.

i) Causas de tipo físico: debe considerarse la lesión cerebral, que puede provocar un comportamiento hiperactivo e inquieto presentando síntomas parecidos a los de la agresividad; un estado de salud básica deficiente, que juega un papel importante, aunque en principio no es el factor determinante absoluto del comportamiento agresivo; sin embargo, la persona que sufre de mala salud, está más propensa a sentirse frustrado, irritable e inclinada a la agresividad que aquella que goza de buena salud.

2.2 ¿QUÉ ENTENDEMOS POR AGRESIVIDAD INFANTIL?

Son muchos los autores que han proporcionado definiciones del término agresividad. Sin embargo la mayoría tienen aspectos en común. Prácticamente vienen a decir lo mismo. Veamos:

Buss (1961) por ejemplo, define la agresividad como una respuesta consistente en proporcionar un estímulo nocivo a otro organismo.

Bandura (1973) dice que es una conducta perjudicial y destructiva que socialmente es definida como agresiva.

Patterson (1977) dice que la agresión es un evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona.

Visto esto, podemos entender que generalmente hablamos de agresividad para referirnos al hecho de provocar daño a una persona u objeto, ya sea este animado o inanimado. Así, con el término “conductas agresivas” nos referimos a las conductas intencionales que pueden causar daño ya sea físico o psicológico. Conductas como pegar a otros, burlarse de ellos, ofenderlos, tener rabieta (del tipo de arrojarse al suelo, gritar y golpear muebles por ejemplo) o utilizar palabras inadecuadas para llamar a los demás,

generalmente se describen como conductas agresivas de acuerdo con Buss (1961), podemos clasificar el comportamiento agresivo atendiendo a tres variables:

a) Según la modalidad, puede tratarse de agresión física (por ejemplo un ataque a un organismo mediante armas o elementos corporales) o verbales (como una respuesta vocal que resulta nocivo para el otro organismo como por ejemplo, amenazar o rechazar).

b) Según la relación interpersonal la agresión puede ser directa (por ejemplo, en forma de amenaza, ataque o rechazo) o indirecta (que puede ser verbal, como divulgar un cotilleo, o física, como destruir la propiedad de alguien).

c) Según el grado de actividad implicada, la agresión puede ser activa (que incluye todas las conductas hasta aquí mencionadas) o pasivas (como impedir que el otro pueda alcanzar su objetivo, o como negativismo). La agresión pasiva normalmente suele ser directa, pero a veces puede manifestarse indirectamente.

2.3 TIPOS DE AGRESIVIDAD:

Según Genovard y coautores 1987, existen diversos tipos de agresión que día tras día invaden a padres de familias, maestros y población en general; dentro de los cuales se mencionan los siguientes:

2.3.1 Agresión directa:

Se considera directa cuando la acción violenta es realizada de forma física y esta se presenta en forma de amenaza dirigida contra la persona u objeto; al que se le considera el causante de la frustración. Ejemplo: los golpes, rasguños, patadas, morder entre otros (Lizama, 2003, pág. 51).

2.3.2 Agresión indirecta:

Este tipo de agresión es conocida también como: desplazada en esta, el niño reacciona destrozando y golpeando los objetos de la otra persona, la cual le provocó la frustración. (IBID, pág. 51).

2.3.3 Agresión instrumental:

Se considera como la manifestación del comportamiento empleado para obtener algún objetivo sin pretender causar daño a alguien. Por ejemplo: cuando el niño realiza un berrinche, lo ejecuta con la finalidad de conseguir algo que desea, o también para llamar la atención de sus padres. (IBID, pág. 51).

2.3.4 Agresividad hostil:

Este tipo de agresión lo que busca es causar daño, ya sea por medio de objetos o amenazas hacia la otra persona. En este se incluye la expresión verbal como: insultos, amenazas, ridículos, gritos hacia padres, hermanos, compañeros; al mismo tiempo se manifiesta con explosiones agresivas en donde el menor no lo logra controlar su frustración y esto tiende a descargarse dando saltos, haciendo alguna clase de ruido, etc. (IBID, pág. 51).

2.3.5 Agresión pasiva:

Es una forma pasivo-agresiva que el niño desarrolla para enfrentarse a las figuras de autoridad tales como los maestros y sus padres. El niño que presente este tipo de agresividad considera a sus padres como injustos y tiranos; y se ve a sí mismo como un objeto de abuso para quienes tienen el control, el niño no expresa abiertamente su agresividad. (IBID, pág. 52).

2.4 TIPOS DE COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS:

Dentro de los tipos de comportamiento agresivo que el niño realiza (Folch, 2000, Pág. 13), se encuentran:

2.4.1 Agresión verbal:

Se refiere a los ruidos altos, gritar, insultos personales, maldecir, usar lenguaje inapropiado, amenazas moderadas a otras personas o así mismo, declarar violencia hacia otros o hacia sí mismo.

2.4.2 Agresión física:

Este tipo de agresión hace referencia al control de objeto, tirar o reventar puertas, ropas o hacer desorden, tirar objetos al piso, patear cosas, marcar o escribir en las paredes, romper objetos o ventanas, prender fuego o tirar objetos de madera peligrosa.

2.4.3 Agresión física contra uno mismo:

Se refiere cuando el niño se golpea o hala el pelo, además se incluye el darse golpe a la cabeza, tirarse al piso o tirarse encima de objeto, cortaduras pequeñas, quemaduras leves, auto-mutilaciones.

2.4.4 Agresión física contra otros:

Hace referencia cuando el niño utiliza gestos, amenazas, patadas, para atacar a otros causando daño leve o moderado.

2.5 FACTORES QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA AGRESIÓN.

Los factores que favorecen el desarrollo de la agresión se clasifican en cinco grupos:

2.5.1 Factores biológicos.

Herencia

Algunos estudios sugieren la existencia de predisposiciones biológicas hacia las conductas desadaptadas y que toma diversas formas desde el robo hasta la violencia según Brennan (citado por Ramírez, 1997)

Dentro de este factor los genes son los que ejercen mayor influencia que el ambiente, es decir que las conductas inadaptadas son parte de algo interno, endógeno en el individuo; según este factor la conducta no se aprende, más bien se nace con ella.

Se plantea la hipótesis de que la agresividad es heredada y que un niño es agresivo porque alguno de sus progenitores manifiesta dicha característica.

Base Biológica de la agresividad

La región que determina la agresividad humana se localiza en el centro del cerebro, conocido como sistema límbico o también llamado centro de emociones, en donde se encuentran localizadas algunas emociones como: sueño, depresión, alegría, etc. (León y coautores, 2000, pág. 2)

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 de este complejo producen disminución en la conducta agresiva disminuyendo excitabilidad emocional y normalizando la conducta social en individuo con graves trastornos de conducta (Lizama y Villatoro, 2003, pág. 49).

2.5.2 Factores ambientales.

Están determinados en primer lugar por la influencia de la familia, pues en la infancia es el ambiente familiar el que incide en la conducta del niño de manera predominante.

Las conductas antisociales que se generan entre los miembros de una familia sirven de modelo y entrenamiento para la conducta antisocial que se exhibe en otros ambientes; como por ejemplo: la escuela (Lizama y Villatoro, 2003, pág. 56).

Por lo tanto, al hablar de factores ambientales se está refiriendo a la familia, pues la primera escuela donde el niño se desarrolla y su conducta dependerá del funcionamiento que en esta se fomente; los niños fácilmente aprenden conductas adaptadas o desadaptadas las cuales tienden a imitar. Si en el hogar los modelos de conductas son inadecuados, el menor irá aprendiendo ese tipo de conducta, debido a que es modelado por sus padres o familiares y cuando llegue a otros ambientes como la escuela, posiblemente seguirá reforzando esa conducta con sus compañeros.

2.5.3 Factores cognitivos y sociales:

Las investigaciones recientes en este campo sostienen que los sujetos agresivos no tienen en su repertorio respuestas a situaciones adversas que no sean agresivas, y sugieren que la conducta agresiva como forma de interactuar en el medio es el resultado de una inadaptación debido a problemas en la codificación de la información; que dificulta la elaboración de respuestas alternativas. Estos déficit socio cognitivos pueden mantener e incluso aumentar las conductas agresivas, estableciéndose así un círculo vicio difícil de romper. (Ramírez, 1997, pág. 59).

2.5.4 Factores de la personalidad:

Estudios como los de Slee y Rigby (Ramírez, 1997, pág. 59), trata de establecer las características de personalidad que parecen estar asociadas a conductas agresivas en los niños.

Los agresores muestran tendencias significativas hacia el psicotisismo (despreocupación por los demás, gusto de burlarse de los demás y ponerles en ridículos); lo que supone una dificultad de poder compaginar con los otros niños e incluso crueldad e insensibilidad ante los problemas de los demás.

Otras características es su alta extraversión, lo que indica un temperamento expansivo e impulsivo; los menores con este tipo de personalidad se enfadan fácilmente y sus pensamientos son muy variables.

Todo lo mencionado anteriormente hace que el niño manifieste un problema de conducta agresiva.

2.5.5 Factores psicosociales:

Según Genovad y coautores 1987, la agresividad puede deberse a diversos factores, dentro de ellos se encuentran:

A- la familia

Como agente de sociabilización, es uno de los factores más importantes que influyen en la emisión de la conducta, pues, depende del tipo de disciplina que se realice en el hogar; el menor asimilara y a la vez realizara lo que se vive en su ambiente familiar; sean estas conductas adaptadas o desadaptadas.

Una conducta adaptada se refiere cuando en el hogar se fomentan los valores y derechos y deberes de cada miembro de la familia, tratando de disciplinar las conductas apropiadas de manera consciente, sin que ningún miembro resulte perjudicado.

Si en el hogar se fomenta una buena comunicación y los padres tratan de disciplinar una conducta inadecuada o agresiva en el niño tomando en cuenta que la disciplina que utilizaran respecto que la conducta que emitió el niño sea adecuada a su edad; además de que el niño asimile su castigo siendo consciente de porque se le castigo y como puede modificarlo. Si estos aspectos se logran, el niño presentara una conducta adaptada ante los demás.

Una conducta inadaptada se refiere, por ejemplo: cuando los padres son muy rígidos en corregir el comportamiento de sus hijos utilizando la agresión física o verbal, esta es una manera errónea de disciplinar a los niños, pues, el niño es un observador e imitador de lo que está a su alrededor y si en su hogar que es su primera escuela vive rodeado de modelos de conductas negativas como agresividad actuara de igual manera, realizando una conducta inadaptada.

B- Incongruencia en el comportamiento de los padres.

La incongruencia se da cuando en el hogar los padres desapruaban la conducta agresiva del niño, castigándolo con su propia agresión física o verbal; además cuando a veces el niño realiza una conducta inadecuada y esta no se le corrige, se le ignora y otras veces no, o también cuando algunos de sus progenitores castiga y el otro no.

C- Relaciones deterioradas.

Cuando en el hogar no existe o no se fomenta una buena comunicación y constantemente se escuchan golpes insultos, probablemente el niño se comportara de manera agresiva, debido a que no va a encontrar otra manera de comportarse, pues, es la que observa en su entorno familiar.

D- Tipo de barrio.

Este factor influye cuando en el menor fomentan algunas expresiones como: “no seas un cobarde”, “defiéndete”, “será que no tienes valor para hacerlo”, o incluso que en su barrio se vean continuamente actos de violencia; de una u otra manera el niño recuerda dichas conductas las cuales puede llevarlas a ejecutar con los que le rodean.

E- La frustración.

Cuando existe un bloqueo de algo que se desea alcanzar y por diversos motivos no se realiza, se conoce como: “frustración”.

Un niño frustrado en un principio probablemente suplicara, pero, después puede llegar a gritar y expresar una conducta agresiva.

F- Sentimiento de inseguridad.

Cuando en el hogar el niño no se siente seguro con sus padres o familiares, probablemente utilizara la agresividad como un mecanismo de defensa hacia las demás personas y se convertirá en un niño agresivo.

G- La disciplina dura.

Cuando el niño es castigado de una manera rígida por sus padres, esto hará que sienta un niño indeseado, no querido, resentido; pues no siente el cariño, protección, amor de sus progenitores; y cuando esto falla el menor creará que el mundo es de igual manera, cuando tenga la oportunidad de relacionarse con las demás personas actuará de forma violenta; así como lo trataron sus padres, los cuales son los modelos a seguir e imitar que este tiene.

H- El niño rechazado.

Cuando el menor es rechazado por sus padres, puede convertirse en un niño agresivo, pues, es necesario que desde pequeño se les brinde la atención necesaria, haciéndoles ser útiles y queridos, mostrándoles todo el afecto y comprensión; pero cuando esto falla en los hogares el niño crecerá con resentimiento y agresividad hacia los demás.

2.6 MANIFESTACIONES DE LA AGRESIVIDAD:

Los comportamientos agresivos más comunes en los niños en edad preescolar son; (Train, 2001).

2.6.1 Berrinche Infantil:

Es conocido como aquel conjunto de manifestaciones psicomotoras auto o heteroagresivas que el niño presenta generalmente entre los dos y cuatro años algunos niños las mantienen por más tiempo.

El berrinche lleva como fin conseguir objetos o ventajas, llamar la atención de sus padres o a llegados, esto incluye manifestaciones físico, motoras como: pataleos, cabezazos, tirarse al suelo, golpearse. (IBID).

Unas de las causas principales del berrinche es la denegación temporal a la petición del niño, por ejemplo: cuando el niño le pide algún objeto a sus padres y estos no lo satisfacen de inmediato o simplemente ignoran lo que el menor les dice o le dejan para “más tarde”; el menor tendera a ejecutar una conducta inadecuada que en este caso es el berrinche debido a que sus padres no satisficieron lo que él deseaba.

2.6.2 Auto agresividad:

Es la manifestación del impulso agresivo dirigido hacia sí mismo, es decir, que el niño cuando está enojado por algunas circunstancia que le ocurrió en su casa, escuela u otro lugar; el menor se castiga hacia sí mismo, ya sea mordiéndose, pellizcándose. (Rodríguez y coautores, 2000).

