



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

OFICINA DE POSGRADOS

Tema:

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TRASTORNO CONDUCTUAL EN
ADOLESCENTES DE LA UDAI PASTAZA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magister en
Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes**

Línea de Investigación:

CONDUCTA Y EMOCIONES

Autor:

César Alejandro Medina Vargas

Directora:

Mg. Dayamy Lima Rojas

Ambato - Ecuador

Noviembre 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **CESAR ALEJANDRO MEDINA VARGAS**, con cédula de ciudadanía **1717444119** autor del trabajo de graduación intitulado: "PROPUESTA DE INTERVENCION PARA TRASTORNO CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES DE LA UDAI PASTAZA", previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea Integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública se respeta los derechos del autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitios web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, se respeta las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, noviembre 2023



César Alejandro Medina Vargas

1717444119

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Tema:

**PROPUESTA DE INTERVENCION PARA TRASTORNO CONDUCTUAL EN
ADOLESCENTES DE LA UDAI PASTAZA**

Línea de Investigación:

CONDUCTA YEMOCIONES

Autor:

César Alejandro Medina Vargas

Dayami Lima Rojas, Psi. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Paul Marlon Mayorga Lascano, Psi. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psi. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Juan Carlos Acosta Teneda, P. PhD.

OFICINA DE POSGRADOS

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel. Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 



Ambato-Ecuador

Noviembre 2023

AGRADECIMIENTO

Por medio de las siguientes líneas quiero plasmar mi más profundo y sincero agradecimiento a todos quienes de una u otra manera han sido soporte técnico, emocional, humano y científico en este grato y educativo proceso de titulación.

Quiero agradecer en primer lugar a las instituciones que han hecho posible la realización del trabajo presentado en esta memoria de tesis, Las Unidades Distritales de Apoyo a la Inclusión Distrito 16D01 Pastaza, Mera Santa Clara, La Unidad Educativa Andoas, La Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe Camilo Huatatoca, La Unidad Educativa Andoas, La Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe Tsantsa. Gracias por la ayuda y confianza en mí depositada.

Muy especialmente a mi tutor y director de tesis la Dra. Dayami Lima Rojas, por la acertada orientación, el soporte y discusión crítica que permitió un adecuado aprovechamiento en el trabajo realizado.

De mis compañeros de maestría, agradezco especialmente a mi compañera de aula Karlita Coronel por esos buenos momentos que compartimos y que a pesar de la distancia se formó una verdadera amistad que se ha fortalecido a lo largo de este arduo pero grato proceso.

Finalmente, agradezco a mi familia por su comprensión, comunicación constante y apoyo desde donde sea que se encontrasen así lo sentí y así lo viví eternas gracias a todos ellos. De manera muy especial a mi compañera de vida, mi amiga, mi confidente, mi cómplice quien ha estado a mi lado compartiendo mis alegrías y angustias, por el estímulo para que me supere día con día, el apoyo incondicional y la ayuda de siempre en Elizabeth Arellano encontré las fuerzas necesarias para llegar hasta el final.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

A **Dios** quien ha sido mi guía, fortaleza, sostén y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres **César** y **Nancy** quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, gracias por enseñarme que el camino es duro, pero con esfuerzo y confiando siempre en Dios y mis capacidades, ¡los sueños se cumplen...!

A mis hermanas Pame y Gisse, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia Mis cuñados, mis sobrinos, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

De manera especial a mis tíos Wilson y Lupe que con su amor y su compañía he podido superar muchas de las dificultades que se han presentado en el pasar de mi vida gracias a ellos por confiar y creer en mí.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis amigos Darwin R, Danny O, Henry R, Juanito B, Christian V, Carlos S, Jonathan S, Santy A, Alejandro C, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad, mil gracias HERMANOS, siempre los llevo en mi corazón.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención para trastornos de conducta en adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza. La investigación es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo. La recolección de los datos se realizó con el cuestionario para la detección de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes ESPERI a 60 estudiantes entre 12 y 15 años de octavo a décimo curso. Los resultados de los factores de primer orden indican que el factor hiperactividad es el de mayor prevalencia en la población con una media total de 39,25 por rangos de edad y género, las niñas de 12 años obtienen una media de 85 que corresponde a un riesgo Alto. En el análisis categórico por factores predominan el nivel leve en el disocial (42%), mientras que en el nivel bajo predomina en Inatención / Impulsividad (43%), en Predisocial (50%) y en Hiperactividad (37%). En relación con los resultados de los factores de segundo orden, hay una media mayor en el segundo factor que comprende los factores inatención/impulsividad e hiperactividad. La propuesta de intervención posee un enfoque cognitivo conductual, está conformada por 10 sesiones desglosadas en una de diagnóstico, ocho de intervención y una final de evaluación. Específicamente se busca psicoeducar a los adolescentes sobre las conductas problemáticas, mejorar la gestión de emociones de los adolescentes y estimular los comportamientos adecuados a través de reforzamientos positivos.

Palabras claves: Trastorno de conducta; Adolescencia; Propuesta de intervención; Comportamiento disruptivo; Reforzamientos positivos.

ABSTRACT

The objective of this research was to design an intervention proposal for behavioral disorders in adolescents treated at the UDAI of Pastaza. The research had a quantitative approach, non-experimental cross-sectional design, and descriptive scope. Data collection was carried out with the ESPERI questionnaire to detect behavioral disorders in children and adolescents. This study included 60 students between 12 and 15 years old from eighth to tenth grade. The results of the first-order factors indicate that the hyperactivity factor has the highest prevalence in the population with a total average of 39.25. Whereas, by age and gender, 12-year-old girls obtained an average of 85, which corresponds to a High-risk. In the categorical analysis by factors, the mild level predominated in dissocial (42%), while in the low level, it predominates Inattention / Impulsiveness (43%), in Pre-dissocial (50%), and in Hyperactivity (37%). In relation to the results of the second-order factors, there is a higher mean in the second factor that includes the inattention/impulsivity and hyperactivity factors. The intervention proposal has a cognitive behavioral approach, it is made up of 10 sessions broken down into one diagnostic session, eight intervention sessions, and a final evaluation session. Specifically, it seeks to psychoeducate adolescents about problematic behaviors, improve adolescents' emotional management, and stimulate appropriate behaviors through positive reinforcement.

Keywords: *Conduct disorder; Adolescence; Intervention proposal; Disruptive behavior; Positive reinforcements.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1 Trastorno de la Conducta	5
1.2. Adolescencia	24
1.3. Intervención psicológica en adolescentes con trastorno de conducta	26
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	31
2.1 Tipo de Investigación.....	31
2.2 Población.....	33
2.3 Recolección de la información.....	34
2.4 Caracterización del UDAI	41
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1 Resultados de los factores de primer orden	42
3.2 Análisis de los factores de segundo orden	51
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	96

INTRODUCCIÓN

El trastorno de la conducta o del comportamiento es caracterizado por la frecuencia o constancia de las conductas repetitivas violentando las reglas sociales y los derechos de las personas, evidenciado en agresión hacia su grupo de pares, actos inapropiados, impulsividad en diferentes escenarios, absentismo en el contexto académico. Este tipo de comportamientos se ven reflejados en el ámbito familiar, educativo y laboral. La conducta se manifiesta a través de la justificación de la falta de recursos para atender las necesidades de estudiantes que presentan dificultades en el proceso de aprendizaje.

Mediante una investigación de tipo descriptivo realizada en el municipio de Santa Clara, Cuba, por Arribas, Gómez, Guillén y Ramirez (2020) se abordó sobre el manejo del trastorno de conducta a través de un estudio de caso. La muestra estuvo conformada por un caso único objeto de estudio para el cual se utilizó una guía para observar el comportamiento del sujeto en el desarrollo de diferentes actividades con el objetivo de apreciar su comportamiento individual y colectivo, así como obtener información para diagnosticar su estado afectivo-volitivo. La identificación de las potencialidades del entorno del sujeto para enfrentar esta problemática, tanto en él como en su familia, demostró la efectividad del método estudio de casos para el diagnóstico y manejo de los trastornos de conducta.

Otra investigación de revisión sistemática llevada a cabo desde el 2012 hasta el 2017 realizada por Villanueva y Ríos (2008) sobre el trastorno de conducta y sus factores protectores y de riesgo, afirma que los factores individuales y familiares son predominantes en el trastorno de la conducta. Las variables cognitivas y emocionales son más frecuentes en el factor individual y la calidad en la relación padre - hijo en el factor familiar.

Otra investigación llevada a cabo por Caba, Vicente, Saldiva, Rioseco, y Melipillán, (2011) sobre los trastornos de conducta y los factores asociados a la conducta

antisocial en adolescentes, toma en consideración los aspectos sociales, familiares, educativos e intelectuales. Esta investigación fue realizada a 200 estudiantes de sexo masculino, entre ellos la mitad internos de centros proteccionales y la otra mitad estudiantes. La investigación determinó los trastornos de conducta en 83 participantes y los factores que mostraron una asociación significativa fueron la conducta inapropiada verbal, el inicio de la vida sexual y el maltrato psicológico por parte del padre.

Un dato que llama la atención es el hallazgo de Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) en su investigación sobre los trastornos conductuales y sus factores de riesgo, indica sobre los perfiles de riesgo de los adolescentes en cuanto al trastorno de conducta, que el efecto de los estresores familiares es evidente en los trastornos de conducta de los adolescentes. Adicionalmente, se habla de la exposición al maltrato físico en el contexto familiar como un predictor de la conducta antisocial en niños y adolescentes. Esto es, que las situaciones que se dan a nivel familiar influyen y multiplican el riesgo de desatar conductas disruptivas.

Ya en Ecuador, en la ciudad de Portoviejo provincia de Manabí, Vera y Alay (2021) realizaron un estudio bajo un enfoque mixto apoyado en una metodología observacional descriptiva, que tuvo como propósito examinar los factores de riesgo que surgen en el contexto familiar y su influencia en la conducta antisocial de los adolescentes. Si bien la presente investigación trata sobre los trastornos de conducta, es indispensable recalcar que la mayoría de estos trastornos se caracteriza por conductas antisociales o fuera de la norma social, en ese sentido se considera elemental abarcar la influencia del contexto familiar en este tipo de comportamiento.

En la investigación se concluyó que no existe una diferencia significativa entre mujeres y hombres atendiendo a los antecedentes de estructura, convivencia y constitución del núcleo familiar. La repercusión del trastorno de la conducta se debe a cuestiones de carácter multifactorial y se manifiesta a través de: violación los derechos de otros, engaño, violación de las normas o reglas sociales, agresiones a personas, e

incumplimiento grave de las normas y disciplina.

Se ha identificado, en observaciones no sistematizadas, que los adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza presentan diversos trastornos conductuales asociados directamente con el estado emocional. Estos desajustes emocionales propios de la adolescencia han traído consigo una serie de conductas inapropiadas que han dado lugar a problemas más grandes como riñas, disputas, entre otros. Esto a su vez ha causado malestar en el profesorado y quienes se encuentran a la cabeza de velar por el bienestar, la seguridad y en general, el buen funcionamiento estudiantil.

En ese sentido, la delimitación de este problema científico se plantea de la siguiente manera: ¿Cómo mejorar los trastornos conductuales en adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza? La idea central es que a partir del diagnóstico e impresión inicial sea posible diseñar una propuesta de intervención para mejorar la conducta en los adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza y a su vez, brindarles estrategias con un enfoque cognitivo conductual que les permita gestionar de mejor manera sus emociones, saber manejar los conflictos internos a través del diálogo y la comunicación y minimizar los eventos problemáticos dentro de la institución.

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención para trastornos de conducta en adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza.

Objetivos específicos

- 1.- Fundamentar teórica y metodológicamente la intervención en trastornos de conducta en adolescentes.
- 2.- Diagnosticar los Trastornos de conducta en adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza.

3.- Determinar los criterios técnicos para el diseño de la propuesta de intervención en los trastornos de conducta de adolescentes atendidos en la UDAI de Pastaza.

Respecto a la metodología el trabajo de investigación se desarrolla en el marco del enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo. La población se encuentra constituida por 60 adolescentes de 12 a 17 atendidos en la Unidad Distrital de Apoyo a la Inclusión (UDAI) de Pastaza, que han sido identificados con trastornos en la conducta.

En todos los casos se solicita, previo a la recolección de datos, el consentimiento informado de los representantes legales y se solicitará el asentimiento de los participantes. El instrumento utilizado es el ESPERI, el cual detecta trastornos del comportamiento como son la desatención, impulsividad, oposicionista desafiante y el trastorno disocial. A partir de los resultados se diseña una propuesta de intervención con sesiones tanto individuales como grupales.

Justificación

El presente estudio aporta al estado del arte en cuanto a los trastornos de conducta. Por otra parte, se ha encontrado poca bibliografía o trabajos de investigación recientes relacionados con el tema, fundamentalmente de alcance descriptivo de la variable en estudio. Aunque la población de estudio se limita a la UDAI de Pastaza, los resultados de la investigación pueden ser utilizados como referentes teóricos y prácticos para unidades similares en el resto del país.

También tiene importancia práctica ya que, al identificar dificultades en el área del comportamiento del estudiante, es posible hacer una propuesta de intervención de índole conductual, con la ayuda de recursos psicopedagógicos, que puede ser implementada a futuro para mejorar los problemas diagnosticados. De manera especial resulta importante para la UDAI ya que son unidades donde acuden frecuentemente este tipo de casos a nivel nacional sin que existan estrategias de trabajo establecidas para el abordaje de este tipo de casos.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 Trastorno de la Conducta

El término trastorno es utilizado para evidenciar un comportamiento, conducta o grupo de signos y síntomas diagnosticables en la práctica clínica, que muchas veces suelen acompañarse de malestar o que en la mayoría de los casos van de la mano con malestar o interfieren en la cotidianidad del individuo (Hamui, 2019). En ese sentido, dicho trastorno puede estar representado por un conjunto de alteraciones de índole perceptiva, cognitiva, emocional o conductual, lo que puede estar afectando el normal desenvolvimiento de un sujeto.

El trastorno de la conducta consiste en la generación de un patrón repetitivo del comportamiento en el que no se respeta las reglas, derechos o normas básicas de convivencia social en un determinado contexto (APA, 2014). Este comportamiento afecta directamente al contexto donde se desarrolla el individuo poniendo en riesgo su estabilidad emocional y psicológica. Para Taracena, Ramos, Matute y Gonzáles (2014) “los problemas conductuales obstruyen el correcto desarrollo porque retrasa el aprendizaje de las habilidades académicas y sociales” (p.233). Esto conduce a pensar que la estabilidad social y académica de los individuos en sus respectivos campos de desarrollo no se encuentran en su normal funcionamiento.