2.6.3 Provocación:

Se refiere al medio más accesible de protestar que un niño puede emplear contra un trato desigual y de minusvalía que le dan sus mayores, este trato genera en el sentimiento de inferioridad que el niño pretende compensar a través de la provocación hacia los demás. (IBID).

2.6.4 Destructibilidad:

Se refiere cuando el niño que presenta un comportamiento agresivo destruye objetos propios o ajenos obteniendo satisfacción al realizarlo considerando que con ello solucionara su problema, al que lo llevo al enojo. (IBID).

2.7 CARACTERÍSTICAS DE UN NIÑO AGRESIVO:

Existen algunas características que puede presentar un niño con conducta agresiva, (Luterkyn), dentro de ellas se mencionan las siguientes:

- ✓ Acceso de cólera: se refiere cuando el niño se enoja fácilmente, debido a alguna situación que le desagrada o no resulto como esperaba.
- ✓ Actos de desobediencias ante la autoridad y normas del hogar: cuando el niño desafía o desobedece las órdenes de sus mayores, es decir, de sus padres y

familiares; no cumple con lo que se le asigna, realiza lo que él desea sin tomar en cuenta los resultados que le pueda ocasionar su desobediencia constante.

- ✓ Amenazas verbales: consiste en que el niño comienza a gritar, amenazar, insultar, utilizando expresiones o lenguajes inapropiados hacia las personas que le rodean.

- ✓ Daños a los objetos materiales: cuando el niño causa daño hacia los objetos de los demás e incluso de el mismo, tirándolos, destruyéndolos, con el objetivo de sentir satisfacción al dañarlas cosas.

- ✓ Deterioro en la actividad social y académica por episodios de rabia: la actividad social se refiere a las situaciones en donde el niño se encuentra formando parte de un grupo y no existe una coherencia o coordinación respecto a su conducta, debido a que actúa de forma agresiva o molesta por vengarse de algo que le hicieron, donde dicha conducta no es la adecuada de responder ante el estímulo presente. La actividad académica se refiere cuando el niño debido a su conducta no cumple con las tareas o actividades asignadas por sus maestros y obtiene un bajo rendimiento escolar.

- ✓ Discusiones con los hermanos padres y otros integrantes de la familia: cuando el niño discute, agrede a los demás miembros de su familia, situación que la realiza porque siente satisfacción y considera que al ejecutarla obtiene poder hacia los demás, sin importar que sean sus familiares.

- ✓ Gritos: se refiere a los sonidos, palabras o expresiones que el niño realiza para que le satisfagan sus deseos o peticiones.

✓ Mostrarse iracundo o resentido: hace referencia cuando el niño se siente herido, rechazado por algún miembro de su familia o por alguien que ocupa un lugar muy importante para él. Cuando estas características se presentan con frecuencia, intensidad y duración, se puede determinar que existe un patrón de conducta inadecuada.

2.8 PATRONES CONDUCTUALES COMUNES DE UN COMPORTAMIENTO AGRESIVO.

Dentro de los patrones conductuales de un comportamiento agresivo según (Luterkyn) se encuentran:

✓ Altamente impulsivos: aquellos niños que cuando se presenta un problema actúan de manera inadecuada utilizando gestos, palabras u objetos, sin tener en cuenta los resultados que les puede ocasionar el actuar de esa manera, son niños que actúan espontáneamente, es decir, no piensan antes de actuar.

✓ Relativamente refractarios a los efectos de la experiencia para modificar su conducta problema: niños que siempre se muestran rebeldes aunque hayan tenido momentos agradables, se rehúsan a cumplir lo que se les ordena.

✓ Carencia de habilidad para demorar gratificación: se refiere a que el niño que presenta una conducta agresiva le resulta difícil agradecerle a los demás por algún favor que haya recibido.

✓ Baja tolerancia a las frustraciones: los niños que presentan un problema de conducta les resulta difícil aceptar cuando alguna situación no resulto como ellos esperaban, es decir cuando existe un bloqueo sobre sus deseos por parte de otro.

2.9 TEORÍAS QUE EXPLICAN EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO:

Las implicaciones sociales e ideológicas de la agresividad, al igual que ciertas dificultades en el estudio han provocado ciertas polémicas.

Según Berkowitz (1993), (disponible en línea) las teorías que se han formulado para tratar de dar solución al problema de la agresividad se pueden dividir en dos áreas: aquellas que opinan que la agresividad tiene causas endógenas y las que se inclinan por los factores exógenos; clasificándolas así:

- a) Teorías activas.
- b) Teorías reactivas.

2.9.1 Teorías activas:

Son aquellas que ponen el origen de la agresión en los impulsos internos. Así pues, la agresión es innata por cuanto viene con el individuo en el momento del nacimiento y es consustancial con la especie humana. Se basa en que la agresión se debe

a impulsos internos del sujeto, es decir, que la agresividad es innata, que se nace con ello.

2.9.2 Teorías reactivas:

Consideran que el origen de la agresión hay que buscarlo en el medio ambiente que rodea al individuo, y consideran la agresión como una reacción de emergencia frente a los sucesos ambientales o a la sociedad en su conjunto.

2.9.3 Teoría del aprendizaje social.

Estudios realizados por Bandura, (Morales, 1999, Pág. 111) sostiene: “Los niños aprenden la agresión de los adultos o de otros niños, a través de la observación e imitación de la conducta de los modelos agresivos y no requiere necesariamente la existencia de un estado de frustración”.

En la niñez el aprendizaje es imitativo, instantáneo, generalizando lo aprendido en otras situaciones, en ello va influir las características del modelo y la frecuencia con que ocurre el modelado.

Por lo tanto, se puede decir que, no necesariamente un niño que observe una conducta agresiva la realice de inmediato, la razón es que las imágenes de la conducta

del modelo quedan archivadas en su memoria y cuando se le presente alguna oportunidad el menor tenderá a reaccionar de acuerdo al modelo que observó.

Cuando una conducta agresiva es reforzada continuamente producirá consecuencias positivas para el niño y este tenderá a generalizarse.

El niño puede aprender a comportarse de manera agresiva debido a los modelos o patrones de conducta que se fomenta en su hogar, pues, si el menor es castigado física o psicológicamente; este tipo de conducta se convierte en un modelo a seguir y por lo tanto lo imita de sus padres; si en su ambiente familiar solamente existen modelos agresivos, el niño irá respondiendo de igual manera; pues el ámbito familiar juega un papel muy importante en la conducta que emite el niño, porque es ahí donde se encuentran los modelos y refuerzos los cuales son responsables de la conducta agresiva; así como el tipo de disciplina al que lo someten.

Dentro de este modelo es necesario mencionar los medios de comunicación como: la televisión; pues si la agresividad se desarrolla por observación e imitación de los modelos, los menores que son sometidos a programas con alto contenido violento, probablemente emitan esa conducta.

En síntesis, la teoría del aprendizaje social plantea que la agresividad no es una condición innata en el ser humano; si no que es el resultado de la observación e

imitación de la conducta de un modelo agresivo y si este es reforzado continuamente el menor tenderá a realizarlo.

2.9.4 Teoría psicoanalítica.

Freud, desde su perspectiva psicoanalista, (León, 1998, pág. 218), sostiene lo siguiente: “ La vida psíquica del inconsciente está dominada por la compulsión de repetición de dos punctiones o instintos básicos del hombre, Eros (vida, reproducción, salud) y Thanatos (muerte, destrucción, enfermedad); y con respecto a la agresión considera que esta es una de las más importantes manifestaciones del instinto de muerte y sostiene que toda cultura viva, está en cierto sentido empujada instintivamente hacia la muerte; ya que la muerte es el estado en que el organismo se libera de toda tensión.”

En su teoría supone que el individuo tiene que liberar la energía agresiva, (en este caso física y no psicológica), producida continuamente por el instinto de la agresión o por la disposición instintiva.

Dicha teoría se basa en que la agresión es una conducta que ya se trae desde el nacimiento y de la cual hay que liberarse o expresarla de manera física, es decir utilizando objetos, personas, con la finalidad de sentirse bien dañando a los demás.

Para Freud, la agresividad no se aprende con el transcurso del tiempo, pues la persona es agresiva por naturaleza.

2.9.5 Teoría etiológica.

“La etología es la ciencia que estudia el comportamiento y hábitos animales. Por lo tanto, los etólogos consideran la agresión como un impulso biológico que se desarrolla por su valor adaptativo para la especie y no como una fuerza innata, no se puede controlar solo exhibiéndola, si no que se desplaza esta energía hacia otras expresiones socialmente constructivas” (Lezama 1981, pág. 4).

2.9.6 Teoría fisiológica.

“La teoría fisiológica afirma que la conducta agresiva puede ser provocada, inhibida o suprimida estimulando ciertas partes del cerebro, alterando glándulas mediante hormonas, ingiriendo sustancias o haciendo intervenciones quirúrgicas; así como la facilitación, reducción o inhibición de las distintas formas de agresión mediante la estimulación y las lesiones experimentales; los arrebatos incontrolados de conductas agresivas patológicas como consecuencia de la estimulación de ciertas áreas del cerebro, indican que tanto el cerebro del hombre como el de los animales están “técnicamente” equipados para la activación hacia la agresión” (IBID, pág. 4).

Para dicha teoría, la agresión se debe a que existen mecanismos los cuales estimulan ciertas partes del cerebro y esto provoca que el individuo actúe de manera agresiva, tomando en cuenta que pueden existir algunos medicamentos que faciliten la agresión; así como también lesiones cerebrales, que solo esperan que se produzca un mínimo estímulo para reaccionar.

2.9.7 Teoría conductista.

Según este enfoque, el hecho de que en el repertorio conductual existan conductas no apropiadas, inadecuadas o no deseadas, tienen su base en procesos de adquisición o aprendizaje por eventos sociales o ambientales.

Para dicha teoría, el origen del problema de las conductas inadecuadas radica en las experiencias del reforzamiento al adquirir una conducta por que se recibe una (recompensa) y modelamiento (proceso por el que se adquiere una conducta observando lo que hacen las demás personas). (León Rodríguez y coautores, 2000).

2.9.8 Teoría de la frustración-agresión.

“Los estudios clásicos de la Universidad de Yale Dollard, Miller y colaboradores, 1938, (Lezama, 1981, pág. 34), se basan en que la agresividad es el producto de una frustración, un estado de frustración suele tener como efecto la aparición de un proceso

de cólera en un individuo que cuando alcanza un grado determinado puede producir algún tipo de agresión: directa o verbal”.

Existen diversos motivos por los cuales el menor puede expresar una conducta inadecuada o inadaptada como es la agresividad, por ejemplo: un estado de frustración, se conoce como un bloqueo de una conducta dirigida a una meta y esto produce que el niño actúe de manera agresiva al no conseguir lo que desea; produciendo algún temor a ser castigado, o a la desaprobación por agredir a la otra persona que fue la causante de la frustración.

Por lo tanto, es necesario mencionar que algunos niños cuando surge un estado de frustración, pueden reaccionar de manera normal, en cambio otros pueden actuar violentamente; lo cual dichas reacciones dependen del nivel de asimilación que cada uno posee respecto a la conducta o petición que no fue aceptada.

2.9.9 Teorías sociológicas de la agresión.

Varios sociólogos, psicólogos y antropólogos, han enfocado el tema de la agresión desde distintos puntos de vista, entre sus postulados destacan: que cuando más unido está un grupo en la adversidad menos probable es que sus miembros sientan los efectos del desastre; y que cuanto mayor es el nivel de comunicación entre los miembros de un grupo de riesgo más capaces serán estos de resolver sus dificultades comunes.

Por otra parte, el estilo de agresión grupal no puede predecirse tomando como base en la forma en que cada uno ha sido educado, sino que el grupo tiene un referente comportamental o sujeto colectivo, el llamado otro generalizado, es decir al “líder del grupo al que respetan más que ellos mismos, y que tratan de imitar.” (Ramírez, 1997).

Por lo tanto, esta teoría se basa en que la causa de la agresividad no se debe a los estados de conciencia de cada persona, sino que los hechos sociales son los que la generan; pues el grupo social es una multitud que para aliviar la amenaza arrastra con fuerza a sus miembros individuales.

2.9.10 Teoría catártica de la agresión.

Se considera que la catarsis es una solución al problema de la agresividad, pues, según la teoría, la catarsis supone la expresión repentina de afecto anteriormente reprimido, cuya liberación se hace necesaria para mantener el estado de relajación adecuado, la persona se sentirá mejor emocionalmente y menos agresiva; por el contrario si el mecanismo de liberación catártica está bloqueado, el sujeto se pondrá más agresivo. (Ramírez, 1997).

2.9.11 Teoría clásica del dolor.

“Se basa en que la agresividad como respuesta a los estímulos adversos, sostiene que el dolor es siempre suficiente en sí mismo para activar la agresión en los sujetos”.

El desarrollo de un proceso agresivo generado por el dolor podría resumirse así: “partiendo de la premisa de que el ser humano procura sufrir el mínimo dolor ante situaciones adversas actúa frente al atacante de manera agresiva, es decir, agrede cuando se siente atacado, anticipándose ante cualquier posibilidad de dolor”. (Ramírez, 1997, pág. 33).

En conclusión, se puede determinar qué: no se puede optar por una corriente psicológica, sino considerar las aportaciones de todas aquellas, con la convicción de que cada una contribuye a explicar una dimensión del fenómeno.

2.10 TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

¿Qué es La Terapia Cognitiva-Conductual?

La terapia Cognitivo-Conductual es un término genérico, que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir conductas y emociones

disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamientos del individuo).

Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido, o proporcionando experiencias del aprendizaje nuevas, mas adaptativas (Brewin,1996).

Las terapias Cognitivo-Conductual comparten las siguientes suposiciones:

a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez que a los acontecimientos mismos.

b) El aprendizaje esta mediado cognitivamente.

c) La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta las emociones y a la conducta y viceversa.

d) Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.

e) La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.

f) Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia Cognitivo-Conductual serían las siguientes: (Ingramy Scott, 1990)

- 1) Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- 2) Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- 3) Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- 4) La terapia es de duración breve.

Los psicólogos clínicos cognitivos conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo, este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento, y la enseñanza de un dialogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, 1996)

Fundamentos Teóricos de la Terapia Cognitivo- Conductual.

La psicoterapia cognitivo conductual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en los años recientes, por ejemplo, en Estados Unidos, Italia España y Argentina, en México este modelo de intervención ha ido cobrando importancia en los últimos decenios del siglo veinte y los primeros años del siglo XXI.

La Terapia Cognitivo-Conductual se ha ido conformando a través del análisis de destacados profesionales, entre ellos: Albert Ellis (1962) con la Terapia Racional Emotiva, (TRE) ha sido uno de los fundadores o creadores de los principios de la terapia cognitiva, y ha favorecido el desarrollo de lo que se conoce como Terapia Cognitivo-Conductual

El modelo Cognitivo-Conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo , partiendo del supuesto de que la gente o paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección. En la terapia cognitivo-conductual, la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales, el objetivo de este modelo es intercambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro de otras creencias.

La terapia cognitiva también es un modelo de tratamiento de la depresión (Beck1970-1976) así como de otros trastornos de la personalidad como la ansiedad. Beck es considerado la piedra angular de la terapia cognitiva, ha contribuido al tratamiento de la depresión (Beck1970-1976) destaco el desarrollo de conceptos, para el tratamientos de pacientes suicidas y la desesperanza, creo una serie de escalas para la evaluación de la depresión y la tendencia al suicidio, por ejemplo “El Inventario De La Depresión”(Beck y Cols, 1971), La Escala De Ideas Suicidas(Beck Kavaes y Cols, 1979) la Escala De Intentos Suicidas, y La Escala De La Desesperanza (Beck, Weimany Cols,1979).

Otro aporte de la terapia Cognitiva-Conductual ha sido el estudio de las conductas contemporáneas por Alberto Bandura (1977) con el concepto de Terapia de Aprendizaje Social, introduce nuevos patrones de conducta (aprendizaje de observancia), contribuye al modelo Cognitivo y orienta al modelamiento participativo. Esta teoría dio un giro a la terapia de la conducta hacia el ambiente cognitivo de la conducta. En el plano de las emociones, la contribución a la terapia Cognitivo Conductual ha sido de Richard Lazarus (1966) quien propuso que el cambio en la cognición era provocado por la emoción, la que provocaba también un cambio de conducta

CAPITULO III:
DISEÑO METODOLÓGICO

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación es de tipo cuantitativa pues es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. Tomando en cuenta específicamente un tipo de ésta, como es la descriptiva, la cual consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. En este caso la recolección de datos se hizo por medio de la aplicación de la escala de agresividad como prueba diagnóstica de la presencia de agresividad, para proceder a la aplicación de un programa psicoterapéutico y con ello modificar la conducta agresiva para constatar así el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta investigación.

3.2 VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Psicoterapia Cognitivo Conductual

Definición Conceptual: Es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos, que opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales.

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones. Los tratamientos en este enfoque son breves e implican la sustitución de las conductas desadaptativas por nuevos patrones de conducta.

Definición Operacional:

Para la elaboración del programa, se utilizó diversas técnicas propias del modelo cognitivo conductual como lo son: Intención paradójica, Tiempo fuera, Autoinstrucciones al niño, Motivación, Autoinstrucciones racionales, Guía externa en voz alta, Entrenamiento asertivo, Entrenamiento autógeno, Técnicas de modelado y

entrenamiento en habilidades sociales, Desensibilización sistemática, entre otras que se estimaron convenientes desarrollarlas para lograr los objetivos de investigación.

Con las cuales se realizaron una serie de sesiones, asignando un tiempo para cada sesión. Cada actividad que se realizo tuvo un objetivo específico que se pretendió alcanzar en cada sesión, y con la ejecución del programa en su totalidad poder modificar la conducta agresiva en los niños y niñas que presenten dicha problemática.

VARIABLE DEPENDIENTE: “Agresividad”

Definición Conceptual: Hace referencia a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expansiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. Se presenta como una mezcla secuenciada de movimientos con diferentes patrones, orientados a conseguir distintos propósitos.

Definición Operacional:

Indicadores:

1. La agresión física real o fingida.
2. La destrucción de los objetos propios o ajenos.
3. Agresiones verbales.

Los puntos expuestos anteriormente serán controlados en esta variable, mediante la aplicación de una escala, la cual consta de 17 ítems con sus cuatro posibles respuestas: NUNCA, POCAS VECES, MUCHAS VECES, SIEMPRE, los cuales se puntuaran con un un valor de 0 para nunca, 1 para pocas veces, 2 para muchas veces y 3 para siempre.

Cada una de las cuatro alternativas tuvo su respectiva evaluación según puntaje el cual fue representado de la forma siguiente:

No exhibe este comportamiento (NUNCA=0): Hay respuestas del organismo que se dan a medida de comportamientos de autodefensa que no implica un comportamiento agresivo, sino que solo responde a un mecanismo o reflejo; por tanto este nivel no corresponde a niveles de agresividad.

Rara vez o a veces exhibe este comportamiento (POCAS VECES=1): Únicamente presenta este comportamiento cuando hay un detonante que desencadena el mismo, pero que no pasa a niveles mayores que insultos verbales o empujones que corresponde a un comportamiento de autodefensa.

Con frecuencia exhibe este comportamiento (MUCHAS VECES=2): Hay una relación directa entre el impulso de agresividad y la conducta agresiva, donde ya se hace presente la intencionalidad, el involucramiento en peleas, la provocación.

Todo el tiempo exhibe este comportamiento (SIEMPRE=3): La conducta agresiva se encuentra presente, siendo este el impulsador de agresividad ante mínimos estímulos, experimentando ira, desencadenando amenazas, hasta una conducta violenta que genera daños físicos, donde lo que mueve al sujeto es el impulso destructor.

Donde según los resultados del total de puntos obtenidos la evaluación correspondió a que si es un puntaje entre 0 – 17 será leve, entre 18 – 34 será moderado y entre 35 – 51 será grave. La evaluación se realizó de forma colectiva, entregando a cada niño y niña una escala y posteriormente se dieron las indicaciones, haciendo hincapié en que no habrán respuestas malas ni buenas; así de esta forma se pudo evaluar y elegir a la población con la que se trabajó, la cual fueron todos los niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel, durante el año lectivo 2013, que presentaron conducta agresiva entre los niveles de moderada a grave.

3.3 HIPÓTESIS.

Hi: La aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual modifico la conducta agresiva en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel.

Ho: La aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual no modifico la conducta agresiva en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel.

3.4 POBLACIÓN:

La población estuvo constituida por 195 niños y niñas cuyas edades oscilan de 6 a 12 años de edad, de primero a tercer grado estudiantes del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la ciudad de San Miguel Durante el año lectivo 2013.

3.5 MUESTRA:

El tipo de muestra que se utilizo es la no probabilística de subgrupos de la población en la que la elección de los elementos no dependen de la probabilidad sino de las características de la investigación, específicamente de sujetos tipo, porque los sujetos

se seleccionaron de acuerdo a criterios establecido por los investigadores. Como los que a continuación se describen:

La muestra se seleccionó mediante la visita a la institución y se realizó la respectiva entrevista a cada maestro responsable de los grados que conformaron la población, para poder seleccionar la muestra según los criterios de investigación los cuales fueron 1- Estudiar en el Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana 2- Estar matriculado en los grados primero, segundo y tercero y descartar a los que no reunían las características.

Después de la entrevista quedaron 143 niños y niñas a quienes se les aplicó la escala para explorar indicadores de conducta agresiva, mediante la cual se formó el grupo de sujetos con los cuales se desarrolló la investigación.

La muestra fue representativa, pues de 195 estudiantes de primero a tercer grado de la institución, el estudio abarcó 31 niños y niñas quienes reunían las características de la variable en estudio.

Se elaboró un listado de los niños y niñas que luego del diagnóstico realizado se identificó presencia de agresividad moderada y grave.

3.6 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:

El procedimiento utilizado en este estudio no es estadístico, debido a que el tipo de investigación utilizado es descriptivo, el cual tiene como base principal el análisis de la información recopilada cuantitativamente, verificando y analizando la relación de las variables, por lo tanto de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, se determina que, se aprueba la hipótesis de investigación (Hi) que dicta: La aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual modifico la conducta agresiva en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel durante el Año 2013.

CAPITULO IV:

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

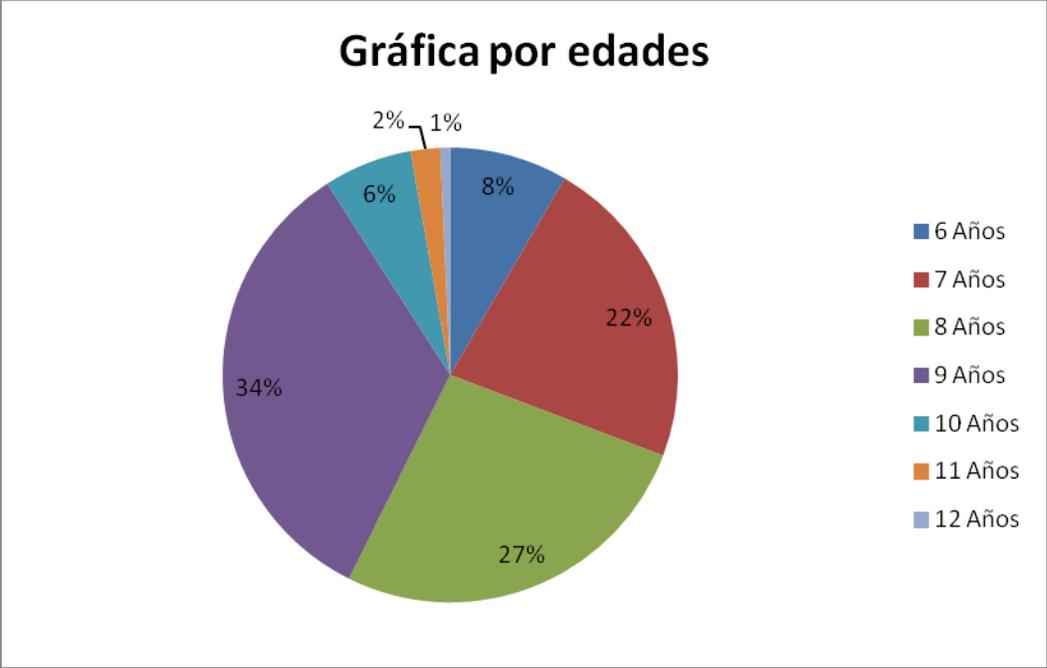
RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

A continuación se presentan las tablas y graficas de los datos encontrados durante la investigación y los resultados de la aplicación de la Escala de Agresividad a 143 niños y niñas de primero a tercer grado, estudiantes del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin.

Tabla y Gráfica #1 representando las edades.

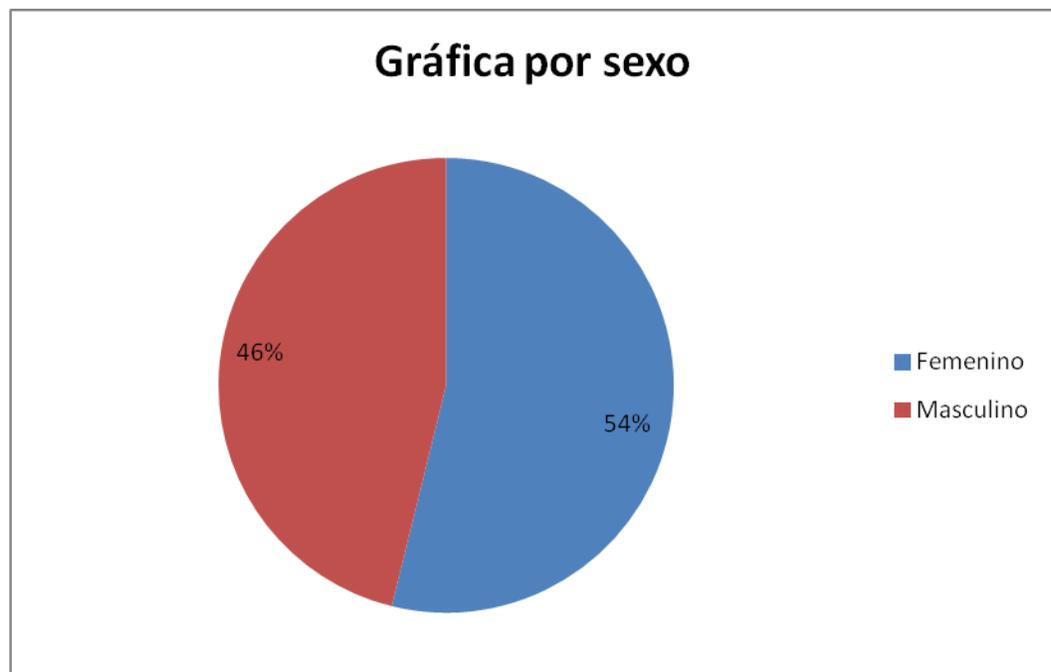
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
6	12	6%
7	32	23%
8	38	27%
9	48	35%
10	9	6%
11	3	2%
12	1	1%
Total	143	100%



En la presente gráfica se presenta las edades de 143 niños y niñas de primero a tercer grado siendo estos el 100% del grupo, donde el mayor porcentaje es de 35% que son los que tienen 9 años siendo 48 niños/as, luego el 27% de la población son los que tienen 8 años con un total de 38 niños/as, después el 23% de los sujetos con una edad de 7 años siendo 32 niños/as, el 6% de la población tienen edades de 6 y 10 años, siendo 12 niños/as de 6 años y 9 niños/as de 10 años, de los porcentajes mas bajos estan el 2% que son 3 niños/as de 11 años y el 1% a uno con 12 años.