Además, se puede decir que las alteraciones del comportamiento que surgen a partir de una conducta antisocial como el irrespeto a las normas, la irresponsabilidad social, la violación de los derechos del prójimo, o las agresiones físicas que trasgredan la norma social, en muchas ocasiones se dan debido a la pérdida de la capacidad de autocontrol del individuo, generando así un alto nivel de frustración (Soto, 2014).

Acerca de los trastornos del comportamiento, Rodríguez (2017) menciona que estos son una de las causas más comunes en los servicios de atención primaria en pediatría, estando entre los cuadros que se presentan con mayor frecuencia el trastorno de la

conducta (TC) o trastorno disocial (TD) y el trastorno negativista desafiante (TND). Los signos más evidentes de estos trastornos en la conducta humana son los que tienen que ver con el desafío y la oposición a la autoridad, así como la evidencia de rasgos de agresivos como la irritabilidad y enojos frecuentes los cuales pueden desencadenar situaciones problemáticas como berrinches, estallidos de ira, agresiones o destrucción de cosas, en general, la muestra de una conducta desadaptativa ante las normas sociales.

También brindan su aportación sobre los trastornos de conducta los autores Javaloyes y Redondo (2008), quienes mencionan que:

Dentro de los trastornos de conducta tenemos como patologías más frecuentes el trastorno negativista desafiante (o trastorno opositor desafiante), que aparece sobre todo en la primera infancia, y el trastorno disocial (característico de la adolescencia). La prevalencia de esta patología es alta, registrándose un aumento en los últimos años que nos ha llevado a cifras globales de entre un 4 y 7%. El diagnóstico se basa principalmente en la entrevista clínica y en la recogida de información del entorno escolar y las intervenciones tienen una efectividad muy limitada sobre todo porque se realiza una prevención terciaria, cuando se sabe que lo verdaderamente efectivo es la prevención primaria. (p.27)

Los trastornos de la conducta para Javaloyes y Redondo (2008), deben considerarse como aspectos de gran relevancia en el área de la salud mental por dos causas principales: la existencia de una alta prevalencia de los trastornos mentales y el buen manejo de estos por parte del profesional sanitario, el cual debe hacerse considerando en todo momento los diversos terrenos por los que transita el ser humano, sea este familiar, académico u otros. Los niños y adolescentes con trastornos de conducta manifiestan dificultades clínicamente significativas en múltiples áreas de la actividad diaria (académica, social, familiar, entre otras). Por lo tanto, dichas dificultades deben tratarse a tiempo para prevenir problemas de comportamiento criminal, deterioro de

las relaciones sociales y problemas de salud en etapas posteriores del desarrollo (Zhang & Sun, 2015).

La identificación de los factores protectores y de riesgo son de vital importancia para el diseño de investigaciones enfocadas en programas de intervención que permitan modificar los riesgos y fortalecer las características que contribuyen positivamente a la no manifestación de sintomatología del trastorno de conducta (Beckman, Janson & Von Kobyletzki, 2016). Cuando se habla acerca de los subtipos del trastorno de la conducta, se establecen por la edad de inicio del trastorno. Para explicar con mayor exactitud el inicio de los síntomas, se estima la presencia de estos con un retraso de dos años respecto a la edad real de inicio. Los subtipos pueden identificarse de forma leve, moderada o grave, además del subtipo de inicio no especificado donde, por falta de información, no se establece una edad real de inicio.

El trastorno de conducta, según Vega, Mendoza y Carmona (2020) se expresa “a través de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad y se asumen conductas de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa” (p. 62). Este trastorno va asociado a un malestar significativo en los sujetos o en otros individuos de su contexto (familia, amigos, compañeros de estudio) con una repercusión negativa en las áreas familiar, académica y social.

Cuando el trastorno de la conducta tiene inicio en las primeras etapas del desarrollo infantil, a menudo traen consigo conductas de agresividad en su comportamiento, por lo cual, las relaciones interpersonales de quienes lo padecen se ven afectadas. Los indicios permiten presumir la existencia del trastorno negativista desafiante durante la primera infancia, etapa en la cual suelen presentarse síntomas que cumplen con todos los criterios diagnósticos.

El trastorno de conducta de inicio adolescente tiene menor probabilidad de presentar comportamientos agresivos y tienden a mostrar mejora en el desarrollo de sus

relaciones interpersonales. La probabilidad de presentar trastornos de conducta con presencia de subtipo de inicio adolescente en edades adultas es menor, pero hay que mencionar que la proporción de personas con trastorno de conducta de género masculino comparado con personas de género femenino es mucho más equilibrada en el subtipo de inicio adolescente que en el subtipo de inicio infantil (APA, 2014).

Consecuencias de los problemas de conducta en el contexto educativo

Es importante mencionar que el trastorno de la conducta puede presentarse paralelamente con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y otras dificultades a nivel neurológico. Los individuos que presentan estos trastornos en la infancia, son más propensos a seguirlos padeciendo en edad adulta, a diferencia de aquellos cuyos síntomas se manifiestan en su adolescencia (Beckman et al., 2016).

Una de las consecuencias de los problemas conductuales es que agudizan los problemas en el aprendizaje, es decir, problemas que afectan la capacidad del niño de recibir, procesar, analizar o almacenar información (Canales, 2013). Los estudiantes con Trastorno de atención con hiperactividad pueden presentar alteraciones en el proceso de la atención, hiperactividad motora y deficiencias socio emocionales reflejadas en respuestas impulsivas, conductas manifiestas que pueden afectar el normal desarrollo de una clase (Villanueva & Ríos, 2008). Es por ello por lo que se requiere de una oportunidad educacional adecuada, exposición a la misma instrucción que el grupo de pares y competencia en el idioma de instrucción (First, 2015). De lo allí se desprende el porqué del estudio de la inatención/impulsividad e hiperactividad en los problemas de conducta.

De acuerdo con (Gimenez, 2014), en el TDAH se presenta frecuente actividad motora, impulsividad, falta de adaptación y problemas de comportamiento. Es decir, que los niños y adolescentes que sufren de este trastorno presentan agresividad, son desafiantes y desobedientes, son perturbadores y estos síntomas pueden, en algunos de los casos, convertirse en otras formas de conducta antisocial. Si bien estos

síntomas no pertenecen a un diagnóstico de trastorno de conducta, pueden generar conductas desadaptativas que amenacen la correcta convivencia entre pares.

Factores de riesgo para los trastornos de conducta

Los factores de riesgo de tipo temperamental son aquellos que se dan en el subtipo de inicio infantil y que se muestran con dificultades en el control y el coeficiente intelectual por debajo de la media específicamente en el área verbal. Existen otros factores de riesgo que se dan a nivel familiar, negligencia y el rechazo por parte de los padres, disciplina severa, crianza incoherente, abuso físico y sexual, cambios repentinos de domicilio, familias numerosas. Los factores de riesgo a nivel de comunidad se evidencian con el rechazo de los compañeros, asociación delincuencial, contexto en condiciones de violencia, Ambos tipos de factores de riesgo tienden a ser más frecuentes y graves entre los individuos con el subtipo de trastorno de conducta de inicio infantil (APA, 2014).

Existen factores de tipo genético y ambiental que influyen en el trastorno de conducta, aumentando el riesgo en infantes con padres biológicos o adoptivos o un hermano con trastorno de conducta, el trastorno se muestra con más frecuencia en niños con padres biológicos que presentan consumo de sustancias, trastornos depresivos, esquizofrenia o también padres biológicos con antecedentes de TDAH o trastornos de conducta.

Otro autor desarrolla con amplitud algunos de los factores de riesgo asociados a los trastornos destructivos, de control de los impulsos y de la conducta. En el caso del trastorno negativista desafiante, el autor diferencia entre los factores de riesgo individuales (emotividad negativa, enfado, frustración, desregulación emocional); los factores genéticos que menciona que los gemelos han estado mayormente predispuestos genéticamente a comportamientos de irritabilidad, síntomas depresivos y conducta desafiante; los factores de riesgo ambientales que incluye la privación económica, normas familiares caóticas, abuso o maltrato o violencia, sentimientos de inferioridad o actitudes de rechazo, negligencia, trastornos psicopatológicos, abuso de

sustancias u otros factores emocionales y sociales. Además, el ambiente escolar ligado a métodos de enseñanza inadecuados, abuso de autoridad, altos niveles de exigencia, expulsiones, permisividad, hechos traumáticos en el contexto educativo, aislamiento social y otros, pueden resultar como un factor de riesgo para el desarrollo de TDN. Desde el ámbito cognitivo, los factores de riesgo pueden ser problemas en el procesamiento de la información social, baja sensibilidad al castigo, dificultad en la resolución de problemas, deterioro de las funciones ejecutivas, entre otros. (Fernández & Villamarín, 2021)

En relación con el trastorno de conducta, según Fernández & Villamarín (2021) los factores de riesgo individuales están asociados a la agresividad y las conductas antisociales. Las complicaciones prenatales, la regulación emocional, dificultades en la adaptación, déficit en las funciones ejecutivas y bajo nivel de adaptación, bajo rendimiento académico e inadecuado procesamiento de estímulos emocionales. Desde lo social los antecedentes delictivos, la deprivación socioeconómica, prácticas educativas inadecuadas, abandono o abuso, modelos autoritarias, agresivos, permisivos; además situaciones de hostilidad y mal procesamiento del castigo. Uno de los factores de riesgo que más llaman la atención fueron la vivencia en barrios con menos recursos culturales aunado a las condiciones económicas adversas.

Clasificación de los trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta

Los trastornos de la conducta son varios al igual que su manifestación. El DSM V, brinda una categorización de los trastornos de la conducta los cuales se engloban dentro de los trastornos disruptivos que son los siguientes:

- El Trastorno Negativista Desafiante
- El Trastorno Explosivo Intermitente
- El Trastorno de la conducta

- El Trastorno Antisocial de la Personalidad
- La Piromanía
- La Cleptomanía
- Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado
- Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado

Trastorno Negativista Desafiante (TDN). El trastorno negativista desafiante es un cuadro que se puede evidenciar por la manifestación de un patrón repetitivo de conductas no cooperativas y desafiantes. De acuerdo con Vásquez, Fera, Palacios y De la Peña (2010) cuando los niños o adolescentes presentan este trastorno, se muestran irritables y hostiles con los demás, especialmente con las figuras de autoridad, a quienes se muestran con actitud de provocación ante las normas que ellos le dictan.

La manifestación de este trastorno tiene una gama de repercusiones en la vida social del adolescente, afecta negativamente las relaciones sociales con los pares, la familia o en la escuela. Según Vásquez y otro (2010) una de las consecuencias que se dan a partir del deterioro de las relaciones interpersonales son la baja autoestima, la poca tolerancia, frustración o depresión.

Aunque no es común en niños de corta edad, este trastorno puede empezar a mostrarse a partir de los 3 años, siendo un poco más frecuente a partir de los 8, sin embargo, es más visible en la adolescencia, previo a la pubertad. Los comportamientos que se presentan en este cuadro suelen durar relativamente por un periodo mayor a seis meses con variaciones de intensidad.

Los aspectos socioculturales que interfieren en el desarrollo de este trastorno y/o predisponen al adolescente a padecerlo, en gran medida, según menciona Vásquez y

otros (2010) es debido la inadecuada gestión de las emociones en entorno familiar, especialmente cuando alguno de los padres tiene episodios de depresión u otro trastorno del estado de ánimo o atraviesan por una serie de conflictos conyugales. No obstante, las causas no solo se deben al contexto familiar, sino que, puede obedecer a otros factores.

La actitud negativista del adolescente puede deberse a reacciones de un accidente, una enfermedad o un trauma, o también ser una defensa ante sentimientos rumiantes como la ansiedad, percepción de incapacidad o incompetencia, entre otros. Adicionalmente, los factores que contribuyen a originar el trastorno negativista son: los biológicos/fisiológicos que pueden ser de tipo neurofisiológico, psicofisiológico o bioquímico; y los del aprendizaje que se originan a partir de la imitación de conductas que ellos ven, mayoritariamente en el contexto familiar (gritos, golpes, castigos, actitudes negativas en general) (Vásquez et al., 2010).

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante proporcionados en el DSM – V de la APA (2014) son los siguientes:

- a) Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.

5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.

6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.

7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento
Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

b). Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

c). Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo (p. 244).

De acuerdo con el manual diagnóstico DSM – V, los tres criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante se resumen en irritabilidad junto a un patrón vengativo o desafiante manifiesto por al menos seis meses, malestar en las esferas sociales, educativas o profesionales del individuo o su familia y comportamientos no asociados a un cuadro psicótico, depresivo o bipolar pero tampoco asociado al consumo de sustancias.

El Trastorno Explosivo Intermitente (TEI). El trastorno explosivo intermitente es un trastorno en el que la persona pierde el control de sus impulsos. Es un cuadro en el que la persona que lo padece puede generar un efecto perjudicial sobre otra persona, sea este un daño físico o causar dolor. De acuerdo con Bustamante (2013) esta alteración hace que el adolescente intente perjudicar la integridad del otro, sea de manera física o verbal, es decir, que se manifiesta mediante una conducta agresiva o violenta inmediatamente después de un estímulo desencadenante a manera de crisis, las cuales pueden aparecer de manera espontáneamente.

Los factores que pueden desencadenar un episodio agresivo pueden estar asociadas a causas de origen biológico, psicológico, ambiental o farmacológico según refiere Bustamante (2013); sin embargo, debe tenerse especial cuidado al momento de diagnosticarlo para evitar las iatrogenias, más que nada debido a que un episodio de agresividad no necesariamente justifica un diagnóstico, considerándose que pudo haber sido un hecho aislado.

Si bien este trastorno es más común en adultos que en adolescente, cabe mencionar que la literatura muestra evidencia de este cuadro en en el contexto educativo. Eisenberg (2011) menciona que tanto niños como adolescentes que padecen este trastorno suelen tener ataques de ira y arranques de conductas agresivas que se manifiestan en primera instancia como rabietas aumentar la reacción de forma excesiva.

Criterios Diagnósticos

El DSM - V. propone los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno explosivo intermitente (TEI):

a) Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:

1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.

2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.

b). La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor

estresante psicosocial desencadenante.

c). Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

d). Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.

e). El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).

f). Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico (APA, 2014, p.245)

De acuerdo con el manual diagnóstico DSM – V, los seis criterios diagnósticos para el trastorno explosivo -intermitente son arrebatos con falta de control, desproporción del estallido de ira respecto al estímulo causante, impulsividad, alteración en el rendimiento del individuo en cualquiera de sus esferas, arrebatos no asociados con ningún otro trastorno mental y la edad de seis años al menos para ser diagnosticado.