Tabla y gráfica #2 representando el sexo

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	77	54%
Masculino	66	46%
Total	143	100%



En la presente gráfica se muestra que de 143 personas entrevistadas siendo el 100% del grupo, prevalece el sexo femenino con un 54% y el sexo masculino siendo la menor parte con 45%.

Tabla y gráfica #3 representando la escolaridad

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Primero	50	35%
Segundo	31	22%
Tercero	62	43%
Total	143	100%



En la gráfica se muestra los datos de la población por su escolaridad, la cual fue un total de 143 niños y niñas donde el mayor porcentaje que fue de un 43% son los estudiantes de tercer grado siendo 62 sujetos, luego está el 35% que son los estudiantes de primer grado con un total de 50 niños/as y en un menor porcentaje con el 22% de la población son los de segundo grado con 31 niños/as.

Tabla y gráfica #4 representando la zona de procedencia

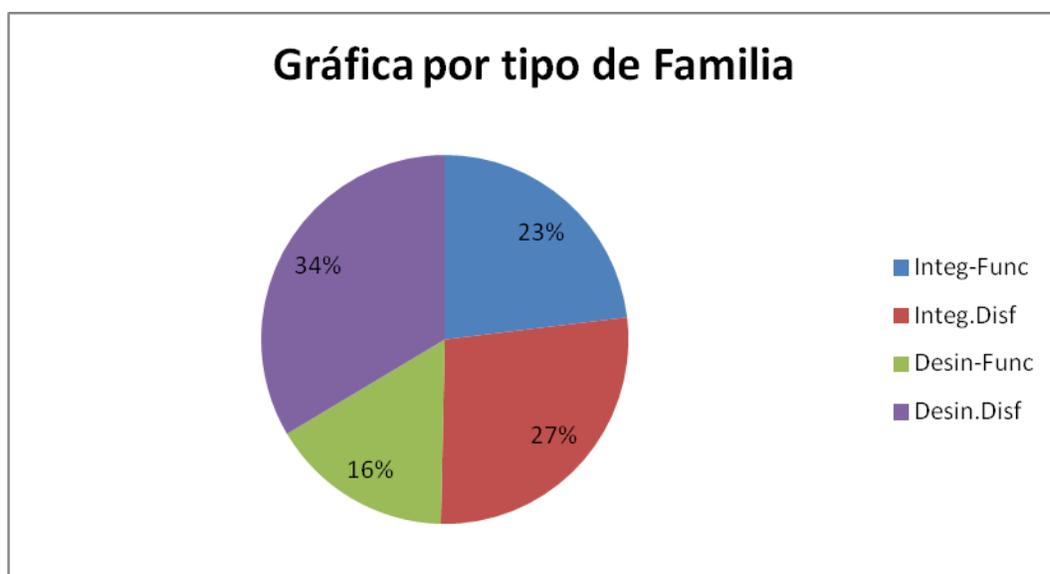
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Rural	0	0%
Urbana	143	100%
Total	143	100%



En la gráfica que se presenta se muestra la población por su zona de procedencia la cual está compuesta en un 100% de la zona urbana, siendo un total de 143.

Tabla y gráfica #5 por tipo de familia

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Integrada-Funcional	33	23%
Integrada-Disfuncional	39	27%
Desintegrada-Funcional	23	16%
Desintegrada-Disfuncional	48	34%
Total	143	100%



En la presente gráfica se muestra el tipo de familia a la cual pertenecen los 143 sujetos que componen el 100% de la población, donde el porcentaje más alto es de 34% que poseen una familia desintegrada-disfuncional con un número de 48 niños/as, luego el 27% con una familia integrada-disfuncional con 39 sujetos, el 23% de la

población tienen una familia desintegrada-funcional siendo 33 niños/as y en menor porcentaje con el 16% que poseen una familia desintegrada-funcional con 23 sujetos.

Tabla y gráfica #6 Primer Grado “A”

Género	Leve	Moderado	Grave
Masculino	5	6	0
Femenino	12	3	0
Total	17	9	0

La tabla #6 representa los datos del puntaje obtenido en la escala de agresividad, la escolaridad y el nivel en el cual se ubican según resultados, todos los niños y niñas del Primer Grado “A” siendo estos un total de 26 participantes.

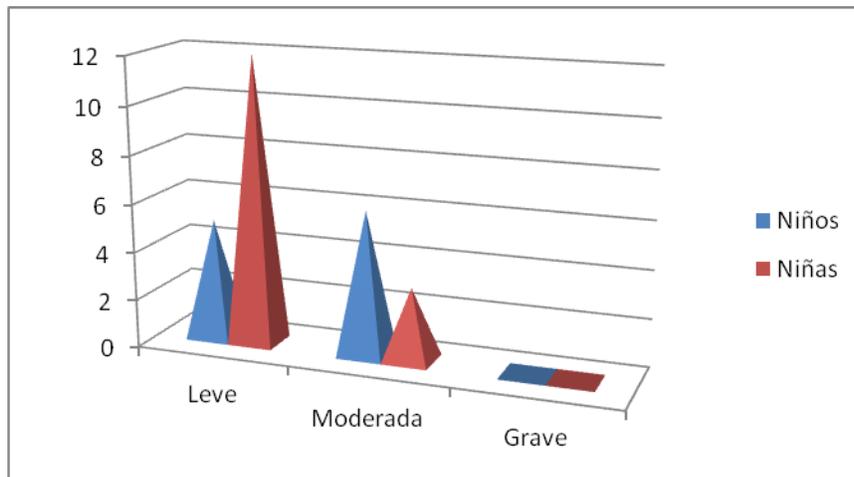


Tabla y gráfica #7 Primer Grado “B”

Género	Leve	Moderado	Grave
Masculino	10	3	1
Femenino	10	0	0
Total	20	3	1

La tabla #7 representa los datos del puntaje obtenido en la escala de agresividad, la escolaridad y el nivel en el cual se ubican según resultados, todos los niños y niñas del Primer Grado “B” siendo estos un total de 24 participantes.

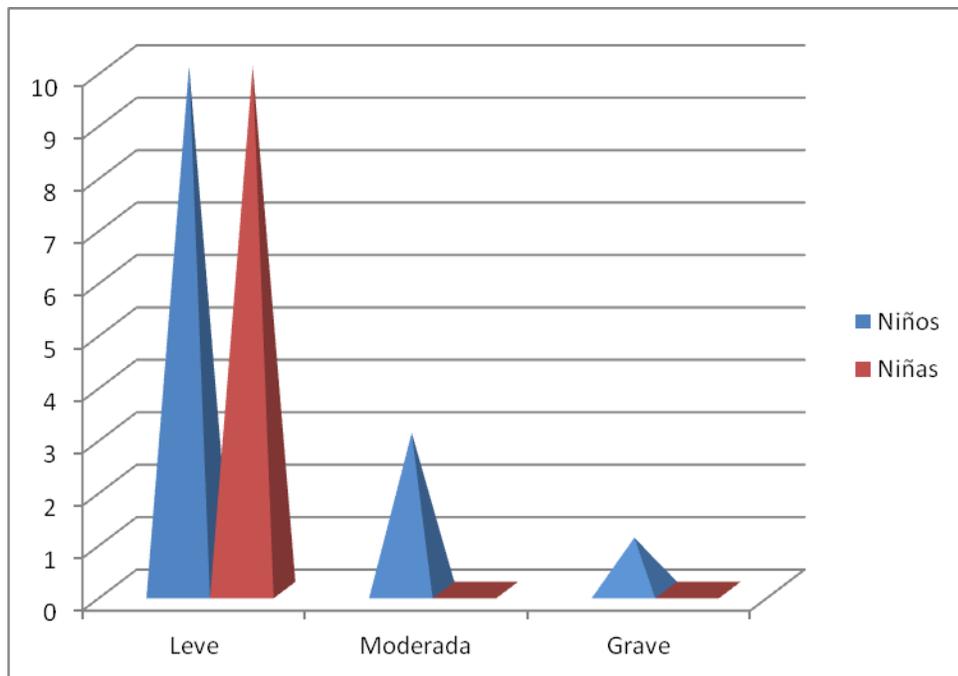


Tabla y gráfica #8 Segundo Grado “A”

Género	Leve	Moderado	Grave
Masculino	4	6	0
Femenino	19	2	0
Total	23	8	0

La tabla #8 representa los datos del puntaje obtenido en la escala de agresividad, la escolaridad y el nivel en el cual se ubican según resultados, todos los niños y niñas del Segundo Grado “A” siendo estos un total de 31 participantes.

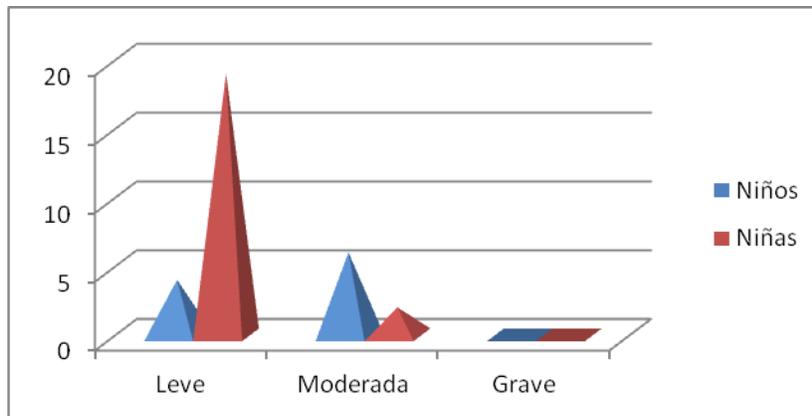


Tabla y gráfica #9 Tercer Grado “A”

Género	Leve	Moderado	Grave
Masculino	11	3	2
Femenino	10	1	1
Total	21	4	3

La tabla #9 representa los datos del puntaje obtenido en la escala de agresividad, la escolaridad y el nivel en el cual se ubican según resultados, todos los niños y niñas del Tercer Grado “A” siendo estos un total de 28 participantes.

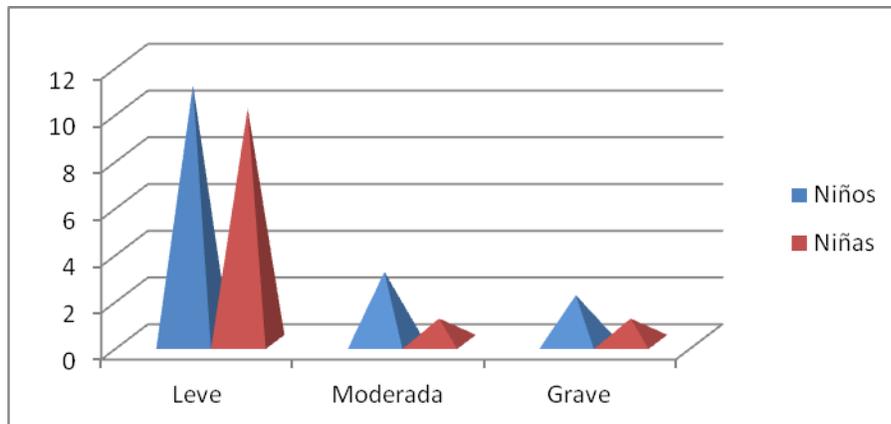
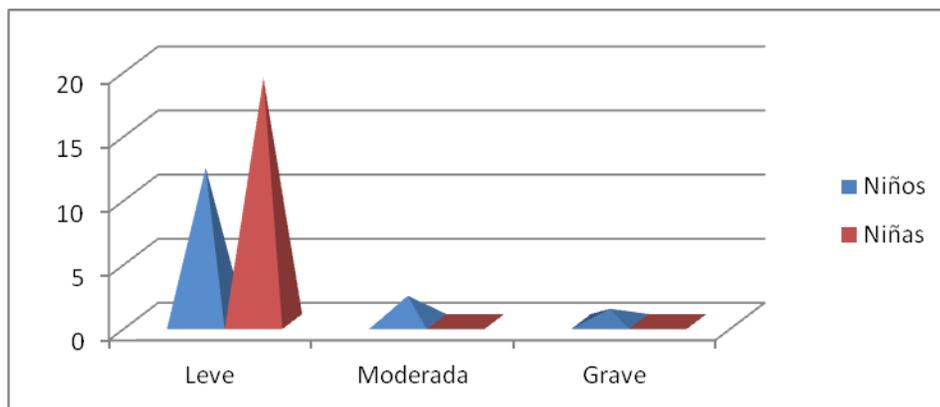


Tabla y gráfica #10 Tercer Grado “B”

Género	Leve	Moderado	Grave
Masculino	12	2	1
Femenino	19	0	0
Total	31	2	1

La tabla #10 representa los datos del puntaje obtenido en la escala de agresividad, la escolaridad y el nivel en el cual se ubican según resultados, todos los niños y niñas del Tercer Grado “B” siendo estos un total de 34 participantes.

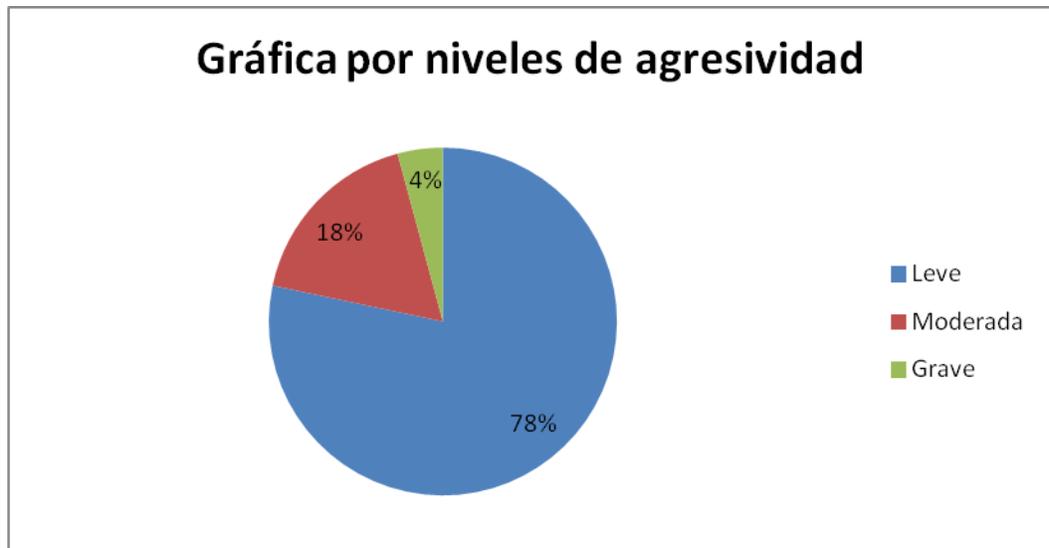


Presentando así el dato de la población evaluada, compuesta por un total de 143 niños y niñas evaluados y ubicados según género y en los diferentes niveles de agresividad según puntuación obtenida, trabajando con una muestra de 31 participantes con nivel de agresividad moderado y grave, ya que en estos hay una relación directa

entre el impulso de agresividad y la intencionalidad, el involucramiento en peleas, la provocación, donde lo que mueve al sujeto es el impulso destructor.

Tabla y gráfica #11 representando niveles de agresividad

Opciones	Masculino	Femenino	Frecuencia	Porcentaje
Leve	42	70	112	78%
Moderada	20	6	25	18%
Grave	4	1	5	4%
Total	66	77	143	100%



En la presente gráfica se muestra a la población según el nivel de agresividad, de acuerdo al puntaje obtenido en la escala, donde el 78% de la población obtuvo un puntaje entre 0 y 17 ubicándose en el nivel leve siendo 112 sujetos donde 42

son masculino y 70 femenino, el 18% de la población obtuvo un puntaje entre 18 y 34 siendo este el nivel de agresividad moderado con 25 sujetos, de los cuales 20 son niños y 6 niñas, y el porcentaje menor de 4% con nivel de agresividad grave son 6 sujetos; siendo estos 4 niños y 1 niña conformando así el total de la población que son 143 niños/as, siendo el 100%.

Tabla y gráfica #12 representando los tipos de agresividad

Opciones	Masculino	Femenino	Frecuencia	Porcentaje
Agresividad Física	7	1	8	6%
Agresividad Verbal	17	6	23	16%
Ninguna	42	70	112	78%
Total	66	77	143	100%



En la gráfica se muestra a la población por el tipo de agresividad, donde el mayor porcentaje que es de 78% es la población que no se ubica en los indicadores de la agresividad siendo 112 sujetos, de los cuales son 42 niños y 70 niñas, el 16% se ubica en el indicador de agresividad verbal con 23 sujetos, donde 17 son del sexo masculino y 6 femeninos, y el 6% de la población se ubica en el indicador de agresividad física los cuales son 8, de los cuales 7 son niños y 1 niña; siendo el total de la población de 143 que conforman el 100%.

4.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

La investigación se desarrolló con el propósito de realizar un diagnóstico para modificar la conducta agresiva, a través de la psicoterapia cognitivo conductual en niños y niñas estudiantes de primero a tercer grado, del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel, durante el año 2013. Al comprender que una investigación intenta brindar aportes a la ciencia, se comprende, que la psicología se enriquece aún más con esta investigación.

Para realizar la fase diagnóstica se utilizó una prueba psicológica, por lo cual como grupo investigador nos vimos en la necesidad de diseñar un instrumento adecuado para poder investigar las variables en estudio; realizando así una escala para explorar indicadores de la conducta agresiva (Ver Anexo#1). Esta escala consta de diecisiete ítems los cuales exploraron indicadores de agresividad verbal, agresividad física y autoagresión, para cada una de estas preguntas había cuatro opciones de respuestas las cuales eran: nunca, pocas veces, muchas veces, siempre, en su interpretación, **Nunca** tenía un valor de cero, No exhibe este comportamiento: Hay respuestas del organismo que se dan a medida de comportamientos de autodefensa que no implica un comportamiento agresivo, sino que solo responde a un mecanismo o reflejo; por tanto este nivel no corresponde a niveles de agresividad. **Pocas veces** un valor de uno, Rara vez o a veces exhibe este comportamiento: Únicamente presenta este comportamiento cuando hay un detonante que desencadena el mismo, pero que no pasa a niveles mayores

que insultos verbales o empujones que corresponde a un comportamiento de autodefensa. **Muchas veces** un valor de dos. Con frecuencia exhibe este comportamiento: Hay una relación directa entre el impulso de agresividad y la conducta agresiva, donde ya se hace presente la intencionalidad, el involucramiento en peleas, la provocación. **Siempre** con un valor de tres, Todo el tiempo exhibe este comportamiento: La conducta agresiva se encuentra presente, siendo este el impulsador de agresividad ante mínimos estímulos, experimentando ira, desencadenando amenazas, hasta una conducta violenta que genera daños físicos, donde lo que mueve al sujeto es el impulso destructor. Donde según el puntaje obtenido se ubicara en los tres diferentes niveles de conducta agresiva los cuales son: de 0-17 Leve, de 18-34 Moderado, y de 35-51 Grave. Quedando así diseñada la escala la cual se tuvo la necesidad de aplicar una prueba piloto para verificar la utilidad del instrumento, para alcanzar nuestro objetivo de investigación y con ello se dio la validez a la eficacia de la escala diseñada para la investigación.

Desde este análisis, es razonable que se cuestione el cambio o modificación de la conducta agresiva en los niños y niñas que participaron en el programa, cuando a juzgar de teorías o enfoques teóricos que intentan explicar la agresividad, el cambio no parece fácil, si esta conducta se ha conceptualizado como un expresión inherente del ser humano, de carácter social e histórico, y más aún, en un país como El Salvador, cuya geografía parece vivir en una agresividad de apariencia eterna, frenética, irracional y desmesurada.

Sin embargo, la psicología como un planeta que pertenece a un vasto universo llamado ciencia, cuenta con una “geografía” propia de conceptos, teorías y métodos científicos para su aplicación.

La psicoterapia en este caso cognitivo-conductual que es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos, que opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales; la cual cuenta con una la planificación cronológica y secuencial de intervenciones psicológicas, específicas para reducir los niveles perjudiciales y excesivos de vivencia y exteriorización de la agresividad. Por ello ya una vez diagnosticada la presencia de la conducta agresiva y según lo expuesto anteriormente se procedió a elaborar un **Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual** (Ver Anexo #2), el cual consta de once sesiones psicoterapéuticas donde se utilizaron técnicas como: Intención paradójica, Tiempo fuera, Autoinstrucciones al niño, Autoinstrucciones racionales, Guía externa en voz alta, Entrenamiento asertivo, Entrenamiento autógeno, Técnicas de modelado, Desensibilización sistemática, modelado, técnicas de relajación, Reestructuración cognitiva, Auto instrucciones racionales, Entrenamiento autógeno, entre otras, cada una de ellas con sus respectivas planificaciones estipulando tiempo, metodología, evaluación, recursos. El programa se ejecutó en un 100% ya que se desarrollaron todas las sesiones con éxito; detallado en los resultados de las sesiones (Ver anexo#3) donde se pudo observar en el grupo desde un inicio la presencia de la conducta agresiva, pero a la vez la participación de la mayoría de niños/as; durante el desarrollo de las sesiones se

vieron algunos progresos, presentando un grado de cambio significativo, ya que al no contar con el apoyo en el aula y en casa, poco se puede avanzar para la modificación de esta conducta, viendo así la importancia del apoyo familiar, como núcleo principal, donde inicia la educación y donde se puede minimizar o estimular todo tipo de comportamiento.

Sin duda, la estructura social y familiar de un niño/a no se puede cambiar con su participación en un programa para la modificación de conductas agresivas; pero por otra parte, las estadísticas sociales y teorías, demuestran que no todos los ciudadanos son agresivos aun cuando se habite en una sociedad violenta, puesto que las capacidades individuales demuestran como las diferencias existentes en la asimilación de información entre los seres humanos se manifiesta ante una situación propensa a la agresión.

Así, una parte de la teoría psicológica presenta a la agresividad como una conducta estimulada por la sociedad y su estructura política-económica, que sin el cambio de estas estructuras la agresividad seguirá siendo permanente; sin embargo, otros enfoques teóricos presentan al ser humano con la capacidad de cambiar o reflexionar, y de ahí, que podamos citar nuevamente a la psicoterapia cognitivo conductual que con una intervención planificada, cronológica y secuencial, es una opción de la psicología para lograr cambios conductuales en los participantes, según las variables a utilizar; pues

es así, que esta investigación plantee de manifiesto la viabilidad, capacidad y posibilidad de lograr cambios conductuales.

Sin duda, las condiciones y el control de variables son indispensables para obtener la aceptación de una hipótesis o el acierto de una investigación. Sencillamente, cabe la posibilidad de que este programa sea aplicado en condiciones sociales similares, e incluso, homogéneas, y que aun así, logre resultados totalmente antagónicos, contradictorios, es decir, negativos y que rechace la hipótesis que en esta investigación ha sido aprobada. ¿A qué razón se puede atribuir ese hecho? La respuesta se presenta a continuación, en la medida que se asimila cuáles fueron las condiciones en las cuales se aplicó el programa de psicoterapia cognitivo conductual.

En resumen, la aplicación de este programa en otras instituciones similares, puede obviamente generar resultados favorables, en la medida en que cuente con un grupo de niños/as que aceptan la participación en programas de modificación de conductas agresivas, con una participación infalible o asidua, la preparación de un aula con las mejores condiciones posibles, brindar los materiales necesarios, desarrollar refrigerios y dinámicas para desarrollar la empatía y el acercamiento entre los participantes y el investigador.

La efectividad de este programa, y que a la postre, permitió cumplir con el objetivo y la hipótesis general de esta investigación, se debe a las particularidades de su

aplicación. Las condiciones indispensables y que no se pueden ignorar para su comprensión, son por ejemplo como esta investigación contó con la evaluación de una escala para explorar indicadores de conducta agresiva, a 143 estudiantes de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de San Miguel, de los cuales, 31 fueron diagnosticados con agresividad en los niveles de moderado a grave. Sin embargo, de los 31 estudiantes invitados a participar de un programa de psicoterapia cognitivo conductual para la modificación de la conducta agresiva, únicamente 23 decidieron participar y se mantuvieron constantes presentando una asistencia infalible a cada una de las sesiones del programa, es decir, un 74% de los 31 estudiantes finalizaron el programa, mientras que el 16% de los estudiantes que fueron 5 se mantuvieron inconstantes durante el desarrollo del programa y el 10% de la muestra con la que se trabajó que fueron 3 estudiantes desertaron.

Cabe mencionar que de los 143 estudiantes evaluados, el 78% que comprende la mayoría con 112 niños/as obtuvieron un resultado entre 0 a 17 puntos ubicándose en el nivel de agresividad leve, por lo cual podemos observar que todos tenemos cierto grado de agresividad, que no responde más que aun instinto inherente al ser humano de auto defensa, por lo cual nos atreveríamos a decir que es normal. Por lo que, todos en algún momento determinado de nuestras vidas presentamos características de una conducta agresiva con la diferencia que en este caso no es adrede ni intencionada si no que es más bien un mecanismo de protección ante una provocación. A diferencia de 18% de la población que fueron 25 niños/as que obtuvieron un puntaje entre 18 a 34 puntos

ubicándose en el nivel de agresividad moderado, en este caso podemos decir que estos niños exhiben características de una conducta agresiva con rasgos de intencionalidad, según lo que se pudo observar en los participantes que presentaban esta característica, ya que predominaba la presencia de la conducta agresiva sin la necesidad de un estímulo, ya más orientados al deseo de hacer daño, de participar de peleas, entre otras características. Y en un menor porcentaje con un 4% son los sujetos que obtuvieron un resultado entre 35 y 51 puntos ubicándose en el nivel de agresividad grave, lo cual no deja de ser alarmante pues estamos hablando de 6 niño/as que presentan una conducta agresiva que excede todo límite pues en ellos predomina la intencionalidad y lo que mueve al sujeto es el impulso destructor. Como podemos ver en los porcentajes de los resultados obtenidos la conducta agresiva se encuentra presente en la población con la cual se desarrolló la investigación.

Teniendo como base los resultados obtenidos se verifico que un análisis cualitativo es menester, paralelo e ineludible tanto como un análisis cuantitativo. La simple y sencilla razón, es que este análisis busca establecer un contraste entre la teoría, y la realidad particular con la que se encuentra una investigación en la práctica. De tal manera que, los datos han sido analizados desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa. El aceptar la hipótesis que se planteó al principio de la investigación, hace aún más valioso el aporte buscado.

Con los resultados obtenidos se logró una modificación en la conducta agresiva en los niños y niñas, además de comprobar la efectividad de un programa planificado, sistematizado, el cual fue capaz de provocar modificaciones conductuales, como es la agresividad, a través de la psicoterapia cognitivo-conductual.

Por otra parte, al ser presentados los resultados de esta investigación, cabe la posibilidad de que suscite una discusión, que en todo caso es posible, y necesaria para comprender de una mejor manera la investigación y las condiciones bajo las cuales obtuvo resultados favorables. Pues ciertamente, no todo programa de origen psicológico puede ser efectivo en su aplicación, y de esta manera, puede ser refutado e incluso menospreciado en sus aportes.

De ahí, de la posibilidad que los resultados presentados a lo largo de este capítulo, donde una y otra vez se habla de haber logrado la modificación de conductas agresivas y la efectividad del programa, puede provocar una discusión, que en todo caso sea entendida esta, como la exanimación de los resultados, a partir en sus génesis, efectos y viabilidad, mediante el proceso particular sobre el cual se desarrolló.