El Trastorno de la conducta. El trastorno de la conducta, o también conocido como trastorno disocial, se reconoce por la presencia de conductas negativas de carácter disruptivo y que tienen la intención de ser transgresoras de lo socialmente normativo. De acuerdo con Extremera (2013) este trastorno puede tener su inicio en la infancia o la adolescencia, siendo poco probable que acontezca posterior a los 16 años de edad. Añade que, si este trastorno se inicia en la edad infantil, al menos debe visualizarse

una de las características antes de los 10 años al contrario de si su inicio es en la adolescencia.

Acerca de la gravedad de este trastorno, el cual podría ser leve, moderado o grave, siendo este último el que desencadena mayores problemas comportamentales que incluso extreman los parámetros sociales normativos. Uno de los síntomas más característicos de este trastorno es la falta de empatía, poca importancia a los sentimientos de los otros, reacciones violentas, escaso remordimiento ante el castigo, entre otros (Extremera, 2013).

Criterios diagnósticos

Entre los criterios diagnósticos para este trastorno, están:

a). Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños

graves.

9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.

11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).

12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

b). El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

c) Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial. (APA, 2014, p. 247)

De acuerdo con el manual diagnóstico DSM – V, los tres criterios diagnósticos para el trastorno de conducta son el irrespeto por los derechos del otro, malestar en las diferentes áreas del individuo y edad inferior a 18 años.

El Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). La conducta antisocial de la personalidad evidencia una serie de problemas en el desarrollo del niño y/o adolescente en sus diferentes ámbitos de acción. Está marcado por conductas antisociales sean o no agresivas, que incluyen la violación de las normas sociales y de los derechos de los demás. Este trastorno, a pesar de ser tipificado como un trastorno de personalidad, se encuentra muy relacionado a los trastornos externalizadores de la

conducta según se indica en el DSM V, por tanto, comparte características que pueden ser analizadas desde las dos vertientes.

Para Alvarado, Rosario, y García (2014) la conducta antisocial se envuelve en un conjunto de dimensiones que son la social, afectiva, cognitiva y conductual. Desde la esfera afectiva, este trastorno se caracteriza por la ausencia de sentimientos de culpabilidad y miedo y en la dificultad para entablar vínculos afectivos con las personas; desde lo social, un dato relevante que se asocia a la formación de este trastorno es el de la vivencia de maltrato en la infancia y el abuso de alcohol; en cuanto a la dimensión cognitiva, se descubrieron deficiencias cognoscitivas y en la dimensión conductual se habla sobre una serie de conductas antisociales en la niñez y la adolescencia que pueden dar paso al surgimiento de este trastorno, las que son agresiones físicas o psicológicas, ausentismo escolar, huida del hogar, ausentismo escolar y crueldad con los animales.

Cabe recalcar que, si bien este trastorno se diagnostica en la edad adulta, los indicios mencionados en combinación con los factores de riesgo permiten dar cuenta de conductas antisociales en la adolescencia e incluso en la niñez que pueden devenir en la formación de este trastorno.

Criterios diagnósticos

El DSM - V. propone los siguientes criterios diagnósticos para este trastorno:

- a) Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:
 1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa

para provecho o placer personal.

3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.

4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.

5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.

7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

b). El individuo tiene como mínimo 18 años.

c). Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

d). El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar. (p. 363)

De acuerdo con el manual diagnóstico DSM – V, los cuatro criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad son la vulneración de los derechos de los demás, evidencia del trastorno antes de los 15 años y 18 años para su diagnóstico, comportamientos aislados de trastornos de bipolaridad o esquizofrenia.

La Piromanía. La piromanía o también llamado comportamiento incendiario, es una conducta que se desarrolla en niños como adolescentes en la que se sienten atraídos por el fuego, con el cual se genera un ambiente de insensata curiosidad y posterior a ello, el deseo de experimentar con él. De acuerdo con Moreno (1994), menciona que este trastorno suele tener inicio en la infancia o en la adolescencia, siendo en el último caso más severo y destructivo. Menciona además que la incidencia se da mayoritariamente a edad de 17 años y se desarrolla generalmente por medio de una crisis del desarrollo.

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la piromanía se establece según los criterios que expresa el DSM V:

- a). Provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión.
- b). Tensión o excitación afectiva antes de hacerlo.
- c). Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
- d). Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias.
- e). No se provoca un incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio alucinación, ni como resultado de una alteración al juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], intoxicación por sustancias).
- f). La provocación de incendios no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial. (p. 249).

De acuerdo con el manual diagnóstico DSM – V, los cinco criterios diagnósticos para la piromanía se resumen en provocación de incendios con excitación al momento de provocarlos, que los incendios no tengan que ver con beneficios económicos, expresiones ideológicas o asuntos políticos o algún tipo de discapacidad intelectual y que el comportamiento no se explique mejor con otro trastorno de la conducta o episodios maniacos.

La Cleptomanía. La cleptomanía es una conducta relacionada al robo o hurto de objetos y está asociada a una conducta delictiva. Dannon y Berman (2013) agrupan tres características para explicar este fenómeno e indican: 1. La incapacidad de

resistirse al deseo de robar objetos innecesarios, 2. El incremento de la sensación de excitación previo al robo y 3. La vivencia del placer y gratificación al momento de cometer el robo.

Si bien este se trata de una conducta compulsiva al robo enmarcada en los trastornos de la conducta, para Dannon y Berman (2013) es necesario considerar las comorbilidades psiquiátricas. Esta premisa permite identificar que se trata de un trastorno con implicaciones en el trastorno de control de impulsos, el espectro obsesivo compulsivo, el espectro afectivo y la conducta adictiva según el mismo autor.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos que indican el DSM V para este trastorno son:

- a). Fracaso recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario.
- b). Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.
- c). Placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo.
- d). El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni en respuesta a un delirio o una alucinación. E. El robo no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial (p. 250).

De acuerdo con el manual diagnóstico DSM – V, los cuatro criterios diagnósticos para la cleptomanía son en resumen el constante impulso de robo de objetos y la tensión antes de hacerlo, placer al momento de cometer el hurto y que este no tenga que ver con situaciones de odio o venganza ni con otros trastornos de la conducta en episodios maníacos.

Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado. En el caso de esta tipificación, los síntomas del individuo son

característicos de un trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta con evidencia del malestar y deterioro en el área social, laboral u otra, sin embargo, no se cumple con todos los criterios para su diagnóstico. Se opta por esta tipificación en el caso de que el profesional de la salud mental comunique el motivo específico por el cual no se cumple con el trastorno en mención. (American Psychiatric Association, 2014)

Trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado. En esta tipificación al igual que la anterior, el individuo tiene una gran predominancia de signos característicos del trastorno destructivos, del control de impulsos y de la conducta, evidente malestar y deterioro en las diferentes áreas, sin embargo, lo que lo distingue del otro trastorno es que este caso se tipifica cuando el profesional opta por no comunicar el motivo por el cual se incumplen los criterios diagnósticos descritos en alguno de los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Una mirada estadística a los trastornos de conducta

Resulta indispensable conocer algunas propiedades numéricas acerca de los trastornos de conducta para poder tener varios puntos de vista del fenómeno y su complejidad. En el caso del trastorno negativista desafiante se conoce que es más común en varones que mujeres y es poco común en la infancia, situándose en una tasa de prevalencia entre el 2% y 10%, sin embargo, estos números varían en función de la edad, habiendo una mayor prevalencia en niños de 5 a 10 años (4.8%) (Argyris, 2017). Una investigación realizada en España por Emberley y Pelegrina (2011) menciona que en adolescentes entre 14 y 17 años se registran conductas disociales severas como vandalismo y agresiones en un 50 % y conductas de robo en un 25%.

La investigación llevada a cabo por Moreno & Del río (2011) con adolescentes entre los 12 y 16 años, mostró la evolución de los sujetos con TND y aportó como dato interesante que en el primer periodo del estudio se encontró a 394 adolescentes con

TND, posterior a cuatro años, la cifra había ascendido a 426. En lo que respecta a la edad, los 15 años es en donde se encontró una mayor amplitud de la sintomatología. Este dato permite reflexionar sobre la influencia de la edad en el desarrollo de estos cuadros de conducta problemáticos y así mismo, nos insta a escarbar sobre las causas que pueden ocasionar la creciente tasa de TND en los colegios.

En el caso del trastorno explosivo intermitente (TEI), una investigación llevada a cabo por Zapata y Palacio (2016), evidencia que este trastorno es más común en varones y la edad de inicio varía entre los 14 y 17 años. En tanto la prevalencia de este trastorno varía dependiendo de los criterios diagnósticos que se utilicen. Estos autores también mencionan que en estados Unidos, la prevalencia se estima en 7.3% mientras que en países como Cuba, Puerto Rico y México, la prevalencia se sitúa en 5.8%. El trastorno de la conducta, por su parte, cuenta con una prevalencia de 6 a 16% en varones y de 2 a 9% en mujeres. A pesar de que los varones están más predispuestos a padecerlo, las mujeres poseen consecuencias negativas específicas con un alto impacto en la vida como el caso de los embarazos adolescentes.

Teorías del trastorno de conducta

Un tipo de teoría que menciona Vásquez (2003) son las llamadas teorías del desarrollo social la cual indica que el conducta adolescente está influenciada por el vínculo social, primando los grupos más importantes para el individuo como es la familia, amigos, la comunidad entre otros. Por tanto, el desarrollo de conductas antisociales se da en función de lo social y puede agravarse frente a factores de riesgo que estan determinados más que nada por el entorno.

Por un lado está el modelo teórico sustentado sobre lo que se denomina *Development Crimonology* el cual explica el desarrollo y evolución de la delincuencia juvenil que se implanta en las primeras etapas como la infancia y la adolescencia para luego implantarse en la edad adulta. Y como contraparte, se encuentra la teoría general del crimen, quien da importancia a los procesos de autocontrol, lo que presupone la

evitación de comportamientos delictivos en la infancia y adolescencia. (Vásquez, 2003).

Quien coincide con el postulado de que la delincuencia se produce a través de la interacción social es Farrington (1992) citado por Vásquez (2003), quien añade además que, las personas de una condición socioeconómica baja o que hayan vivido en el seno de una familia de clase baja, son más propensas a la delincuencia debido a que tiene mayor dificultades para alcanzar sus metas. Además, el autor se expresa sobre la importancia de adquirir controles internos sobre comportamientos no aceptables por la sociedad ya que de no ser este el caso, estos tenderán a justificar sus actos antisociales.

1.2. Adolescencia

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por una variedad de transformaciones que dificultan o afectan aspectos trascendentales en las etapas del desarrollo evolutivo. El período transicional que se da entre etapas evolutivas tempranas y etapas evolutivas tardías transcurre entre la edad de 11 a 12 años y 18 años a 20 años aproximadamente, para lo cual se ha establecido subetapas en este periodo de desarrollo que consta de los siguientes intervalos: adolescencia temprana entre los 11 años y 14 años, adolescencia media entre los 15 años y 18 años y adolescencia tardía a partir de los 18 años de edad (Moreno, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), reconoció que la etapa de adolescencia se establece entre los 10 y 19 años, especificando que en esta etapa se produce un crecimiento de índole físico – biológico de manera acelerada acompañados de cambios cognoscitivos que se encuentran influenciados por el contexto en el que se desenvuelve el individuo. En la adolescencia suceden cambios biológicos universales que varían en sus características y duración entre una cultura y otra. En el transcurso del siglo pasado se han evidenciado cambios que se dan naturalmente en el desarrollo humano, particularmente el inicio temprano de la etapa conocida como

pubertad, la postergación y muchas veces ausencia de la edad adecuada para el matrimonio, el inicio inmediato o precoz de las actitudes y prácticas sexuales.

Etapas de la adolescencia

La adolescencia es una etapa con marcadas características ya que el término de la infancia se presenta con una gama de signos a los que los adolescentes han de acostumbrarse a lo largo de su etapa del desarrollo. A nivel biológico, psicológico o social, el adolescente presente cambios y, por tanto, su cuerpo cambia y su personalidad se va ajustando a su nueva edad, en tanto, su comportamiento también se va modificando por diferentes factores que pueden ser, inclusive, hormonales. Es por esto que amerita referirse a la importancia de esta etapa en el desarrollo y adquisición de patrones de comportamientos que puedan dar surgimiento a una conducta poco adaptativa, de manera que, es menester entender la dimensionalidad de las subetapas por las que transita este especial grupo etario (Guemez, Gonzáles, & Hidalgo, 2017)

Pubertad. Este término proviene del latín *pubere*, que traducido al castellano se entiende como pubis con bello; básicamente en este proceso se consolida la maduración total de glándulas suprarrenales y gónadas acompañado de mayor producción de masa ósea y muscular, así como también grasa corporal (Guemez, et al., 2017). De manera general se ha evidenciado que las mujeres manifiestan cambios físicos de manera expedita o hasta precoz que los hombres, debido a que en ellas se inicia la etapa de pubertad aproximadamente tres años antes que los hombres.

Adolescencia temprana. Se comprende en edades entre los 10 años hasta los 13/14 años, seguido de cambios físicos que se dieron lugar en la etapa anterior, aparecen cambios en el aspecto psicológico donde predomina la existencia del egocentrismo, el cual domina la infancia y disminuye su presencia de manera paulatina en la adolescencia hasta llegar a un pensamiento sociocéntrico (Gaete, 2015). En cuanto al aspecto psicológico aparecen características emocionales como labilidad

acompañada de cambios de ánimo y comportamiento cambiante que ocupan períodos cortos de tiempo donde la ausencia de control de impulsos es mucho más marcada, seguido de magnificación de determinadas situaciones, gratificación acompañada de la acción y la necesidad de privacidad como características psicológicas principales.

Adolescencia media. Desarrollada entre los 14-15 años a 16.-17 años. La investigadora Gaete (2015) concluye que el referente de esta etapa es el acentuado acercamiento afectivo al grupo de iguales y el alejamiento de la familia, lo cual marca la necesidad de redireccionar las relaciones interpersonales; esta misma autora da una pauta para comprender el desarrollo psicológico, donde incrementa el sentido de individualidad, aumenta la tendencia al aislamiento, posibilitando experimentar emociones de gran intensidad, desarrollo la capacidad de preocuparse por otros y examinar sus sentimientos. Existe un incremento en el razonamiento, pensamiento abstracto y creatividad dentro del desarrollo cognitivo; aumenta la capacidad de análisis y crítica, así como como las expectativas académicas.