La obtención de los resultados favorables en esta investigación, parte también, de la capacidad de facilitar a los participantes los materiales, como cuestionarios y fotocopias de las técnicas de relajación junto a materiales necesarios y adecuados para ejecutar cada sesión, además de contar durante el programa, con un refrigerio para la finalización en cada una de las fases, así como pequeños estímulos como regalos

sorpresas como herramientas de motivación para seguir participando. Pero sobre todo, el buen desarrollo y manejo de cada una de las técnicas utilizadas para cada sesión.

Las variables que se tomaron en cuenta, fueron la cantidad de estudiantes a participar, pues en esta investigación, los 31 niños y niñas que participaron, fueron divididos en dos grupos distintos, para una mejor personalización del programa, agregado, el mejor horario posible, seleccionado por ellos. Una cantidad mayor de estudiantes y un trato más somero, atrofian el desarrollo normal de este programa, por lo tanto, es válido discutir y suponer que un mal manejo de la cantidad o las variables, pueden rechazar una hipótesis de trabajo.

Los niños y niñas agresivos a menudo no pueden controlar el impulso de golpear a otra persona, es posible considerar que el enojo surge de la interacción de estímulos que lo producen, como es la provocación de algún amigo, insultos, humillaciones y críticas, hacen que la persona responda de la misma manera, otro factor importante a tomar en cuenta en las provocaciones del enojo, es el estado de ánimo de las personas debido a que en algunas ocasiones se recurre a actuar de forma violenta aun cuando no se tiene un motivo justificable, evidenciando lo que es la agresión física, uno de los indicadores que se trabajó en la investigación mostrado por un 6% de los participantes que fueron 8 niños/as, de los cuales 7 fueron niños y 1 niña. Pero no solamente a través de los golpes solucionan sus problemas, también lo hacen mediante discusiones que incluyen insultos y amenazas lo que al final no los conduce a nada, más bien produce en

ellos dificultades para controlar su carácter, porque cada persona tiene su propia forma de ser, sentir y reaccionar; en este sentido se muestra la agresión verbal que fue la mayor problemática mostrada por la población, pues el 16% que fueron 23 de 31 participantes mostraron este tipo de agresión, donde 17 de ellos son del sexo masculino y 6 al sexo femenino. Los cambios de humor en estos niños/as suelen ser bruscos, es importante recalcar que en algún momento de la vida toda persona se enoja y es una emoción común, que si es leve cumple con funciones positivas, como en la población estudiada donde el 78% siendo 112 niños/as no se ubicaron en ninguno de los indicadores de la conducta agresiva; pero cuando esta conducta agresiva sobrepasa los límites puede causar alteraciones en el área familiar y social del individuo.

Un dato interesante es que la conducta agresiva se presenta más en el sexo masculino, reflejado con 24 niños, donde 20 de ellos fueron diagnosticados con agresividad moderada y 4 de ellos con agresividad grave; a diferencia del sexo femenino reflejado con 7 niñas, donde 6 se ubican en agresividad moderada y tan solo 1 en agresividad grave. Así como el dato mencionado anteriormente, donde se exponen los indicadores de la agresividad verbal y física, predominando en ambas el sexo masculino. Podríamos aludir este hecho al mismo machismo que ha imperado a lo largo de la vida, donde al niño se le enseña que el errado concepto de ser hombre y macho, que no responde más que a patrones de comportamiento negativo e impulsador de la conducta agresiva.

Para finalizar, podemos afirmar que la psicoterapia cognitivo conductual, demostró ser muy útil en el tratamiento y modificación de la conducta agresiva en niños y niñas de edad escolar, según los datos de la escala de agresividad, uno de los principios básicos de esta línea de trabajo es que considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones. Los tratamientos en este enfoque son breves e implican la sustitución de las conductas desadaptativas por nuevos patrones de conducta.

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación que se realizó con veinticuatro niños y siete niñas, de primero a tercer grado del “Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel” Se concluye lo siguiente:

✓ Se encontró mediante un diagnostico que existe presencia de agresividad en la población estudiantil; en los cuales se presentó con mayor énfasis el indicar de agresividad verbal haciéndose presente en veintitrés niños/as y a la vez encontrándose también el indicador de agresividad física en ocho niños/as. Dando como resultado treintauno niños/as que se ubican en los niveles de agresividad moderada y grave, según la escala para explorar indicadores de la conducta agresiva.

✓ Se verifico mediante un diagnostico que la agresividad forma parte inherente en todo ser humano, ya que en algún momento se presenta la conducta agresiva como mecanismo de autodefensa. Sin embargo, si la conducta agresiva excede todo límite estamos ante un problema de agresividad, donde la persona no puede controlarse y lo que lo mueve es la intencionalidad de hacer daño.

✓ El principal objetivo de investigación fue modificar la conducta agresiva de los niños/as por lo que fue necesario diseñar un programa de psicoterapia cognitivo conductual el cual resulto favorable, debido a que se logró un cambio en la conducta agresiva en los participantes a los que se aplicó la terapia esto significa que las técnicas son de mucha utilidad en el tratamiento de problemas conductuales.

✓ A partir de las observaciones y el análisis realizado podemos decir que es importante tomar en cuenta los motivos de los niños por los cuales realizan ciertos actos, ya que de esto depende que los padres puedan ayudar a su hijo/a en determinada situación y con esto evitar que aumente el comportamiento agresivo.

✓ Existe la posibilidad que la aplicación de este programa en otras instituciones de educación media de la sociedad salvadoreña obtenga resultados similares, en la medida en que se aplique de una manera sistemática, controlada y empática.

✓ Durante el desarrollo del programa se observó que existe la capacidad de adaptación de los niños/as que muestra la necesidad de mejorar. Aunque el desarrollo de interacción con otras personas, no este deteriorado. Pero, deja mucho que desear que el estándar de relación entre padres e hijos,

mostrando que dentro del núcleo familiar no existen límites claros, y esto puede ocasionar consecuencias negativas para el niño/a y su entorno, al desarrollar características agresivas en su personalidad. El dialogo con los hijos es por tanto muy importante, sin embargo; es poco si no se respetan las ideas del niño/a, ayudándolo a definir sus limitantes y a su personalidad a lo largo de su desarrollo, sin coartarlo pero sin permitirle a ciegas todo cuanto desee o cuantos caprichos tenga, sino que orientándolo en las posibles decisiones a tomar frente a una situación específica.

✓ Al llevar a cabo el análisis de interpretación de los resultados obtenidos a través de los métodos y técnicas ya descritas se puede concluir que una las problemáticas más relevantes de una muestra estudiantil con la que se trabajó son los Problemas de Relaciones Interpersonales: Los niños/as estudiantes a causa de el mismo problema de agresividad que presentan; no establecen, buenas relaciones interpersonales con los demás compañeros/as de grado y de la escuela pues su inestabilidad no les permite mantener el control de sus pensamientos y actos afectando involuntariamente a las personas que les rodean.

5.2 RECOMENDACIONES

Luego de haber concluido la investigación se establecen las siguientes recomendaciones:

✓ Es necesario realizar programas de psicoterapia cognitivo - conductual con niños agresivos de edad escolar. Por lo que es de mucho beneficio generar espacio a profesionales en Salud Mental.

✓ Es necesario fomentar el desarrollo de programa de tratamiento cognitivo - conductual en instituciones como aldeas, escuela, o guarderías para beneficiar a la población y a su grupo familiar, debido a que cuando un niño presenta problemas de agresividad no solamente afecta a sí mismo sino también a su núcleo familiar, porque esta conducta puede ser por otros familiares.

✓ Es necesario que los padres y maestros, utilicen técnicas de psicoterapia basada en el enfoque cognitivo - conductual para ayudar a los niños que presentan una conducta agresiva por ejemplo el refuerzo y la economía de ficha.

✓ Para una futura aplicación del programa de psicoterapia conductual se recomienda, incrementar el número de sesiones y la aplicación de

las técnicas tales como: Economía de ficha, modelado, técnicas de relajación, Reestructuración cognitiva, Auto instrucciones racionales, Entrenamiento autógeno, entre otras.

✓ Se motiva a futuros investigadores para que se enfoquen en temas como este, pues se verifico la importancia de la psicoterapia cognitiva conductual en el control de los niños/as.

✓ A las autoridades del centro educativo, deben solicitar que se implementen más programas psicoterapéuticos en la institución para beneficiar a la población estudiantil.

✓ Cabe resaltar que el abordaje individual es necesario y fundamental para lograr óptimos resultados, ya que el psicólogo puede abordar temas que en sesiones grupales no podría hacerlo. No se consideró adecuado incluir un programa más amplio ya que es muy dinámico y dependerá de la visión que el investigador tenga del contexto, por lo tanto es criterio personal de cada investigador, el diseño y aplicación de programas que abarquen más tiempo y mayor muestra poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardonin J. Bustor C. Diaz, F y Jarpa, M (1999) “Agresividad, modificación, explicación, relación con los trastornos mentales y su medición”. Disponible en <http://www.asique.com/anor/ag.htm>
- Hernández S R. Collado C.F. Lucio P.B. “Metodología de la Investigación” editorial Mc Graw Hill. Segunda Edición 1991, 501 páginas.
- Leon Rodriguez N. M, Moran Anzora J. E. Ulloa M. E. Trabajo de Graduación optar al grado de Licenciatura en Psicología, Departamento de Ciencias y Humanidades, de la Universidad de El Salvador, Facultad Central, “Programa de capacitación psicológica en estrategias para el manejo de la agresividad en niños preescolares dirigido a educadores, de los centros infantiles de desarrollo (CINDES) de fe y alegría, San Salvador, 2000”, 116 paginas.
- Lezama, 1981, “La agresividad” 12 Paginas, sin edición, sin año, sin ciudad.
- Lizama B, Villatoro J. Trabajo de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Departamento de Ciencias y Humanidades, de la Universidad de El Salvador, Facultad de Oriente, “Aplicación de psicoterapia Infantil Natural (GIM) en niños agresivos, con edades que oscilan de seis a doce años, residentes

en la Aldea Infantil S.O.S. de la Ciudad de San Miguel, durante el año 2003”,
116 paginas.

- Morales J. “Psicología Social” Editorial Mc Graw Hill/ interamericana de España,
Madrid. 2º Edición, 1999, 412 paginas.
- Papalia D.E.; Wendkos O.S y Felman R. D. “Desarrollo Humano”. México Mc Gram
Hill. Novena edicion 2005, 785 páginas.
- Ramírez F. C. “Conductas Agresivas en la edad escolar” Ediciones Pirámide S. A.
España 1997, 205 paginas.
- Train A. “Agresividad en niños y niñas” Ediciones Narcea S.A., España, 2001, 188
paginas.
- Martin- Baro, Ignacio. Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica.
Sexta Edición. UCA Editores. 1995. El Salvador.
- Lic. María José Gonzales. El origen de la conducta agresiva. 18/01/2001. (Disponible
en: www.Psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art11002. Consultado el:
08 de marzo de 2009).

- Lic. José Jaime Martínez. Conductas agresivas. (Disponible en: www.consultasexual.com.mx/documentos/agresividad.htm. Consultado el: 12 de marzo de 2009).

- Sin Autor “Técnicas psicopedagógicas para el tratamiento conductual” Editorial Cincel Kapeluz

ANEXOS

ANEXO # 1

INSTRUMENTOS APLICADOS A LA MUESTRA POBLACIONAL

ESCALA PARA EXPLORAR INDICADORES DE CONDUCTA AGRESIVA

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Fecha de evaluación: _____

INSTRUCCIONES:

Marque las casillas apropiadas en cada ítems, NUNCA, POCAS VECES, MUCHAS VECES, SIEMPRE, que mejor describa su situación.

Conductas en el niño/a para explorar agresividad.	Frecuencia con que se presenta la conducta				
	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	TOTAL
1 – Ofendes o insultas a otras personas					
2- He destruido pertenencias ajenas					
3- Con frecuencia peleo con mis compañeritos					
4- He amenaza verbalmente a mis compañeros					
5- Hago berrinches					
6- Le hago daño a una persona si se burló de mí o me hizo algo					
7- Se alejan de ti tus amigos o hermanos cuando haces berrinche					
8- Me enojas fácilmente cuando no se hacen las cosas como quiero					
9- Durante la clase molesto a mis compañeros					
10- Por estar molestando no escucho a la maestra					
11- Reclamo cuando me llaman la atención					
12- Le grito a las personas					
13- Peleo con mis hermanos o compañeros sin que me den motivos para hacerlo					
14- Cuando me regañan reacciono apretando los puños, dando saltos y enojo					
15- Le llevo la contraria a las demás personas					
16- Es divertido burlarse de las personas					
17- He matado animalitos solo por diversión					

PUNTAJES

N	AV	S	CS
0	1	2	3

0 – 17 LEVE

18 – 34 MODERADO

35 – 51 GRAVE

La escala que se utilizara para evaluar cada uno de los 17 ítems es la siguiente:

0= No exhibe este comportamiento

1= Rara vez o a veces exhibe este comportamiento

2= Con frecuencia exhibe este comportamiento

3= Todo el tiempo exhibe este comportamiento

- ✓ **No exhibe este comportamiento:** Hay respuestas del organismo que se dan a medida de comportamientos de autodefensa que no implica un comportamiento agresivo, sino que solo responde a un mecanismo o reflejo; por tanto este nivel no corresponde a niveles de agresividad.
- ✓ **Rara vez o a veces exhibe este comportamiento:** Únicamente presenta este comportamiento cuando hay un detonante que desencadena el mismo, pero que no pasa a niveles mayores que insultos verbales o empujones que corresponde a un comportamiento de autodefensa.

- ✓ **Con frecuencia exhibe este comportamiento:** Hay una relación directa entre el impulso de agresividad y la conducta agresiva, donde ya se hace presente la intencionalidad, el involucramiento en peleas, la provocación.

- ✓ **Todo el tiempo exhibe este comportamiento:** La conducta agresiva se encuentra presente, siendo este el impulsador de agresividad ante mínimos estímulos, experimentando ira, desencadenando amenazas, hasta una conducta violenta que genera daños físicos, donde lo que mueve al sujeto es el impulso destructor.