Adolescencia tardía. Dentro de los 17-18 años a los 19-20 años. En este momento se termina de establecer la autonomía e identidad del adolescente si se cuenta con un apoyo familiar y de pares adecuados, lo que permitirá tranquilidad e integración de la personalidad; pero si, por el contrario, no se han superado los conflictos de las etapas anteriores, el adolescente puede llegar a desarrollar trastornos emocionales (Radzik, Neinstein, Gordón, Katzman y Woods, 2008). Dentro del desarrollo psicológico, la identidad individual se encuentra sustentada en sus varios aspectos; la autoimagen depende del propio concepto y no de terceros; se desarrolla aptitud para la toma de decisiones, reconociendo límites y limitaciones propias, las metas establecidas con realistas y logrables (Gaete, 2015).

1.3. Intervención psicológica en adolescentes con trastorno de conducta

La intervención en los trastornos de conducta presupone una solución eficaz para los problemas conductuales. Existen una variedad de modelos terapéuticos que es

indispensable conocer para que se pueda tener en cuenta que no todos los trastornos de conducta deben tratarse de la misma manera. Previo a la intervención es indispensable diferenciar qué trastorno posee el paciente adolescente para que la intervención sea efectiva. Además, adicional al tratamiento psicológico, es necesario que el adolescente cuente con un tratamiento psicopedagógico que debe integrar las adaptaciones necesarias en el ámbito educativo para mitigar estos problemas. A nivel psicológico, la importancia de una intervención se visualiza en efectividad de la aplicación de herramientas que permitan al individuo modificar la conducta (Rodríguez, 2017). Es necesario que cualquier tratamiento psicológico o psicopedagógico al que acceda el adolescente sea aplicado periódicamente para que surta el efecto deseado.

Uno de los enfoques para el tratamiento de los trastornos de la conducta que registra intervenciones más eficientes es el de la terapia cognitivo conductual. Según refiere Ruiz y otros (2012) las herramientas terapéuticas aplicadas desde este enfoque han logrado eficacia y efectividad en muchos problemas y trastornos. A pesar de que este modelo no cuenta con gran cantidad de principios teóricos y conceptuales, existe una amplia diversidad de técnicas, terapias y procedimientos para el tratamiento de algún trastorno.

Existen varias técnicas que pueden usarse en los problemas conductuales como las técnicas operantes ya sea para incrementar una conducta como para mantenerla (reforzamientos positivo o negativo); técnicas operantes para adquirir nuevas conductas (moldeamiento, encadenamiento e investigación/atenuación; técnicas operantes para reducir o eliminar una conducta (reforzamiento, extinción, castigo positivo o negativo, subcorrección). Además, existen varios programas como el de economía de fichas, el contrato de contingencias, mapas conceptuales y otras técnicas operantes y más. Estas técnicas deben ser aplicadas de manera individual y en función de la evaluación y las características de cada paciente. Se detalla algunas de las técnicas planteadas por Rodríguez, Álvarez y Hernández (2014):

El Contrato de contingencias es una técnica que se basa en el uso de reforzadores positivos, de manera que exista una devolución de la conducta positiva por parte del adolescente. Un ejemplo de ello es permitirle al adolescente realizar una determinada actividad o usar un dispositivo de su gusto bajo la idea de que este premio le permitirá motivarse y mejorar las calificaciones o la conducta en el aula (Rodríguez et al, (2014). Por su parte, Ruiz y otros (2012) indican que esta técnica consiste en establecer una especie de contrato en el cual se acuerde las conductas que se desea instaurar o eliminar según sea el caso.

Las técnicas de reforzamiento son aquellas en las que se le proporciona al adolescente un estímulo tras un comportamiento. El estímulo puede ser positivo o negativo, dependiendo del tipo de comportamiento sea positivo o negativo, permitiendo así que pueda tomar conciencia de que ante una conducta existe una consecuencia concordante a la conducta (Rodríguez, Álvarez & Hernández, 2014). Por su parte, Ruiz y otros (2012) indica que esta técnica se usa ya sea para afianzar un estímulo positivo o retirar un estímulo negativo posterior a una respuesta. De acuerdo a este autor existen varios tipos de reforzadores, pueden ser positivos que ayudan a mantener una conducta por medio de un estímulo agradable, o negativo, que manifiesta la probabilidad del mantenimiento de una conducta posterior al retiro de un estímulo negativo posterior a la conducta.

Además, también existen varios programas de reforzamiento que según refiere Ruiz y otros (2012) pueden ser reforzamientos continuos en el cual se presenta un reforzador siempre que se realice la conducta, de manera permita aumentar la cantidad de respuestas, especialmente en respuestas débiles; el reforzamiento intermitente donde el reforzador solo aparece de manera contingente, es decir, solo en algunos casos en donde se quiera generar una conducta.

La extinción es una técnica que se basa en ignorar las conductas revocatorias del adolescente sin que esto signifique ceder ante la insistencia. Esto debido a que si se cede se le da el mensaje al adolescente que mientras más presione con su

comportamiento, podrá obtener lo que el desea. Una reflexión loable acerca de la intervención es la propuesta por Serrat (2011), cuyo postulado menciona que actualmente la intervención conductual no solo se centra en la evasión de la conducta no deseada, o dicho de otro modo, la reducción de conductas poco adaptativas, sino que, centra sus esfuerzos en el desarrollo de nuevas habilidades y el potenciamiento de las capacidades ya adquiridas.

El moldeamiento es otra técnica que guarda especial similitud con el reforzamiento ya que en esta técnica se utilizan reforzadores, pero con un objetivo diferente. En este caso, se trata del uso de reforzadores para obtener una conducta meta, es decir, el logro de una conducta que puede ser simple o compleja. Esta técnica se utiliza regularmente para el desarrollo de competencias y habilidades en ámbitos deportivos, intelectuales, motrices u otros. (Ruiz et al, (2012)

El programa de economía de fichas es una herramienta que combina aspectos tanto de los reforzamientos como del castigo. Se trata de que posterior a una conducta deseable se pueda hacer entrega de un reforzador generalizado y se lo retire cuando la conducta no se la adecuada. Los componentes de este programa son: contar con una lista de conductas que se quiere modificar, socializar la cantidad de fichas que el niño o adolescente pueda ganar por cada comportamiento, una lista de reforzadores que puedan ser canjeados por un número de fichas o puntos que pueden ser objetos materiales o beneficios como por ejemplo recreo extra, y la identificación previa de las reglas. (Ruiz et al, 2012)

Si bien todas las técnicas mencionadas son mayoritariamente aplicadas a poblaciones infanto-juveniles, una alternativa para la intervención específicamente en adolescentes con trastorno de conducta es la que propone Serrat (2011) llamada la perspectiva conductual de sistemas. Esta perspectiva proporciona una visión holística de la problemática y se asienta sobre las premisas de que el problema no puede evaluarse desde una única variable, la intervención que se realice con el infante o adolescente puede conducir al reajuste de las relaciones intrafamiliares teniendo la seguridad de

que estas constelaciones son dinámicas y pueden cambiar a lo largo del tiempo.

Si la intervención se dirige al contexto escolar, Rabadán y Gimenez (2012) proponen usar una herramienta de observación que permita al docente y al orientador la realización de un cribado. Adicionalmente sugiere el autor, que es necesario el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario, sobre todo de los profesionales inmersos en el proceso educativo del adolescente.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo es de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal y alcances descriptivo. A continuación, se detallan cada uno de estos aspectos metodológicos.

Enfoque

El enfoque utilizado para la presente investigación es cuantitativo debido a que se recolectan datos numéricos para su posterior análisis. El enfoque cuantitativo permite que la investigación se desarrolle con datos objetivos y consecuentemente, su análisis. De acuerdo con Fernández, Fernández, y Baptista (2014) Este enfoque se lleva a cabo a través de un proceso riguroso en el que se estudian las variables a través de mediciones y se hace en través de métodos estadísticos que se seleccionan en función del alcance de estudio. En ese sentido, este estudio pretende medir el fenómeno de los trastornos de conducta en el aula para poder establecer una propuesta acorde a la necesidad del plantel y de los estudiantes.

Diseño

El diseño escogido para la presente investigación es el no experimental debido a que, no se manipulan las variables sino únicamente se realiza el análisis en función de las características y propiedades halladas en el curso de la interacción con las personas. La intención es en ese sentido, se encuentra limitada a recabar, analizar y describir los fenómenos para entenderlos, más no en inmiscuirse directamente en él. Para Fernández y otros, (2014) los diseños no experimentales sirven para observar los fenómenos tal cual se dan en su contexto originario y que se desenvuelven de manera natural.

Por su parte, Bernal, (2010) menciona sobre los diseños no experimentales que el investigador ejerce poco o nada de control sobre las variables de estudio y los

sujetos que participan en la investigación. En el presente estudio, si bien la variable corresponde a los trastornos de conducta, el investigador evaluará a los estudiantes sin intervenir en su comportamiento regular, además, el estudio se realizó en el mismo ambiente escolar de cada estudiante, de manera que el problema se pueda evidenciar de manera espontánea.

Alcance

El alcance de la investigación es descriptivo ya que se pretende describir a profundidad los trastornos de la conducta de los adolescentes. De acuerdo con Fernández y otros, (2014) el alcance descriptivo consiste en detallar cómo se desarrolla un fenómeno, suceso o situación. En ese sentido lo que se quiere es determinar las características del fenómeno para poder conocer a fondo cómo se manifiesta.

El propósito de una investigación descriptiva es describir la realidad que se está estudiando y todos los aspectos que la caracterizan, en otras palabras, se trata de esclarecer el fenómeno, hechos y situaciones en la que intervienen los sujetos para luego ser interpretada (Niño, 2011). El hecho de contar con una única variable permite que se pueda profundizar sobre este aspecto, siendo la intención final la de desarrollar una propuesta de intervención psicológica que sirva para atenuar los problemas de conducta en el aula. Debido a ello, el enfoque descriptivo es el que mejor se adapta a los objetivos de la investigación.

Corte

La investigación tiene un corte transversal, ya que se elabora en un tiempo específico que es el año 2023. Fernández et al. (2014) plantea que este corte permite describir las variables, su incidencia e interrelación en un momento determinado y único. En tanto Bernal, (2010) menciona que este tipo de estudios son factibles en áreas como psicología o educación dado que se requiere obtener información del objeto de estudio una única vez en un momento determinado. Bajo tal premisa, el presente estudio no pretende conocer la problemática de la conducta

y el aprendizaje en los adolescentes en diferentes periodos de tiempo, sino que se centra en el presente año, en el lugar previamente indicado.

2.2 Población

Las personas que se consideraron como participantes de esta investigación fueron 60 estudiantes atendidos por el UDAI de Pastaza y aunque se establecieron criterios de inclusión y exclusión, todos los integrantes los cumplieron por lo que no se realizó ningún tipo de muestreo. Los criterios que se tuvieron en cuenta fueron:

Criterios de inclusión

- Tener entre 12 y 15 años
- Ser estudiante de alguna de las unidades educativas del Distrito 16D01
- Contar con el asentimiento del participante y con el consentimiento informado del representante legal
- Responder completamente las pruebas

Criterios de exclusión

- Poseer algún déficit cognitivo moderado o grave

La población se encuentra distribuía por sexo, edades y cursos. La especificación se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1

Datos sociodemográficos

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sexo	Hombre	22	37.7
	Mujer	38	63.3
Edades	12	2	3.3
	13	34	56.7
	14	17	28.3
	15	7	11.7
Cursos	8vo	31	51.7
	9no	8	13.3
	10mo	21	35.0

Nota: nro. 60

En la población de estudio hubo un predominio del sexo femenino (66,7%) y con la edad de 13 años (56,7%), siendo la de menor representación los 12 años (1,67%). En cuanto al nivel los estudiantes de 8vo nivel fueron los de mayor presencia (51,7%) y los de 9no los de menor cantidad (13,3%).

2.3 Recolección de la información

Para la recolección de los datos, por tratar de población adolescente, se requirió de un consentimiento informado, una Ficha de Datos Sociodemográficos, instrumento de evaluación de los trastornos del comportamiento ESPERI

Consentimiento informado

El consentimiento informado es una herramienta que permite obtener el permiso de los padres o representantes legales de los adolescentes para que participen en el estudio, de tal manera que se tenga el consentimiento para levantar información de cada uno de los participantes por medio de los instrumentos. Este instrumento informa a los padres sobre los intereses de la investigación, así como sus objetivos, se clarifica que las intenciones son netamente académicas y se detalla el acuerdo

de confidencialidad. Adicionalmente, se especifican los riesgos y el tiempo que se llevará a cabo la investigación en la unidad educativa. Si mediante la información proporcionada en dicho documento los padres otorgan el permiso a su representado, se podrá levantar la información en el adolescente (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Cuestionario para la detección de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes ESPERI

El cuestionario para la detección de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes (ESPERI), fue desarrollado por Parellada, San Sebastián, Martínez, & Martín en el año 2004. El desarrollo de sus dimensiones se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE 10, y lo sustentan indicando que los trastornos del comportamiento de acuerdo a estos manuales se clasifican en tres tipos que son: el trastorno disocial o de conducta, el trastorno por déficit de atención o hiperactividad y el trastorno oposicionista desafiante. Lo mencionado justifica la razón por la cual, este cuestionario incluye el TDAH como trastorno de conducta y no del neurodesarrollo como ocurre en la actualización del DSM V.

Este cuestionario fue desarrollado para niños y adolescentes y es un instrumento tipo escala de Likert compuesto por 48 ítems que en conjunto evalúan los trastornos del comportamiento en el aula. Sin embargo, también existe un cuestionario que se aplica a padres y otro para profesores. Los indicadores que usa esta prueba para los adolescentes son cinco: Disocial, inatención-impulsividad, predisocial, psicopatía e hiperactividad.

Cabe mencionar que, si bien esta prueba permite identificar los trastornos de la conducta en adolescentes, cuenta con una excepción que es la del trastorno negativista desafiante TND. Esto según menciona Parellada, San Sebastián, Martínez y Martín (2004) se debe a que en los manuales diagnósticos tanto el DSM IV y el CIE10, y en otras fuentes de investigación del área, se evidencia que el surgimiento de este trastorno puede darse en edades previas a la adolescencia y que dicho cuadro puede evolucionar hacia otros trastornos disociales con el tiempo.