ANEXO # 2

PROGRAMA

PSICOTERAPÉUTICO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 1

Fecha: 09/Mayo/2013

Hora: 8:00 am / 9:00 am

Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	-Generar confianza participantes terapeutas.	Oral	-Se presentara cada facilitadora, mencionando el objetivo del programa, haciéndoles sentir que ellos son el elemento principal para promover cambios en su conducta.	-Materiales -Lista de asistencia -Lapicero.	-Asistencia participación
5 Min.	Fase 1: Técnica de presentación.	Presentación de los niños/as que integran el grupo.	La Tela Araña	Se reunirán los niños/as formando un círculo, donde se les dará un bollo de lana, el cual lanzaran en diversas direcciones y el niño que cache el bollo de lana se presentara y este lo lanzara a otro y así hasta formar una tela araña, y con ello lograr la integración del grupo.	-Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Evaluar mediante la técnica la integración y detectar conflictos.
20 Min.	Fase 2: la intención paradójica	Trabajar las expresiones físicas en los niños	Modelado	Se trata de pedirle al niño o al alumno que haga aquello que precisamente queremos evitar. Imaginemos una situación en un aula donde un niño se niega sistemáticamente a efectuar cualquier actividad escolar. El niño cada día entra en una dinámica de provocación hacia al maestro, sometiéndolo a una dura prueba de paciencia. ¿Qué ocurriría si un día el maestro le dice: "Hoy quiero que no hagas nada, te voy a dar permiso para que estés todo el tiempo sin hacer ninguna actividad. No quiero ni que me escuches. Sólo debes permanecer callado y sin hacer ruido en tu sitio".		Se Observó la conducta del niño, durante la técnica lográndose así el objetivo planteado
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se dará por finalizada la sesión y se les invitara a la próxima.		

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA**

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 2 **Fecha:** 14/Mayo/2013 **Hora:** 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/10:00 am **Grupo # A y B**

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Iniciar la sesión	Oral	Se inició recordándoles las indicaciones del programa a la vez dándole la bienvenida a cada uno de los niños y se le preguntó de cómo se sentía después de la primera actividad y si habían puesto en práctica las recomendaciones que se le dieron.	- Humanos Terapeutas - Materiales -Lista de asistencia -Lapicero.	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: tiempo fuera	Disminuir episodios de llantos, rabietas o travesuras, subidas de tono	Modelado	Se le retira físicamente del espacio actual para trasladarlo a su habitación u otro lugar, por un breve espacio de tiempo. También pueden ser los maestros los que se retiran del lugar donde esté el niño, al quitar la atención que prestamos al niño inmediatamente después de la aparición de las respuestas inadecuadas, éstas tenderán a desaparecer.	- Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Enseñar al niño que efectuando las peticiones de forma inadecuada no va a conseguir nada.
5 Min.	Fase 3: Reorganizar	Ordenar el aula.	Grupal	Los niños ayudaran a ordenar las cosas del aula.		Fomentar el orden y la disciplina.
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se concluirá la sesión motivándolos para que sigan asistiendo. Se le indicara el día de la próxima sesión y se les entregara las fichas ganadas ese día.		

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA**

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 3 Fecha: 17/Mayo/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Iniciar la sesión	Oral	Se retroalimentó las técnicas realizadas en las sesiones anteriores, ya que es una forma de mostrar el interés que tiene para ellos el programa.	- Humanos Terapeutas - Materiales -Lista de asistencia -Lapicero.	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: Auto instrucciones al niño	Lograr la sustitución de autoafirmaciones inadecuadas por otras más realistas y adaptativas.	Reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Me preguntaré ¿cuál es mi problema? Por ejemplo: Hacer algo que me aterra. • ¿Qué tengo que hacer? Lo primero estar tranquilo. Voy a llevar a cabo un plan: voy a relajar, voy a intentar no ponerme nervioso, lo superaré y estaré bien, sé que lo puedo hacer, por lo menos voy a intentarlo... <p>Durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puedo hacerlo. • Lo estoy haciendo. • No va a pasar nada. • Puedo manejar la situación, todo es cuestión de práctica. • Si siento un poco de tensión, haré una pausa y me relajaré. • Voy a respirar lentamente. • No voy a perder el control... <p>Después:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¡Lo conseguí! • ¡He controlado la situación! • ¡La próxima vez lo haré mucho mejor! • Puedo relajar la tensión... 	- Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Se consiguió que los niños /as reconocieran la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y en la manera de actuar.

5 Min.	Fase 3: Motivación	Lograr motivar a los alumnos pasando un momento alegre	“Elefante – Jirafa”	Esta consiste en simular que los niños son un elefante o jirafa, de esta manera lograr que se motiven dentro de la sesión.		Fomentar el orden y la disciplina.
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se concluirá la sesión motivándolos para que sigan asistiendo. Se le indicara el día de la próxima sesión y se les entregara las fichas ganadas ese día.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 4 **Fecha:** 21/Mayo/2013 **Hora:** 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/10:00 am **Grupo #A y B**

HOJA DE PLANIFICACIÓN

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
5 min.	Saludo	Comenzar la reunión.	Oral	Dar la bienvenida al grupo. Se reforzó los conocimientos adquiridos de la sesión anteriores y se les pregunto si han cumplido con las recomendaciones de las actividades anteriores	-Humanos Terapeutas -Materiales -Lista de asistencia -Lapicero. -Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Asistencia participación
20 min.	Fase 1: Tarjetas de sentir y hacer.	Lograr reducir en cierta medida la agresión verbal y física en los niños/as.	Modelado	Cada uno de los niños dramatizara diversas agresiones.		Se espera que los participantes comprendan lo negativo de esas conductas.
25 min.	Fase 2: vacunación	proveer destrezas que fortalezcan psicológicamente a la persona al enfrentar situaciones comúnmente "debilitantes y bloqueantes"	Auto instrucciones racionales	Las Auto-Instrucciones Racionales están dirigidas a actuar, a pensar y a sentir de una forma mucho más apropiada en aquellas situaciones que normalmente nos "perturban" y en las cuales nuestra conducta interpersonal competente podría ser mucho menos efectiva.		Se le enseño al niño como utilizar auto mensajes racionales, positivos, lógicos y realistas. Que les ayuden a frenar o mantener comportamientos.
5 min.	Despedida.	Culminar la sesión.	Oral	Dar por finalizada la reunión e invitarlos para la próxima. Se le indicara el día de la próxima sesión.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 5 Fecha: 27/Mayo/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Dar por iniciada la sesión	Oral	Se les dará la bienvenida y se les recordara el número de sesiones que se lleva, En esta quinta sesión, se dio la bienvenida, agradeciéndoles por su presencia así como se retroalimenta las sesiones anteriores.	- Humanos Terapeutas - Materiales -Lista de asistencia	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: aprendizaje de auto instrucciones	Modificar las verbalizaciones internas	Modelado cognitivo	Enseñar al niño a través de estas instrucciones que debe utilizar ante aquellos problemas o situaciones en los que habitualmente fracasa: 1°- Definir el Problema: ¿Qué tengo que hacer? 2°- Guía de la Respuesta: ¿Cómo tengo que hacerlo? (despacio, pinta la raya hacia abajo....). 3°- Autorefuero: Lo estoy haciendo bastante bien. 4°- Autocorrección: En el caso de que no se alcance el objetivo propuesto, afrontar el error (si cometo un error puedo continuar. Iré más despacio.	-Lapicero. - Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores - Estudiantes	Se logró que el niño introduzca un cambio en su auto verbalizaciones para que, se modifique su comportamiento.
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se les agradecerá su asistencia. Se le indicara el día de la próxima sesión y se les entregara las fichas ganadas ese día.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 6 Fecha: 31/Mayo/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Iniciar la sesión	Oral	Se dio la bienvenida agradeciéndoles por su presencia, se preguntó sobre el aprendizaje de las sesiones anteriores.	- Humanos Terapeutas - Materiales	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: guía externa en voz alta.	Orientar y reforzar el tipo de lenguaje que el niño debe de tener para con sus compañeros y maestros.	Modelado	Dar instrucciones en voz alta al sujeto a modelar como este ha de enfrentar la situación aversiva.	-Lista de asistencia -Lapicero. - Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Se fortaleció la relación decir-hacer, es decir se le enseñó al niño que haga lo que dice.
5 Min.	Fase 2: Reorganizar	Ordenar el aula.	Grupal	Los niños ayudaran a ordenar las cosas del aula.		Fomentar el orden y la disciplina.
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se concluirá la sesión motivándolos para que sigan asistiendo. Se le indicara el día de la próxima sesión.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 7 Fecha: 04/Junio/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Iniciar la sesión	Oral	Se inicia la sesión, Se reforzó los conocimientos adquiridos de la sesión anteriores y se les pregunto si han cumplido con las recomendaciones de las actividades anteriores.	- Humanos Terapeutas - Materiales -Lista de asistencia -Lapicero.	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: Cuento la tortuguita	Lograr reducir la agresividad física y verbal como lo son: empujones e insultos y amenazas.	Modelado	Se les leerá el cuento de la tortuga, luego se pedirá que dramatizen la sensación de frustración, cabeza agachada, barbilla contra el pecho, brazos y puños cerrados a lo largo del cuerpo mientras cuenta, despacio, hasta diez. Todos tenemos que dramatizar la sensación de frustración, antes de tomar una decisión. Refuerzo positivo: Dibujar una tortuga. El caparazón de la tortuga estará cubierto de casillas que serán los puntos a conseguir (empezaremos con una tortuga con pocas casillas; posteriormente, dibujaremos otra tortuga con más casillas)	- Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Se logró trabajar las rabietas, gritos, llantos, malos modos de agresividad.
5 Min.	Fase 2: Despedida	Finalizar la Sesión	Oral	Se concluirá la sesión motivándolos para que sigan asistiendo. Se le indicara el día de la próxima sesión.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 8 Fecha: 10/Junio/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Iniciar la sesión	Oral	Se dará la bienvenida y se comenzara la sesión, retroalimentando lo realizado en las sesiones anteriores.	-Materiales -Lista de asistencia -Lapicero. -Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: Auto instrucciones encubiertas	Enfrentar la situación guiando su comportamiento a través de auto verbalizaciones encubiertas	Modelado	El terapeuta actúa como modelo y lleva a cabo una tarea que consiste en identificar frases de sí mismo/a. Luego sustituirla en positivo mientras se habla a sí mismo/a en voz alta sobre lo que está haciendo (modelado). El niño lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste. El niño lleva a cabo la tarea mientras se dirige a sí mismo en voz alta (autoinstrucciones en voz alta). El niño lleva a cabo la tarea de nuevo, mientras cuchichea las instrucciones para sí mismo (autoinstrucciones en voz muy baja). El paciente guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (autoinstrucciones encubiertas).		Se le enseñó al niño/a una rápida y eficaz forma de actuación para lograr el éxito en una determinada conducta.
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se dará por finalizada la sesión y se les invitara a la próxima. Se le indicara el día de la próxima sesión.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 9 Fecha: 13/Junio/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN
5 Min.	-Bienvenida	Dar por iniciada la sesión	Oral	Se les dará la bienvenida y se les recordará el número de sesiones que se lleva. Así mismo reforzando lo de las sesiones anteriores.	- Humanos Terapeutas - Materiales -Lista de asistencia	-Asistencia participación
20 Min.	Fase 1: Técnica de Relajación.	Lograr que a través de la técnica de relajación aprendan a controlar su conducta agresiva e incrementar su conducta positiva.	Entrenamiento autógeno.	Se les expresará a los niños que se quiten los zapatos y que se acuesten en el piso buscando una posición cómoda. Se les brindarán las instrucciones siguientes: cerrarán sus ojos y escucharán atentamente y realizar todo lo que el terapeuta indique.	-Lapicero. - Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Por medio de la técnica se logró promover el autocontrol y se les recomendó que practiquen lo aprendido en casa.
5 Min.	Despedida	Finalizar la sesión	Oral	Se les agradecerá su asistencia. Se le indicará el día de la próxima sesión.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 10 **Fecha:** 18/Junio/2013 **Hora:** 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am **Grupo # A y B**

HOJA DE PLANIFICACIÓN

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
5 min.	Bienvenida	Dar inicio a la sesión	Oral	Dar la bienvenida al grupo, y siempre recordarle el objetivo del programa	-Humanos Terapeutas -Materiales -Lista de asistencia -Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Asistencia de los participantes
20 min.	Fase 1: Tarjetas de verbalización encubiertas.	Sustituir las verbalizaciones inadecuadas por adaptativas.	Modelado	Enseñar a los niños a hablarse a sí mismos en cuanto a la solución de tarea y problemas escolares, se modelara las auto verbalizaciones encubiertas, en donde se utilizaran tarjetitas con frases instructivas a los niños. Por medio de esta actividad se les brindaran estrategias para resolver sus conductas de fracaso y hacer frente a nuevas situaciones comportamentales que puedan surgir.		Se modificaron las instrucciones encubiertas con la finalidad de alterar positivamente el comportamiento manifiesto.
5 min.	Despedida.	Culminar la sesión.	Oral	Dar por finalizada la reunión e invitarlos para la próxima. Se le indicara el día de la próxima sesión.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

“Diagnóstico y Modificación de la conducta agresiva a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual, en niños y niñas de primero a tercer grado del Complejo Educativo Sor Cecilia Santillana Ahuactzin de la Ciudad de San Miguel”.

Sesión: 11 Fecha: 20/Junio/2013 Hora: 7:30 am/8:30 am y 9:00 am/ 10:00 am Grupo # A y B

HOJA DE PLANIFICACIÓN

Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
5 min.	Saludo	Dar inicio a la última sesión.	Oral	Se les dará la bienvenida y se les recordará que es la última reunión.	-Humanos Terapeutas -Materiales -Lista de asistencia -Humanos Terapeutas: Emma Aguirre Karen Navarrete Claudia Flores	Asistencia a los participantes
25 min.	Autoevaluación.	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.		Los niños/as expresaron como se sintieron después de la participación de las técnicas.
25 min.	Refrigerio.		Grupal	Se compartirá un refrigerio con los niños como una forma de agradecimiento por su asistencia.		
5 min.	Despedida.	Clausurar el grupo psicoterapéutico.	Oral	Se agradecerá por la colaboración prestada y por la asistencia a las sesiones.		