Para la aplicación del cuestionario se puede usar una plantilla, o según sea conveniente, un software que trabaja de manera digitalizada con el fin de facilitar su aplicación, sin embargo, hay que estar consciente que este no emite informes de manera automatizada. La calificación por su parte se obtiene de la suma de cada una de las subescalas, las cuales tienen sus respectivos centiles por sexo y rangos de edad.

Cuadro 1. Factores de primer orden del ESPERI

Disocial	Es también llamado conducta antisocial y está compuesto por conductas observables que transgreden las normas y derechos de los demás.
Inatención- Impulsividad	Está compuesto por conductas características comunes en el TDAH
Pre-Disocial	En este se encuentran conductas agresivas hacia otras personas que pueden ser tanto observables como encubiertas.
Psicopatía	Está caracterizado por la ausencia de empatía, egocentrismo y culpabilidad.
Hiperactividad	Este se caracteriza por una excesiva cantidad de actividad motriz y dificultades en relación con las tareas que se tiene.

Los factores de primer orden del cuestionario ESPERI son: disocial, Inatención-impulsividad, pre-disocial, psicopatía e hiperactividad.

Cuadro2. Macrofactores de segundo orden del ESPERI

Disocial	Está compuesto por los factores del primer orden de disocial y predisocial (Que excluye la agresividad) y la psicopatía
Inatención/Hiperactividad/Impulsividad	Reúne los tres componentes del TDAH

Los factores del segundo orden del cuestionario ESPERI son el disocial que engloba los factores de primer orden disocial, predisocial y psicopatía e inatención/hiperactividad/impulsividad.

Para la calificación del ESPERI, solo son válidas para calificación 48, ya que las restantes son preguntas de contenido positivo que lo que buscan es no predisponer respuestas en el evaluado. Las puntuaciones se obtienen de la suma de cada uno de los factores según los ítems que corresponden. En los factores de primer orden están: El Disocial cuyo puntaje se obtiene sumando los ítems 2,7,12,17,19,24,31,37,41,49,52,55; la inatención/impulsividad, cuyos resultados se obtienen de la suma de los ítems 1,4,8,11,13,18,20,28,33,38,43,47; el predisocial sumando los ítems 5,15,16,29,35,36,42,45,50; en la psicopatía se suman los ítems 3,9,27,54,56,57 y en el factor hiperactividad los ítems que se consideran son 6,22,23,26,32,40.

En tanto los puntajes de los factores de segundo orden se obtienen de la siguiente manera: El disocial (conductas antisociales) se obtiene mediante la suma de los factores de primer orden (disocial, predisocial, psicopatía) (29 ítems); y el puntaje del factor inatención, impulsividad e hiperactividad se lo obtiene de la suma de los factores de primer orden de impulsividad/inatención e hiperactividad (18 ítems).

La interpretación de los resultados se hace por medio de las tablas de los percentiles en donde se puede visualizar a qué tipología corresponde cada puntaje. Las normas de determinación se establecieron mediante rangos percentiles los cuales permiten determinar los niveles de gravedad, estos son: normal, leve, moderado y severo, los cuales fueron elaborados a partir de criterios estadísticos.

Una acotación relevante es que, en vista de la falta de datos de criterios clínicos para el establecimiento de los puntos de cortes, se debe considerar un caso de riesgo a los sujetos que estén por encima del centil 85. (Parellada et al., 2004).

Es necesario que las pruebas estandarizadas cuenten con un conjunto de propiedades psicométricas que sirven para garantizar su adecuación, las cuales se encuentran recogidas por los *Standards for Educational and Psychological Test*. Estas propiedades psicométricas se miden en función de validez, fiabilidad, análisis de los elementos y normas de interpretación.

Para la determinación de la fiabilidad del ESPERI, Parellada et al. (2004) tomó como base la teoría clásica de los tests; de manera que determinó la consistencia interna por medio del coeficiente de Alpha y calculando su media y varianza, así como los índices de discriminación calculados y la correlación. En tanto que, para determinar la validez, se hizo a partir de dos premisas, 1. “la evidencia de la estructura interna, por medio de procedimientos de análisis factorial exploratoria” y 2. “las relaciones con variables externas” (Parellada et al., 2004, p.18).

Los valores estadísticos que sustentan las propiedades psicométricas del ESPERI, fue determinado mediante un estudio a 1.206 estudiantes de secundaria entre los 11 y 18 años con una edad media de 13.05, desviación típica de 1,42, entre los cuales el 49.7% eran mujeres y el 50.3% varones. Con una correlación estadísticamente significativa (0.001), una varianza total del 43 % de los cinco factores (Parellada et al., 2004).

La validez del instrumento, Parellada et al. (2004) la analizaron mediante dos vertientes: la evidencia de la estructura interna y el análisis factorial. En ese sentido, se estableció un índice de Kaiser Meyer-Olkin muy alto, próximo a 1 (.931). Las correlaciones encontradas fueron estadísticamente significativas de acuerdo con la prueba de esfericidad de Barlett ($p < .001$). Los factores disocial y déficit de atención e hiperactividad impulsividad, mostraron una correlación importante (.50). De los 5 factores se explicó el 43% de la varianza total y para la saturación se toma en consideración la regla de 0.35-0.40 como nivel mínimo.

Posteriormente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2009) de España, hizo una evaluación del ESPERI con respecto a la validez a partir de la estructura interna y de un análisis factorial exploratorio para determinar la validez convergente en la escala de 12 a 17 años. Encontraron una alta correlación convergente de 0,81 y una consistencia interna de 0,85.

En Perú se desarrolló una investigación sobre la validez y fiabilidad de este instrumento, donde se obtuvo lo siguiente:

La validez por estructura interna se obtuvo por el método de análisis factorial confirmatorio, obteniendo en los índices de bondad de ajustes χ^2 2455.0, DF = 265, CMING/g1= 1.7, GFI = .91, CFI = .91, SRMR = .046, RMSEA = .04, AIC= 577.387. Con cargas factoriales entre .36 al .71. La confiabilidad se obtuvo a través de la consistencia interna Omega los cuales se obtuvieron un puntaje en los factores de Disocial = .74, Pre - disocial = .75, Hiperactividad = .68, Psicopatía = .66, Inatención – Impulsividad = .61 (Aquehua, 2018, p.10).

Este resultado indicó fiabilidad y validez del instrumento en una población peruana de 373 adolescentes entre 12 y 17 años, tanto hombres como mujeres. El alfa de Cronbach de la presente investigación arrojó un resultado de bajo de 0,25, probablemente debido a que ha sido calculado con 60 participantes para 57 ítems del instrumento. Como plantean Campos-Arias y Oviedo (2008) citado en Frías – Navarro (2022), con un criterio conservador se recomiendan mínimo 400 participantes para un análisis de consistencia interna ya que las muestras grandes disminuyen la posibilidad de error. Incluso, estos mismos autores plantean que, siendo flexibles, se puede trabajar con cinco participantes por cada ítem para escalas de 20 ítems, lo cual equivale a unos 100 o 200 participantes.

Procesamiento y para análisis de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Excel en donde en primera instancia, se realizó la base de datos que reúne toda la información recabada, seguido de ello, se realizó el análisis mediante el paquete estadístico

SPSS en su versión 29, el cual permitió triangular los datos sociodemográficos con las variables y extraer los descriptivos. La estadística descriptiva de la investigación se compone de la media como medida de tendencia central; las medidas de dispersión o variabilidad (desviación estándar, rango de variación: máximo, mínimo); y el análisis de datos categóricos con la distribución de frecuencias con sus respectivos percentiles.

La palabra “medir” de acuerdo con Becerra (2017) se aplica en las ciencias exactas para comparar una magnitud con otras, considerando los patrones numéricos que se repiten. En la investigación se usaron medidas nominales puesto que del instrumento se pudo extraer los baremos para el respectivo procesamiento de datos. La media sirve para representar el centro de gravedad o punto de equilibrio de los datos (Orellana, 2001).

Las medidas de dispersión son aquellas que “permiten retratar la distancia de los valores de la variable a un cierto valor central, o que permitan identificar la concentración de los datos en un cierto sector del recorrido de la variable” (Becerra, 2017, p.54). En este grupo se encuentran la desviación estándar y el rango de variación expresado en valores de mínimo o máximo.

La desviación estándar es una medida que refleja la dispersión de un grupo o población respecto a la media, en ese sentido, mientras mayor sea el número, la población está más dispersa respecto a su media y viceversa. Por su parte, el rango es la amplitud en la que varían los datos, esta distribución se expresa entre el valor mínimo y el valor máximo, de modo que para calcularlo solo es necesario el ordenamiento de los datos de mayor a menor o viceversa.

El análisis de datos categóricos es el que se encarga de analizar los datos en función de los atributos o categorías establecidas en la investigación. Si bien el análisis de datos categóricos no se trata de una medida específicamente, estas se organizan en tablas de contingencia o tablas de clasificación cruzada según refiere Acuña (2004), las cuales constan del conteo de las frecuencias y sus percentiles.

La frecuencia, como ilustra Dagnino (2014), “es la relación entre el número de individuos que en un momento determinado presentan la característica y el número total de los individuos que constituyen la muestra” (p. 112). Esta medida permite que se pueda visualizar la cantidad de personas que corresponden a una determinada variable o categoría. En el caso de la presente investigación, las tablas de contingencia se hicieron en función de los datos sociodemográficos sexo, edad y curso.

2.4 Caracterización del UDAI

Las Unidades Distritales de Apoyo a la Inclusión o UDAI son implementadas gracias al Ministerio de Educación. Se ha logrado implementar alrededor de 140 unidades a nivel nacional, las cuales cumplen el objetivo de fortalecer la educación especializada, pudiendo garantizar el acceso, permanencia, participación y aprendizaje de niñas, niños y jóvenes que cuenten con necesidades educativas específicas, asociadas o no a discapacidad. Las UDAI son instancias técnico/operativas que brindan apoyo técnico, metodológico y conceptual mediante equipo profesional capacitado, de modo que podrán disminuir o eliminar diversas barreras que puedan presentar para el aprendizaje y participación de las actividades.

La misión de las UDAI es generar la inclusión educativa en niños, niñas y jóvenes con necesidades específicas, dando preferencia a jóvenes en situación o riesgo de exclusión, marginación o abandono de procesos educativos. Esta unidad se centra en evaluar, asesorar e intervenir psicopedagógicamente mediante diversos programas educativos para poder lograr una verdadera inclusión del menor y facilitar su aprendizaje (Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades, 2019).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Resultados de los factores de primer orden

Se presentan los resultados de los factores de primer orden que son cada uno de los factores de manera individualizada: el disocial, inatención/impulsividad, pre-disocial, psicopatía e hiperactividad. Se presenta los descriptivos correspondientes por género y edad, pero también, dado que el cuestionario se aplicó en el contexto escolar, se muestran las tablas clasificadas por cursos. Adicionalmente, para presentar los resultados se tomó en cuenta los indicadores propuestos en el instrumento que son: leve, bajo, moderado y severo

Tabla 2
Datos descriptivos de los factores de primer orden del cuestionario ESPERI

Factores	Medias por género y edad						Media total	Mín	Máx	DE
	12 años		13 y 14 años		15 años					
	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños				
Disocial	45	45	24.8	41.7	25	38.8	31,22	1	95	30,870
Inatención /Impulsividad	55	45	35.8	35.3	42.5	38.3	36,70	1	95	24,439
Predisocial	25	5	27.2	27.8	23	30.3	26,78	1	90	25,243
Psicopatía	5	25	26.8	19.2	33	41.7	25,25	1	95	26,323
Hiperactividad	85	5	39.7	32.2	70	31.7	39,25	1	95	31,020

Nota: nro. 60

En relación con los factores de primer orden, el factor hiperactividad posee la mayor media total de todos los factores (39.25) con una desviación estándar de (31.020) lo cual coincide con los resultados de Maldonado, (2017) que también evidencia una media mayor en el factor hiperactividad con una desviación estándar de 42.08. Sin embargo, si se realiza un análisis por grupos de género y edades los resultados del factor disocial evidencian mayor presencia en el grupo de hombres y mujeres de 12 años lo cual discrepa de los resultados de Jodra, Navarro, Tortosa, Helliz, & Loasa, (2014) que visualiza este factor en los hombres con edades entre 15 y 17 años. El factor inatención/impulsividad posee la mayor media en el grupo de

mujeres de 12 años (55) lo cual discrepa con lo planteado por Villa, (2020) cuyos resultados ponen a este factor con mayor presencia en hombres con edad de 18 años; el factor predisocial posee se visualiza más en hombres de 15 años (30.3) lo cual coincide con lo planteado por Jodra y otros, (2014) con una media de 19.80 en hombres entre 15 y 17 años; el factor psicopatía, posee la mayor media en el grupo de hombres de 15 años (41.7) lo cual coincide con lo planteado por Villa, (2020) y finalmente, el factor hiperactividad tiene mayor presencia en el grupo de mujeres de 12 años con una media de 85 lo cual discrepa con Villa, (2020) que en este factor la media tiene mayor presencia en hombres de 18 años.

Análisis categórico de los factores de primer orden

Tabla 3
Resultados categóricos de los factores de primer orden

Categorías	Disocial		Inatención impulsividad		Predisocial		Psicopatía		Hiperactividad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Leve	25	42	9	15	19	32	25	42	15	25
Bajo	13	22	26	43	30	50	20	33	22	37
Moderado	16	27	21	35	5	8	11	18	13	22
Severo	6	10	4	7	6	10	4	7	10	17

Nota: nro. 60

En el factor disocial, la muestra se encuentra mayoritariamente en un nivel leve (42%) seguido de un nivel moderado con el 27% lo cual discrepa de los resultados de Guayanay, (2022) que evidencia mayor presencia de este factor en el nivel severo con 97.14%. En el factor Inatención / Impulsividad el mayor porcentaje (43%) está en el nivel Bajo lo cual coincide con lo planteado por Guayanay, (2022) que evidencia en su trabajo mayor presencia de este factor en el mismo nivel (50%); en el factor Predisocial predomina el porcentaje de nivel Bajo (50%) lo que discrepa con Guayanay, (2022) que evidencia en su trabajo mayor presencia de este factor en el nivel moderado (35.71%); respecto al factor Psicopatía, el nivel Leve es el que agrupa al mayor porcentaje (42%) lo que discrepa con Guayanay, (2022) que evidencia mayor porcentaje en el nivel severo (78.57%) y por último, en el factor

hiperactividad, en el cual predomina el nivel Bajo en el 37% con lo que coinciden los resultados de Guayanay, (2022) con mayor presencia en este factor con el 47.14%. En general es favorable que los mayores porcentajes se sitúan en los niveles leve y bajo, no obstante, en todas las dimensiones hay incidencia de casos en los niveles moderado y severo, aunque en menor cantidad.

Resultados categóricos por datos sociodemográficos de los factores de primer orden

Análisis por Género

Tabla 4
Resultado de factor Disocial por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	7	32	2	5
Bajo	9	41	17	45
Moderado	4	18	17	45
Severo	2	9	2	5

Nota: nro. 60

En relación con el sexo, las conductas disociales se evidencian con mayor presencia en las mujeres en los niveles bajo y moderado equitativamente. (45% c/u). El nivel severo de estas conductas posee un porcentaje bastante inferior tanto en hombres como en mujeres (2%).

Tabla 5
Resultado de factor Inatención / Impulsividad por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	9	41	10	26
Bajo	12	55	18	47
Moderado	1	5	4	11
Severo	0	0	6	16

Nota: nro. 60

Las conductas de inatención e impulsividad se evidencian con mayor peso en un nivel el grupo de hombres, pero también es el de mayor peso en el grupo de mujeres. En este factor no se encuentra severidad en los hombres, sin embargo, las mujeres poseen el 16% de severidad, porcentaje que supera el nivel moderado,

Tabla 6
Resultado de factor Predisocial por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	7	32	18	47
Bajo	7	32	13	34
Moderado	8	36	3	8
Severo	0	0	4	11

Nota: nro. 60

El factor predisocial es más evidente en mujeres con el 47% en un nivel leve, sin embargo, en el grupo de hombres, este nivel se evidencia en mayor medida y con peso igualitario en el nivel leve y bajo (32% respectivamente). La severidad en este factor solo se evidencia en mujeres con el 11%.

Tabla 7
Resultado de factor Psicopatía por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	9	41	6	16
Bajo	8	36	14	37
Moderado	3	14	10	26
Severo	2	9	8	21

Nota: nro. 60

El factor psicopatía en los hombres evidencia mayor proporción en el nivel leve con el 41%. En las mujeres, el nivel bajo es el que tiene mayor representación en la muestra con el 37%. También es interesante observar que hay mayor cantidad de mujeres en el nivel severo (21%) que hombres (9%).

Tabla 8
Resultado de factor Hiperactividad por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	8	36	10	26
Bajo	9	41	12	37
Moderado	5	23	11	26
Severo	0	0	5	21

Nota: nro. 60

Las conductas hiperactivas tienen mayor presencia en el grupo de hombres en un nivel bajo (41%), seguido de las mujeres en el mismo nivel (37%). En los hombres no se registra nivel de severidad en estas conductas, sin embargo, el porcentaje de las mujeres en nivel severo es alto respecto a otros niveles en los hombres, pero el más bajo en el grupo de mujeres (21%).

En general se puede apreciar que en tres dimensiones (Inatención/Impulsividad; Hiperactividad y Predisocial) ningún hombre se sitúa en el nivel severo, sin embargo, sí hay representación de las mujeres en todos los niveles en cada uno de los factores de primer orden.

Análisis por Edad

Tabla 9
Resultado de factor Disocial por Edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	21	41	4	57
Bajo	2	100	9	18	2	29
Moderado	0	0	15	29	1	14
Severo	0	0	6	12	0	0

Nota: nro. 60

Por grupo de edades, se puede ver que las conductas disociales están más presentes en el grupo de 12 años en el nivel bajo, sin embargo, esto puede deberse

por el tamaño de la muestra, no obstante, es grupos más homogéneos, estas conductas se evidencian más en los adolescentes de 15 años en el nivel leve. La severidad solo se evidencia en el grupo de 13 y 14 años con un 12%.

Tabla 10
Resultado de factor Inatención/Impulsividad por Edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	9	18	0	0
Bajo	2	100	21	41	3	43
Moderado	0	0	18	35	3	43
Severo	0	0	3	6	1	14

Nota: nro. 60

La inatención e impulsividad al igual que el factor anterior, por el tamaño de la muestra se evidencia mayoritariamente en el grupo de 12 años en un nivel bajo, sin embargo, también tiene bastante peso en el grupo de 15 años en niveles bajo y moderado. Solo existe conductas severas de este factor en los adolescentes de 13 -14 y 15 años, siendo este último el más alto en este nivel (14%).

Tabla 11
Resultado de factor Predisocial por Edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	18	35	1	14
Bajo	2	100	23	45	5	71
Moderado	0	0	5	10	0	0
Severo	0	0	5	10	1	14

Nota: nro. 60

En el factor predisocial se repite la fórmula, siendo el grupo de 12 años quienes tienen mayor presencia de este factor en el nivel bajo seguido del grupo de 15 años con un porcentaje alto (71%) en el mismo nivel. Nuevamente el nivel severo se observa en las edades de 13 -14 y 15, teniendo este último un porcentaje de 14%.

Tabla 12
Resultado de factor Psicopatía por Edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	1	50	24	47	0	0
Bajo	1	50	15	29	4	57
Moderado	0	0	9	18	2	29
Severo	0	0	3	6	1	14

Nota: nro. 60

Del factor psicopatía se pudo extraer que los adolescentes de 15 años son los que poseen mayores conductas de este tipo en un nivel bajo con el 57%, seguido de los adolescentes de 12, en los niveles leve y bajo (50% c/u). El nivel severo es nuevamente encontrado mayoritariamente en el grupo de 15 años con el 14%.

Tabla 13
Resultado de factor Hiperactividad por Edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	15	29	0	0
Bajo	1	50	19	37	3	43
Moderado	1	50	8	16	3	43
Severo	0	0	9	18	1	14

Nota: nro. 60

Las conductas hiperactivas son más evidentes en el grupo de 12 años, en los niveles bajo y moderado (50% c/u), seguido del grupo de los 15 años en los mismos niveles (43% c/u). Este factor marca la diferencia del patrón, ya que aquí hay mayor peso de las conductas severas en el grupo de 13-14 (18%) seguido del grupo de 15 años (14%). A diferencia de los demás factores en donde predominaba el grupo de 15 seguido de los de 13-14.

En general por edades, se aprecia que los estudiantes de 12 años siempre se sitúan en mayor porcentaje en nivel bajo en todos los factores, a excepción del factor Hiperactividad donde el 50% está en el nivel bajo y el 50% en Moderado. En ningún

factor hubo estudiantes de esta edad en nivel severo. En los de 13 y 14 en todos los factores hubo un predominio de nivel Leve y Bajo y en todos los factores hubo algún porcentaje de nivel severo. Por último, en los de 15 años, solo en el factor disocial no hubo ningún porcentaje en nivel severo, mientras que en el resto de los factores hubo un predominio de los niveles Bajo y Moderado.

Análisis por Curso

Tabla 14
Resultado de factor Disocial por Curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	12	39	4	50	9	43
Bajo	7	23	1	13	5	24
Moderado	8	26	1	13	7	33
Severo	4	13	2	25	0	0

Nota: nro. 60

En cuanto al factor disocial por curso, se evidencia que tanto en el grupo de octavo, noveno y décimo predomina el nivel Leve con un 39%, 50% y 43% respectivamente. El nivel severo de este factor se presenta en estudiantes de 8vo (13%) y 9no (25%).

Tabla 15
Resultado de factor Inatención / Impulsividad por Curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	8	26	1	13	0	0
Bajo	14	45	4	50	8	38
Moderado	7	23	3	38	11	52
Severo	2	6	0	0	2	10

Nota: nro. 60

En los cursos de 8vo y 9no los mayores porcentajes están en el nivel Bajo (45% y 50% respectivamente), mientras que en 10mo el mayor porcentaje está en el nivel Moderado (52%). El nivel severo está presente solo en 8vo y en 10mo con un 6% y 10% respectivamente.

Tabla 16
Resultado de factor Predisocial por Curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	9	29	3	38	7	33
Bajo	16	52	3	38	11	52
Moderado	3	10	0	0	2	10
Severo	3	10	2	25	1	5

Nota: nro. 60

El factor predisocial predomina en estudiantes de los tres cursos (8vo, 9no y 10mo) en el nivel Bajo con el 52%, 38% y 52% respectivamente). En el grupo de 9no curso se evidencia el mismo porcentaje en el nivel Leve y bajo (38% c/u). El nivel severo del factor predisocial se presenta en mayor medida en 9no curso en el 25%, seguido de 8vo año (10%) y 10mo año con el 5%.

Tabla 17
Resultado de factor Psicopatía por Curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	18	58	1	16	6	29
Bajo	6	19	5	63	9	43
Moderado	4	13	2	25	5	24
Severo	3	10	0	0	1	5

Nota: nro. 60

El factor psicopatía en 8vo curso incide más en el nivel Leve en el 58%; en 9no el mayor porcentaje (63%) está en nivel Bajo al igual que en décimo curso (43%). El nivel severo tiene mayor presencia en 8vo curso con el 10% seguido de décimo curso con el 5%. En 9no curso ningún estudiante se sitúa en ese nivel.

Tabla 18
Resultado de factor Hiperactividad por Curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	11	35	2	25	2	10
Bajo	11	35	5	63	7	33
Moderado	5	16	1	13	6	29
Severo	4	13	0	0	6	29

Nota: nro. 60

La hiperactividad se encuentra en los adolescentes de 8vo mayoritariamente en el nivel Leve y Bajo, ambos en un 35%; en 9no curso predomina este factor en un nivel Bajo en el 63% y en 10mo el mayor porcentaje (33%), está en el nivel Bajo. El nivel severo está presente en 8vo y 10mo en el 13% y 29% respectivamente.

De manera general, por cursos, se puede apreciar un predominio de los niveles Leve y Bajo. El nivel severo, que es el más desfavorable, no está presente en 9no en las dimensiones Inatención / Impulsividad, Psicopatía ni Hiperactividad. Por su parte en los de 10mo no hay ningún porcentaje de estudiante en nivel severo en el factor Disocial, mientras que los de 8vo tienen porcentajes en todos los niveles de cada uno de los factores.

3.2 Análisis de los factores de segundo orden

Tabla 19

Resultado de los factores de segundo orden

Factores	Medias						Media total	Mín	Máx	DE
	12 años		13 y 14 años		15 años					
	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños				
1er Factor	5	25	26.8	19.3	18	22.3	23.33	1	95	26.98
2doFactor	85	45	38.5	33.4	55	31.7	38.63	1	95	31.48

Nota: nro. 60

En relación con los resultados de los factores de segundo orden, se evidencia que hay una media mayor en el segundo factor que comprende los factores inatención/impulsividad e hiperactividad. En tanto si analizamos las medias por factores sociodemográficos, la media mayor se evidencia en el segundo factor en el grupo de niñas de 12 años (85), seguido de las niñas de 15 años en el mismo factor (55). El primer factor que comprende los factores: disocial, predisocial y psicopatía se evidencia con una media mayor en el grupo de las mujeres de 13 y 14 años (26.8) seguido de los hombres de 15 años (22.3).

Análisis categórico de los factores de segundo orden

Tabla 20

Resultado categórico de los factores de segundo orden

Categorías	1er factor		2do factor	
	f	%	f	%
Leve	26	43	17	28
Bajo	21	35	16	27
Moderado	11	18	19	32
Severo	2	3	8	13

Nota: nro. 60

En relación con los factores de segundo orden por categorías, se observa que el primer factor, conformado por la sumatoria de los factores disocial, predisocial y la psicopatía, tiene mayor presencia en el nivel leve (43%) y el segundo factor, conformado por la sumatoria de Impulsividad /Inatención e Hiperactividad, en el nivel moderado (32%). El nivel severo de los factores de segundo orden se encuentra mayoritariamente en el segundo factor con el 13%.

Análisis categórico de los factores de segundo orden por datos sociodemográficos

Análisis por género

Tabla 21

Resultado categórico del primer factor por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	12	55	14	37
Bajo	6	27	15	39
Moderado	3	14	8	21
Severo	1	5	1	3

Nota: nro. 60

Respecto al primer factor por género, se evidencia en el grupo de hombres que estos factores son más predominantes en un nivel leve con el 55%, mientras que a nivel severo se tiene mayor presencia en hombres con el 5%

Tabla 22
Resultado categórico del segundo factor por género

Categorías	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Leve	8	35	9	24
Bajo	5	23	11	29
Moderado	7	32	12	32
Severo	2	9	6	16

Nota: nro. 60

En relación con el segundo factor, se evidencia que en los hombres predomina el nivel leve con el 35%. En las mujeres el nivel predominante es el moderado con el 32%. El nivel severo se evidencia mayoritariamente en el grupo de las mujeres con el 16%

En general, se puede ver que, en el primer y segundo factor, el nivel leve es mayor en hombres. El nivel bajo es mayor en mujeres en el primer factor y en el segundo factor es mayor el nivel moderado en mujeres y hombres igualmente. En tanto en el nivel severo, este es mayor en el segundo factor en mujeres.

Análisis por edad

Tabla 23
Resultado categórico del primer factor por edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	1	50	23	45	2	29
Bajo	1	50	16	31	4	57
Moderado	0	0	10	20	1	14
Severo	0	0	2	4	0	0

Nota: nro. 60

Respecto a las edades de los resultados de primer factor, este se evidencia mayoritariamente en el grupo de 15 años en el nivel bajo. En tanto que las conductas de nivel severo se evidencian exclusivamente en el grupo de 13 y 14 años.

Tabla 24
Resultado categórico del segundo factor por edad

Categorías	12 años		13 y 14 años		15 años	
	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	15	29	2	29
Bajo	0	0	15	29	1	14
Moderado	1	50	15	29	3	43
Severo	1	50	6	12	1	14

Nota: nro. 60

Los factores de segundo orden tienen mayor presencia en el grupo de 12 años en los niveles moderado y severo. Este sería el único grupo de factores con presencia en el nivel severo. El nivel moderado es más predominante en el grupo 15 años con el 43%.

De manera general entre el primer y segundo factor, en el grupo de 12 años posee en 50% de la muestra en todos los niveles, en las edades de 13 y 14, el mayor porcentaje se ubica en el nivel leve en el primer factor y en la edad de 15 años, el porcentaje más alto se ubica en el primer factor en un nivel bajo.

Análisis por curso

Tabla 25
Resultado del factor de primer orden por curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	17	55	3	38	6	29
Bajo	9	28	3	38	9	43
Moderado	3	10	2	25	6	29
Severo	2	6	0	0	0	0

Nota: nro. 60

Los resultados del primer factor respecto al curso evidencian que, en octavo, la mayor cantidad de estudiantes se muestran en un nivel leve (55%); en noveno, el nivel leve y bajo poseen la misma cantidad de estudiantes con un 38% en cada uno y en décimo curso, predominan estudiantes en el nivel bajo (43%).