ANEXO # 3

**RESULTADOS DE LAS
SESIONES**

RESULTADOS DE LAS SESIONES

Sesión 1:

Los grupos de estudiantes que participan se organizaron en grupos A y B; los del grupo A eran los alumnos del primer grado secciones A y B, y el grupo B, conformado por los alumnos del segundo grado secciones A y B, así como las secciones de tercer grado, a los cuales se les aplicó la misma actividad de la sesión 1 a los dos grupos.

Se motivó a través de la bienvenida, se presentó cada facilitadora, mencionando el objetivo del programa, se les manifestó a los niños que ellos son los actores principales para promover cambios en su conducta, después se procedió a la aplicación de primera actividad del programa terapéutico la cual es la intensión paradójica que consiste en trabajar las expresiones físicas en los niños, se le pidió a ellos que hicieran aquello que precisamente queríamos evitar, imaginando una situación en un aula donde un niño se niega sistemáticamente a efectuar o atender cualquier actividad escolar, dicha técnica se aplica con la finalidad de minimizar la conducta agresiva en los niños, y su vez se le concientizó sobre esa conducta. El resultado de esta actividad fue muy satisfactorio, los niños atendieron bien las indicaciones y se alcanzó el objetivo de la actividad, como por ejemplo atender las indicaciones del maestro, debido a que es una de las problemáticas más frecuentes para el docente expresando éste que es una dura prueba de paciencia la que experimenta.

Todos los participantes se auto conocieron por medio de la técnica psicoterapéutica de la tela araña se reunieron los niños/as formando un círculo, donde se les dio un bollo de lana, el cual lanzaron en diversas direcciones y el niño que agarrara el bollo de lana se presentaba, diciendo su nombre, edad, escolaridad, procedencia, sus habilidades positivas y este lo lanzaba a otro y así hasta formar una tela araña, en donde los niños se divirtieron y participaron. Se agradeció por la presencia, se estimuló con la rifa de un regalo y refrigerio, concluyendo así la sesión.

SESIÓN # 2:

Se inició recordándoles las indicaciones del programa, asimismo recibieron el saludo de bienvenida a cada uno de los niños y se le preguntó de cómo se sentían después de la primera actividad y si habían puesto en práctica las recomendaciones que se le dieron.

Posteriormente se realizó la actividad tiempo fuera, el objetivo de esta técnica era disminuir episodios de llantos, rabietas o travesuras subidas de tono, esta consistió en que el niño se retirara físicamente del espacio en donde se encontraba para trasladarlo a otro lugar en este caso fuera del aula, por un breve espacio de tiempo. Se obtuvo la participación y colaboración de cada uno de los niños y de la maestra, la técnica es útil también para la profesora para que practique la actividad dentro del aula de clase y así les ayude a disminuir la conducta agresiva en los niños, se le explicó el porqué de

realizar esta actividad y también para que lo practiquen siempre y cuando sea necesario.

Se terminó la sesión motivándolos para que sigan asistiendo. Se le indicó el día de la próxima sesión y se realizó la rifa de un regalo sorpresa.

SESIÓN #3:

En esta sesión, se retomó las actividades anteriores, como una forma de mostrar el interés que tiene para ellos el programa.

En la técnica “Auto instrucciones al niño”, con esta técnica se consiguió la sustitución de autoafirmaciones inadecuadas por otras más realistas y adaptativas. Aquí se realizaron preguntas como: ¿cuál es mi problema? Por ejemplo: Hacer algo que lo aterra. Se explicó como lo tiene que hacer, se le dijo que lo primero era estar tranquilo. Se le dijo que se iba llevar a cabo un plan: me voy a relajar, voy a intentar no ponerme nervioso, lo superaré y estaré bien, sé que lo puedo hacer, por lo menos voy a intentarlo. Siendo estas las auto instrucciones que se le brindaron a los niños y lograr con esto cambiar situaciones negativas a positivas.

Se realizó la dinámica “Elefante - Jirafa” se observó sus habilidades de participación generando entre ellos un momento de alegría al mismo tiempo de aprendizaje.

Se finalizó motivándoles para la próxima sesión, expresando la importancia de su presencia, se incentivó con la rifa de un regalo y luego se les despidió cordialmente.

SESIÓN #4:

Se reforzó los conocimientos adquiridos de la sesión anteriores y se les pregunto si han cumplido con las recomendaciones de las actividades anteriores, porque eran actividades para realizarlas todos los días y poder así ver resultados positivos del programa.

Seguidamente se realizó la actividad “vacunación” esta trata de proveer destrezas que fortalezcan psicológicamente a la persona al enfrentar situaciones comúnmente "debilitantes y bloqueantes”, por medio de auto instrucciones racionales, estas nos dirigen a actuar, a pensar y a sentir de una forma mucho más apropiada en aquellas situaciones que normalmente nos "perturban” y en las cuales nuestra conducta interpersonal competente podría ser mucho menos efectiva.

En respuesta a esta actividad expresaron sentirse alegres de poder cambiar una emoción negativa que muchas veces los hace enojar y sentirse mal, por una positiva en donde se sintieron muy contentos con ellos mismos.

Finalizando con la sesión de este día con la rifa de un regalo y refrigerio, se les invito para la próxima sesión donde quedaron muy motivados y con deseos de estar asistiendo siempre.

SESIÓN #5

En la quinta sesión, se dio la bienvenida, agradeciéndoles por su presencia así como se retroalimentó las sesiones anteriores, en donde hubo algunos niños/as que nos expresaron de que se sentían muy contentos porque sus padres los habían felicitado por mejora en su comportamiento, y animándolos asistir siempre a la terapia, esto con los niños del grupo B.

Posteriormente se procedió a realizar la actividad “Aprendizaje de auto instrucciones”, el objetivo de ésta es modificar las verbalizaciones internas que el sujeto utiliza ante aquellos problemas o situaciones en los que habitualmente fracasa, realizando respuestas inadecuadas para alcanzar el objetivo, se le enseñó al niño/a a través de las siguientes instrucciones: - Definir el Problema: ¿Qué tenía que hacer? - Guía de la Respuesta: ¿Cómo tenía que hacerlo? - Autoreforzo: Lo estoy haciendo bastante bien, - Autocorrección: En el caso de que no se alcanzara el objetivo propuesto, afrontar el error (si cometo un error puedo continuar. Lo hare mucho mejor la próxima vez. De esta manera se le enseñó al niño/a cómo debía de hacer para enfrentar una situación de enojo. Se finalizó con las palabras de agradecimiento, motivándoles para la próxima sesión, con un pequeño refrigerio.

SESIÓN #6:

Se dio la bienvenida agradeciéndoles por su presencia, se preguntó sobre el aprendizaje de las sesiones anteriores.

Se procedió a la aplicación de la actividad “Guía externa en voz alta.” Consistió en orientar y reforzar el tipo de lenguaje que el niño debe tener para con sus compañeros y maestros, se les brindó instrucciones en voz alta al sujeto a modelar como este ha de enfrentar la situación aversiva. Se les explicó que esta técnica trataba de disminuir las malas expresiones en ellos para con sus maestros, compañeros y familia, se les motivó a que se tomaran su tiempo antes de poder contestarles a las demás personas.

Se finalizó con la rifa de un regalo sorpresa y un pequeño refrigerio y así también motivándolos para que asistan a la próxima sesión.

SESIÓN #7

Se reforzó los conocimientos adquiridos de la sesión anterior y se les preguntó si han cumplido con las recomendaciones de las actividades anteriores, porque son actividades para realizarlas todos los días y poder así ver resultados del programa.

Se realizó la actividad “El cuento de la Tortuguita”, el objetivo de esta es reducir la agresividad física y verbal como lo son: empujones e insultos y amenazas hacia los maestros, compañeros y familia, Se les leyó el cuento de la tortuga, luego se les indicó que dramatizaran la sensación de frustración, cabeza agachada, barbilla contra el pecho, brazos y puños cerrados a lo largo del cuerpo mientras cuenta, despacio, hasta diez.

Todos dramatizamos la sensación de frustración, antes de tomar una decisión.

Refuerzo positivo: se dibujó una tortuga, el caparazón de la tortuga está cubierto de casillas en blanco que rellenaron con conductas positivas los puntos a conseguir (empezaremos con una tortuga con pocas casillas; posteriormente, dibujaremos otra tortuga con más casillas).

Por medio de esta actividad los niños se mostraron bien atentos y colaboraron ya que les gusto la enseñanza del cuento de la tortuguita, porque este deja al final una moraleja.

Finalizando con la sesión de este día con la rifa de un regalo y refrigerio, se les invito para la próxima sesión donde quedaron muy motivados y con deseos de estar asistiendo siempre.

SESIÓN #8:

Se reforzó los conocimientos adquiridos de la sesión anteriores y se les pregunto si han cumplido con las recomendaciones de las actividades anteriores.

Se trabajó con la actividad Auto instrucciones encubiertas, donde se hicieron declaraciones que se formularon sobre lo que es verdad y cierto o queremos que lo sea para los niños/as. Tienen por objetivo hacerlos sentir mejor y que tengan una actitud positiva ante la vida y creadora de su propia realidad. Las terapeutas actuaron como modelo y llevo a cabo una tarea que consiste en identificar frases positivas escritas en hojas de papel de sí mismo en la realización de una tarea como por ejemplo: golpear a mis compañeros y luego sustituirla en positivo mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo, por ejemplo: no golpear a mis compañeros (modelado).

El niño llevo a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por la terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de ésta. Al principio de esta actividad se le dificulto un poco entender las indicaciones, pero después de ver el ejemplo que sirvió de modelo al niño ellos entendieron y lo hicieron individualmente.

Finalizando con la sesión de este día con la rifa de un estímulo, se les invito para la próxima sesión y así motivarlos.

SESIÓN #9:

Se dio la bienvenida agradeciéndoles por su presencia, se preguntó sobre el aprendizaje de las sesiones anteriores.

Seguidamente se realizó la actividad de este día, que consistió en una técnica de relajación, Se les expuso a los niños que se tenían que quitar los zapatos y que se acostaran en el piso buscando una posición cómoda. Se les brindaron las instrucciones siguientes: cerraran sus ojos y escucharan atentamente y realizar todo lo que la terapeuta indicara. Esta técnica tuvo como fin que por medio de la relajación aprendan a controlar su conducta agresiva e incrementar su conducta positiva.

Al principio se dificultó que ellos se pudieran mantener tranquilos, pero poco a poco fueron colaborando con la actividad.

Se finalizó dándole las gracias por prestar atención y colaborar, se realizó la rifa de un pequeño estímulo, y se les invitó a la próxima sesión.

ANEXO # 4

LISTA DE ASISTENCIA DE LOS PARTICIPANTES

LISTA DE ASISTENCIA

N°	NOMBRES	Sesión #1	Sesión #2	Sesión #3	Sesión #4	Sesión #5	Sesión #6
1	Jefferson Flores Arévalo	✓	✓		✓	✓	✓
2	Jazmín Rivera	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Juan Gómez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Erick de Jesús	✓		✓	✓		
5	Luis Chávez	✓	✓		✓		
6	Josué Chávez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Carlos Sevilla	✓	✓		✓	✓	✓
8	Javier Sánchez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	Fátima Aguirre	✓	✓	✓		✓	✓
10	Jonathan Benavidez	✓					
11	Juan Francisco Cortez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	Juan Cortez Castellón	✓	✓		✓		
13	José Luis Vásquez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	Mario Aguilar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	Vidal González	✓	✓		✓		✓
16	Marcelo Fuentes	✓	✓				
17	Cristian Lozano	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	Bryan Pérez	✓	✓	✓	✓		
19	Leonel Fuentes	✓	✓	✓	✓		
20	Jaime Lozano	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	Edgar Martínez	✓	✓	✓	✓	✓	

22	Karina Arévalo	✓	✓	✓			
23	Rosalba Rivera	✓	✓	✓	✓	✓	✓
24	Cáterin Gómez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25	Yamileth de Jesús	✓					
26	Michel Chávez	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27	Agustín Canales	✓	✓	✓	✓	✓	✓
28	Carlos Molina	✓	✓	✓		✓	✓
29	Fidel Machado	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30	Víctor Guillen	✓	✓		✓	✓	✓
31	Jeffrey Rodríguez	✓	✓			✓	

ANEXO # 5

CRONOGRAMA DE

ACTIVIDADES DE TRABAJO

DE GRADO

**RONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABAJO DE GRADO:
 “MODIFICACION DE LA CONDUCTA AGRESIVA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO
 CONDUCTUAL EN NIÑO Y NIÑAS DE PRIMERO A TERCER GRADO DEL COMPLEJO EDUCATIVO SOR CECILIA
 SANTILLANA AHUACTZIN DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL, DURANTE EL AÑO 2013”.**

	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema	X																											
Visita a la institución		X																										
Revisión de literatura.		X	X	X																								
Construcción del Marco Teórico				X																								
Elaboración del plan de investigación					X																							
Elaboración de instrumentos						X																						
Validación de instrumentos							X																					
Aplicación de instrumentos									X																			
Entrega de primer informe										X																		
Tabulación de resultados											X	X																
Diseño del programa													X															
Aplicación del programa														X	X	X	X	X	X									
Elaboración del informe preliminar																			X	X								
Correcciones de Informe																				X								
Entrega del Informe Final.																					X							
Exposición de Trabajo de Grado.																							X	X				

ANEXO # 6

FOTOGRAFIAS



**En las presentes fotografías se muestran dos de las sesiones aplicadas en
El programa Psicoterapéutico con los participantes.**



Culminación del Programa Psicoterapéutico Grupo A.



Culminación del Programa Psicoterapéutico Grupo B.