Tabla 26
Resultado del segundo factor por curso

Categorías	8vo		9no		10mo	
	f	%	f	%	f	%
Leve	11	35	3	38	3	14
Bajo	11	35	2	25	3	14
Moderado	6	19	3	38	10	48
Severo	3	10	0	0	5	24

Nota: nro. 60

Los resultados del segundo factor respecto al curso demuestran que, en octavo curso, los estudiantes se sitúan mayoritariamente en el nivel leve y bajo de manera igualitaria con el 35% en cada uno; en noveno curso, la mayor cantidad de estudiantes se posiciona en el nivel leve (38%) y en el grupo de décimo, el nivel moderado es el predominante con 48%.

De manera general con los dos factores respecto al curso, en octavo curso existe más adolescentes con el primer factor en el nivel leve. En noveno curso se puede observar que en ambos factores predominan los niveles: leve, bajo y moderado y no hay ningún adolescente en el nivel severo; en tanto en décimo curso, solo hay adolescentes en nivel severo del segundo factor, no obstante, el nivel predominante es el moderado en el segundo factor.

3.3 Propuesta de intervención

La propuesta de intervención para los trastornos de conducta en adolescentes está basada en un enfoque cognitivo conductual, de manera que se centra en erradicar pensamientos erráticos y modificar la conducta a través de diferentes técnicas y procedimientos alineados al enfoque. Esta propuesta está destinada a los adolescentes pertenecientes a octavo, noveno y décimo curso del UDAI de Pastaza

para lo cual se propone una intervención que engloba la gestión de emociones, el entrenamiento de habilidades sociales, desarrollo de valores, manejo de la inatención y otros.

Nombre de la propuesta:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TRASTORNO CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES DE LA UDAI PASTAZA

Datos informativos:

Nombre de la institución: UDAI Pastaza

Ubicación geográfica: Pastaza Mera Santa Clara

Tiempo estimado para la ejecución: 1 mes

Beneficiarios:

- **Directos:** 60 adolescentes de entre 12 y 15 años.
- **Indirectos:** Padres de familia, docentes.

Personal administrativo y técnico:

- **Responsable de la propuesta:** Psc. César Medina
- **Equipo de trabajo:** Psicólogos, facilitador

Marco teórico de la propuesta

El marco teórico de la propuesta de intervención se centra en delimitar los aspectos que son clave para entender las sesiones que se trabajaran con los adolescentes. Esto permitirá tener una mayor comprensión de la conducta aversiva y de qué manera las estrategias utilizadas se relacionan con esta. Este marco se va a centrar en cuatro líneas que son la gestión emocional que incluye la inteligencia emocional relacionada a la prevención de conflictos, el control de ira y el manejo de conflictos; el desarrollo de habilidades sociales que engloba la esfera comunicativa; el manejo de la inatención/impulsividad e hiperactividad y el desarrollo de valores con énfasis en la empatía.

Gestión emocional

La forma en la que se decide gestionar las emociones representa en gran medida la inteligencia emocional que se posea. Saber mantener bajo control algunas emociones como la ira e identificar los eventos que la desencadenan permite reaccionar adecuadamente ante una situación de tensión y regular la conducta, especialmente la agresiva. De acuerdo con lo planteado por Inglés y otros, (2014) los adolescentes con alta conducta hostil y agresiva son quienes tienen menor manejo de la inteligencia emocional; por el contrario, aquellos que tienen mejores habilidades para gestionar sus emociones también tienen relaciones interpersonales más positivas.

Un aspecto clave que menciona Inglés y otros (2014) es sobre la relevancia del manejo emocional en las interacciones agresivas. De esta manera se evidencia la relación existente que hay entre estas dos variables. Uno de los aspectos que cabe resaltar en este apartado es el del control de la ira que se da en el marco del deterioro de las relaciones interpersonales, sobre todo porque la ira es uno de los desencadenantes más sobresalientes en la conducta agresiva.

La ira se evidencia dentro de las conductas agresivas como gritos, agresiones verbales o físicas, ofensas u otros. Uno de los aspectos claves que refiere López y otros (2012) para el entrenamiento de los estallidos de ira es que las personas puedan canalizar sus emociones negativas, de manera que pueda ser expresada de manera funcional y disminuir los episodios sintomáticos. El tratamiento cognitivo conductual es el que mejor se adapta para tratar este tipo de problemáticas ya cuenta con técnicas efectivas que interfieren directo sobre el pensamiento del individuo y modifica la conducta aversiva.

Otro aspecto para tener en consideración es el manejo de conflictos, especialmente los que se ocasionan en el contexto escolar. Si bien el enfoque adecuado sería el de la prevención de conflictos, se trata pues de adolescentes con problemas de conducta, que en muchos casos reinciden en comportamientos inadecuados. Este punto puede entenderse como la intervención adulta para resolver un conflicto, sin

embargo, la idea central es cómo el adolescente puede gestionar sus emociones para manejar un conflicto y evitar caer en un episodio de ira o agresividad.

Un enfoque que proporciona Ayesterán, (1999) en relación al manejo de conflictos es el del trabajo en equipo ya que según refiere, este exige un determinado estilo de conducta que dependen tanto de características personales pero también de la cultura de la organización o institución en este caso. Además este autor enfatiza en la importancia de la cooperación por sobre la competición, en ese sentido la cooperación no solo aumenta el trabajo en equipo sino que permite que los miembros de este actuen en concordancia con el bienestar del otro y de esta manera el clima es más agradable.

Otro autor que coincide con el hecho de que la mediación es un proceso de colaboración es Calderón (2011), quien indica que se trata de que se colaborativamente se pueda encontrar soluciones a los problemas o disputas. En este ejercicio se integran procesos como la negociación para la reducción de la hostilidad y la orientación de la discusión. El diálogo es un aspecto que no puede dejar de considerarse visto como una herramienta para evitar peleas, riñas, o conflictos más grandes y este debe llevarse a cabo de manera voluntaria e intencional.

Entrenamiento en habilidades sociales

El desarrollo de habilidades sociales, especialmente en edades tempranas es un factor de gran relevancia para combatir los problemas de conducta en cualquiera de sus contextos. Este concepto de acuerdo a Alsinet (1997) se basa en la capacidad de entender, descifrar y responder los estímulos sociales que provienen de la interacción con los demás. Además, Calderón (2011) menciona que el desarrollo de estas habilidades sociales son una herramienta que permiten enfrentarse adecuadamente a los conflictos.

El objetivo central del desarrollo de habilidades sociales se centra en facilitar la interacción personal, ayudar a entablar relaciones positivas y contribuir en la

resolución adecuada de distintos problemas. Para Alsinet (1997) estas habilidades sociales son conductas expresas influenciadas por factores externos o ambientales e internos o psicológicos dentro del contexto sociocultural. No obstante, para el ministerio de salud (2015) citado por Esteves y otros (2020), las habilidades sociales transcurren en tres dimensiones que son: asertividad, comunicación y autoestima

Existen diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales destinados a adolescentes que muestran una importante efectividad, se centran en ayudar a las personas a mantener interacciones gratificantes. Entre las técnicas que más se usan están el modelado, el ensayo conductual, las instrucciones, el refuerzo, la retroalimentación, el modelado y las estrategias de generalización. Además, una parte de estos programas consiste en el aprendizaje estructurado que se fundamenta en el uso de técnicas didácticas que puedan modificar las deficientes habilidades sociales. (Alsinet, 1997)

Un elemento que puede obviarse es el de la comunicación ya que este permite consolidar las relaciones personales y la conducta asertiva, es decir, actuar conforme los intereses personales pero sin irrespetar a las personas con las que nos relacionamos. La conducta asertiva se compone de la autoasertividad, es decir concederse los derechos a sí mismo y la heteroasertividad que consiste en considerar los derechos de las demás personas. (Alsinet, 1997)

Bajo lo mencionado es indispensable el desarrollo de habilidades sociales que permitan una interacción positiva y adecuada con los pares, enfatizando en la importancia de la comunicación, que esta sirva como herramienta para prevenir conductas erráticas y funcione como una herramienta de resolución de conflictos.

Manejo de la inatención/impulsividad e hiperactividad

A pesar de que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no es considerado por el DSM V como un trastorno destructivo, del control de impulsos y de la conducta sino del neurodesarrollo, el instrumento utilizado lo sugiere en sus

dimensiones y lo sugiere como parte de un problema conductual. Las intervenciones terapéuticas desde el enfoque cognitivo conductual se centran en favorecer la realización de actividades, la concentración y la eliminación de la impulsividad y movilidad excesiva ya que estos según refiere Moreno I., (2001), provocan un impacto social adverso.

La propuesta de Moreno I. , (2001) para disminuir los problemas de atención con hiperactividad se basan en capacitar a los estudiantes en el control de la conducta; ayudarles a desarrollar habilidades para resolver problemas, y proporcionar herramientas para la búsqueda de soluciones. Esta intervención se conduce por medio de dos vías, en primer lugar, centrado en la realización de las tareas académicas y, en segundo lugar, la disminución de los comportamientos disruptivos.

Algunos de los procedimientos que se usan en estos casos son el manejo de contingencias y otras técnicas cognitivas, el reforzamiento, control de estímulos, tiempo fuera, economía de fichas, modelado, entrenamiento de auto-instrucciones y otros. (Moreno I. , 2001)

En resumen, Los problemas de atención con hiperactividad pueden generar problemas en la esfera social, además de ser y desencadenar problemas de conducta, por lo cual es importante prestar especial atención a los adolescentes que presenten esta problemática para que, puedan desenvolverse en la esfera social de la manera más adecuada.

Desarrollo de valores

El desarrollo de valores es un aspecto elemental en la educación de los individuos, sea esta de casa, en la primaria y en la secundaria; mientras más se refuerce este aspecto, los adolescentes estarán mejor adaptados a las relaciones sociales. Los valores que puede ayudarse a desarrollar en los adolescentes, de acuerdo con Calderón (2011) son la solidaridad, el trabajo en equipo, la comunicación basada en la asertividad, la colaboración y más. Estos valores particularmente son los que

se vinculan a lo social y fortalecen las relaciones positivas, principalmente porque se tratan de valores prosociales que ayudan a los adolescentes a crear lazos de amistad enmarcados en el respeto.

La conducta prosocial es de vital importancia para las relaciones y la empatía es uno de sus ejes fundamentales. La empatía de acuerdo a Urquiza & Casullo, (2006), se entiende como la capacidad de actuar entendiendo las necesidades de los demás y la conducta de respeto al otro bajo las normas morales y de legalidad.

El desarrollo de la empatía resulta importante y conveniente considerando que muchos de los adolescentes con problemas de conducta, o conductas antisociales carecen de estas características, es por ello que, trabajar en la generación de valores resulta un aspecto preventivo con una importante implicación en la vida de los adolescentes y los contextos en los que se desenvuelven, especialmente para mitigar las problemáticas surgidas en los contextos educativos.

Marco metodológico

Esta propuesta de intervención está destinada a 60 adolescentes entre 12 y 15 años de la UDAI de Pastaza y tiene el tiempo de ejecución de 1 mes. Las sesiones están programadas para durar entre 30 y 50 minutos y se las desarrollará en grupo en función de curso. Debido a que se trabajó con estudiantes de octavo, noveno y décimo año se realizará tres sesiones de cada actividad.

La propuesta está basada en el modelo cognitivo conductual y también combina actividades que hacen referencia a la terapia dialéctico conductual. La idea central es modificar los pensamientos que invisibilizan al otro y causan malestar social a la par que se modifican los comportamientos erráticos, sin embargo, también se refuerzan los comportamientos adecuados. Está compuesta por 10 sesiones que incluye el diagnóstico y la evaluación; las demás sesiones corresponden a la intervención directa con los adolescentes que empieza por la promoción para luego involucrarse más en otros aspectos como la gestión de las emociones, mediación de conflictos entre pares, control de ira, adquisición de habilidades sociales, manejo

de la hiperactividad y el desarrollo de valores enfatizando en la empatía.

Para el desarrollo de las sesiones se prevé la participación de un facilitador, ya que el enfoque de intervención fue didáctico e inclusivo, es decir, que pretende formar el aprendizaje por medio de la interacción de los estudiantes y generar un espacio de reflexión en torno a la problemática, de manera que estos se apropien de la dinámica. Es por ello por lo que, si bien se propone el uso de técnicas tradicionales como proyectar videos, hacer lluvias de ideas y otras, también se toma en consideración la parte lúdica. Además, muchas de estas técnicas y recursos serán adaptadas a la realidad tomando como premisa la innovación, tal es el caso del material audiovisual que se pretende usar y para el cual se estima la colaboración de personas coetáneas a los adolescentes para que puedan dramatizar y representar la realidad desde su punto de vista para así llegar de manera más efectiva a los estudiantes.

Presupuesto

El presupuesto de la propuesta se divide en recursos humanos, los que se refieren específicamente a los profesionales que se requieran para llevarla a cabo (Psicólogo y facilitador); los recursos materiales que son los papelógrafos, marcadores, hojas, láminas, etc. y el material bibliográfico. En el material tecnológico solo engloba el proyector y en los recursos técnicos se considera la compra del cuestionario ESPERI. Se adicionan \$20 para cualquier imprevisto que se presente. El total de la inversión se sitúa en \$690

Tabla 27
Presupuesto de la implementación de la propuesta

Recursos	Monto
Humanos	\$400
Materiales y suministros	\$50
Materiales bibliográficos	\$30
Material tecnológico	\$140
Recursos técnicos	\$50
Imprevistos	\$20
Total	\$690

Fuente: Elaborado por el autor

El presupuesto para la implementación de la propuesta bordea los \$690 considerando los recursos humanos, tecnológicos, materiales y otros.

Justificación

Los comportamientos inaceptables en el aula, vistos como problemas de conducta o conductas desadaptativas, suelen ser una problemática que afecta el correcto desenvolvimiento de los adolescentes en el contexto familiar y educativo, al ser un espacio en el que invierten algunas horas de su día. Si bien los problemas de conductas estudiados se interpretan en función de indicadores de gravedad, los hallazgos permiten corroborar la existencia de adolescentes que sí poseen problemas de conducta en niveles más altos como moderado y severo, siendo la mitad de la muestra (30 estudiantes) quienes poseen niveles severos en alguno de los trastornos de conducta; lo cual permite entender la necesidad de generar una propuesta que ayude a disminuir los problemas de comportamiento en el aula. En ese sentido, el desarrollo de una propuesta de intervención es necesaria para disminuir los problemas en el ambiente educativo, la cual no solo deberá centrarse en el estudiantado, sino también en los padres y docentes para que sea efectiva. Por consiguiente, la propuesta se desarrolla a través de ocho actividades de intervención y una de evaluación.

Objetivos

Objetivo general:

- Mejorar los trastornos conductuales en adolescentes de la UDAI de Pastaza.

Objetivos específicos:

1. Psicoeducar a los adolescentes y padres de familia sobre las conductas problemáticas.
2. Mejorar la gestión de emociones de los adolescentes.
3. Estimular los comportamientos adecuados a través de reforzamientos positivos.

Estrategias

Las estrategias en las que se basan los ejes de promoción e intervención son las siguientes:

- Disminución de los problemas de comportamiento en el aula
- Reforzamiento de los comportamientos positivos
- Gestión de emociones

Fases de la propuesta de intervención psicológica

Esta guía se lleva a cabo a través de tres fases que son la de diagnóstico, intervención y evaluación y monitoreo.

A continuación, se presenta el resumen de la propuesta de las actividades que se realizarán las cuales serán detalladas en cada una de las matrices que se plantearon por sesión.

Tabla 31
Resumen de la propuesta de intervención

Sesiones	Área de intervención	de Actividad	Objetivos	Técnicas	Detalle de la Recursos Actividades	Tiempo
1	Conducta	Diagnóstico	*Identificar trastornos de conducta de adolescentes entre 12 y 15 años de UDAI Pastaza	los* Técnicas depsicométricas los(ESPERI) *Técnicas de la investigativas	Se aplica el cuestionario ESPERI a todos los estudiantes de manera grupal, aplicación y posteriormente se califica y se barema del para obtener los resultados de cada caso. A partir de los resultados individuales se realiza un análisis de los datos de manera generalizada del cual se obtiene el diagnóstico.	10 minutos de por curso

2	Psicopedagógica	Psicoeducación	Desarrollar una promoción psicoeducativa padres adolescentes sobre los trastornos de conducta, conductas problemáticas o aversivas en las escuelas y cómo manejarlas.	una* Técnicas expositivas a* Técnicas y persuasión	Esta actividad consiste en crear conciencia de la afectación que generan las conductas desadaptativas en el entorno escolar	*Proyector *Papelógrafo que marcadores	40 min
3	Afectiva	Gestión emocional	Disminuir emociones negativas puedan utilizadas desencadenantes de conductas violentas o desadaptativas	las Técnicas basadas en la que terapia ser dialéctica como comportamiento	Esta actividad consta de cuatro pasos que son el reconocimiento de las emociones negativas. El reconocimiento de los estímulos que la desencadenan emociones negativas y consecuentes conductas aversivas.	*Psicólogo	50 min

			entre pares.		La gestión de las emociones y la reacción frente a tales situaciones.	
4	Social	Entrenamiento en habilidades sociales	Aprender sobre la interacción asertiva y cómo genera un ambiente de confianza y afianzan las emociones positivas en el vínculo social en situaciones de elevada tensión.	*Técnicas de comunicación	deEn esta actividad se aprende a gestionar las emociones, a mejorar las habilidades comunicativas y a expresar las opiniones de manera asertiva.	*Psicólogo 50 min
5	Cognitiva/Afectiva	Gestión de conflictos	Aprender técnicas de resolución de conflictos previos desencadenantes externos de emociones negativas	*Técnicas de resolución de problemas	deEsta actividad se hace parte desde la teoría posteriormente se realiza un taller en el que se realizan grupos en donde cada uno	*Psicólogo *Facilitador y*Estudiantes 30 min

			emergentes		realiza una representación de un caso de resolución de conflictos de manera idónea		
6	Afectivo	Desarrollo de valores- Aprendiendo convivir	Dotar a los estudiantes habilidades para desarrollar valores sociales y aprender a convivir en la unidad educativa	*Técnicas de lúdicas	En esta actividad los estudiantes identificarán y reforzaran valores y aprenderán sobre el valor de la tolerancia.	*psicólogo *Facilitador	50 min
7	Cognitiva- Afectiva	La empatía	Desarrollar habilidades de empatía y comprensión hacia los otros	*Técnicas de reflexión y	En esta actividad los estudiantes desarrollan mayor empatía con los casos de las demás personas.	*Facilitador Psicólogo	50 min
8	Afectiva	Control de ira	Interiorizar técnicas de control de ira y gestión de la ira	*Técnicas de comunicación y *Control de emociones *técnicas	En esta actividad los adolescentes aprenden sobre la importancia de expresar y gestionar	*Psicólogo	50 min

				respiración y las emociones de relajación manera adecuada, así (control de ira) como canalizar *Sustitución de emociones que pensamientos generen displacer, ira, negativos sentimientos de culpa o malestar psicológico en general.		
9	Conductual	Hiperactividad	Disminuir conductas disruptivas en el aula.	las *Técnicas grupales *Técnicas lúdicas	Esta actividad se realiza a través de técnicas de disminución de conductas y se facilita herramientas que permitan modificar conductas.	*Facilitador *Psicólogo 50 min
10	Conductual	Evaluación	*Identificar logros de la implementación de la propuesta	los *Evaluativas	En esta fase pretende identificar el éxito al que se llegó mediante la identificación de determinados parámetros.	*Psicólogo 25 min

Fuente: Elaborada por el autor

La tabla resume la propuesta de intervención enfocada en las esferas conductual, cognitiva, afectiva y social.

Fase I: Diagnóstico

EL diagnóstico de los adolescentes con problemas de conducta lo proporcionaron los hallazgos de la investigación a través de la aplicación de la prueba ESPERI para adolescentes. En ese sentido, se determinó que la mitad de la muestra (30 estudiantes) posee alguno de los factores en un nivel severo. Es decir, que los problemas de conductas en nivel severo representan en la mitad de la muestra.

Fase II: Intervención psicológica

La intervención psicológica está centrada en los adolescentes y en cómo ellos pueden gestionar sus emociones ante situaciones de alta tensión que pudieran desencadenar conductas desadaptativas con o sin violencia. Se trata de erradicar las conductas inadecuadas en el contexto escolar principalmente o por defecto, disminuir su gravedad. En ese sentido, la intervención se plantea de manera detallada en las matrices por sesión, las cuales son ocho.

Cuadro 3. Descripción de sesión 2.

Sesión: 2						
Tema: Psicoeducación						
Objetivo: Desarrollar una promoción psicoeducativa a padres y adolescentes sobre los trastornos de conducta, conductas problemáticas o aversivas en las escuelas y cómo manejarlas						
Área de intervención: Psicopedagógica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Contextualizar sobre los trastornos de conducta de los adolescentes y su impacto en el entorno educativo.	Teorización de los trastornos de conducta	Con el fin de proporcionar un contexto de los problemas y trastornos de conducta se empieza explicando un poco sobre los hallazgos de la investigación y luego se proporciona algunos conceptos técnicos basados en la literatura tanto a padres, docentes y estudiantes	*Proyector *Afiches	20 min	Los participantes se informan sobre los hallazgos de la investigación
Desarrollo	Identificar los aspectos más relevantes de los trastornos de conducta las causas, consecuencias, factores de riesgo y factores protectores, entre otros.	Exposición de las causas y consecuencias de los trastornos de conducta	Se explica sobre las causas y consecuencias de los trastornos de conducta; los factores de riesgo y los factores protectores haciendo énfasis y los estilos de crianza y la metodología docente como dos de los factores importantes en el desarrollo	*Láminas *Afiches	40 min	Mayor educación respecto a los trastornos de conducta y por qué es especial tratarlos a tiempo

			de estos trastornos.			
Cierre	Crear conciencia de la afectación que genera las conductas desadaptativas en el entorno escolar	Proyectar videos	En esta fase de cierre se proyectan videos que reflexionan sobre el impacto de conductas desadaptativas a nivel escolar y cómo estas representan un riesgo para toda la población estudiantil.	*Proyector	20 min	Población estudiantil con mayores niveles de conciencia sobre la problemática

Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)

Cuadro 4. Descripción de sesión 3.

Sesión: 3

Tema: Gestión de emociones

Objetivo: Disminuir las emociones negativas que puedan ser utilizadas como desencadenantes de conductas violentas o desadaptativas

Área de intervención: Afectiva

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer sobre las emociones y cómo reconocerlas	Reconocimiento de emociones	Se explica a los estudiantes qué son las emociones y cómo reconocemos si estamos frente a emociones negativas como la ira, la tristeza, el miedo, entre otras.	*Psicólogo	20 min	Los estudiantes logran conocer qué emociones pueden sentir en determinados momentos
Desarrollo	Identificar las señales que devienen de emociones negativas como la ira, el miedo, la angustia u otras.	Regulación de emociones	Se enseña mediante técnicas de la terapia dialéctico conductual cómo regular las emociones, tolerar la angustia y mejorar las relaciones interpersonales. Además, se otorga una explicación a los estudiantes de cómo identificar las señales que me traigan pensamientos rumiantes y generen situaciones de descontrol emocional.	*Papelógrafo *Marcador *Pizarrón	20 min	Los estudiantes identifican emociones negativas y maneras de afrontarlas sin recurrir a la violencia.

Cierre	Describir las emociones y cómo actuar de manera adecuada frente a ellas. Cómo expreso mis emociones	En esta fase el psicólogo se vale de imágenes de emociones que muestra a los estudiantes con el fin de que estos describan las emociones. El psicólogo dirige la interacción a que los adolescentes describan cómo actuarían en momentos en los que tengan esas emociones. En psicólogo guía a los estudiantes validando las maneras adecuadas de actuar	*Láminas de emociones *Hojas *Lápices	30 min	Aprenden maneras de actuar frente a situaciones de tensión.
---------------	---	--	---	--------	---

Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)

Cuadro 5. Descripción de sesión 4.

Sesión: 4

Tema: Entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo: Aprender sobre la interacción asertiva y cómo generan un ambiente de confianza y afianzan las emociones positivas en el vínculo social en situaciones de elevada tensión

Área de intervención: Social

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer sobre el efecto que tiene la comunicación sobre las demás personas, cómo esta puede guiar o despistar a alguien. (a manera de metáfora)	Dinámica “Camino a ciegas”	Se inicia con una dinámica que introduzca a los estudiantes en el tema de la comunicación asertiva. Se realizan una dinámica llamada “camino a ciegas” que consiste en que los estudiantes se agrupan en parejas de la cual una persona tiene vendados los ojos y la persona que no los tiene debe ir guiando a su compañero sin tener contacto con ella, esta deberá guiarse únicamente por su voz	*Venda de ojos *Facilitador	20 min	Los estudiantes aprenden sobre la importancia de la comunicación en las relaciones sociales.
Desarrollo	Identificar las características de la voz que son afables y adecuadas para dirigirse a las demás	Técnicas de comunicación asertiva	Después de la dinámica se enseña a las estudiantes técnicas de comunicación asertiva que incluye el uso correcto del tono, y el volumen	*Pizarra *Marcador	20 min	Se aprende a identificar el tono y volumen de voz adecuado para

	personas.	de la voz.			dirigirse a las demás personas.
Cierre	Establecer límites de comportamiento, guiado por los derechos de las personas.	Poniendo límites En esta fase de cierre se realiza un círculo y se indica al grupo que debe identificar los derechos propios y los derechos de los demás, esta dinámica permite que los adolescentes puedan ir identificando límites sobre su conducta y la conducta de los demás respecto a su persona.	*Pelota inflable *Psicólogo	20 min	Los estudiantes identifican sus derechos y los límites que deben tener en la interacción con sus pares, así como los límites que deben poner cuando otros intenten sabotear sus derechos.
Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)					

Cuadro 6. Descripción de sesión 5.

Sesión: 5**Tema:** Gestión de conflictos**Objetivo:** Aprender técnicas de resolución de conflictos previo a desencadenantes externos de emociones negativas emergentes**Área de intervención:** Cognitiva-Afectiva

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Subsanar situaciones conflictivas entre pares, usando técnicas de resolución de conflictos.	Lluvia de ideas	En esta actividad introductoria se realiza una lluvia de ideas de los problemas que cada uno tiene y se pide que cada uno comparta con el grupo cuál considera que es la causa del conflicto y cómo cree que puede solucionarlo.	*Pizarra *Marcador	20 min	*Los estudiantes subsanan situaciones conflictivas dentro del aula
Desarrollo	Guiar a los estudiantes sobre las maneras adecuadas de resolver problemas y conflictos en el aula o fuera de ella con sus pares.	Orientación grupal sobre resolución de conflictos	En esta fase los estudiantes deberán escribir en una hoja de manera anónima un problema o conflicto que ellos tengan con sus pares que no sepan cómo solucionarlo, las cuales	*Hojas *Esfero *Caja de cartón	40 min	Los estudiantes conocen las maneras idóneas de solucionar problemas, evitando situaciones violentas o

		serán depositada en una caja. Una vez que los estudiantes hayan depositado todas las hojas el psicólogo dará guías sobre la manera adecuada de solucionar el conflicto entre pares.			desadaptativas	
Cierre	Interiorizar las maneras adecuadas de actuar frente a problemas y conflictos entre pares.	Resolución y análisis de casos	Para el cierre de la actividad y una vez reforzados los métodos adecuados para solucionar problemas, se proyectan algunos casos en donde adolescentes tienen un problema y lo solucionan a su manera. La intención de la actividad es que los propios adolescentes puedan reflexionar sobre si la manera en la que se solucionó su problema es correcta y por qué lo es, de manera que este	*Proyector	30 min	Los reconocen las maneras adecuadas de actuar frente a diferentes tipos de situaciones

haga sus propias
conclusiones y pueda
interiorizar sus
pensamientos
positivos.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)

Cuadro 7. Descripción de sesión 6.

Sesión: 6						
Tema: Desarrollo de valores-Aprendiendo a convivir						
Objetivo: Dotar a los estudiantes de habilidades para desarrollar valores sociales y aprender a convivir en la unidad educativa						
Área de intervención: Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Reconocer los valores que podemos aplicar en el desenvolvimiento social	Enunciando valores	En esta fase los adolescentes deben formar un círculo y la dinámica se realiza con la ayuda de una pelota, esta será lanzada por el facilitador al centro y el estudiante que tome la pelota tendrá que decir un valor muy importante en su vida y un ejemplo de situación en la que se puede aplicar, la sesión se repite hasta que todos hayan participado	*Pelota	20 min	Los adolescentes logran reconocer sus valores y los de sus compañeros.
Desarrollo	Aprender a aceptar y respetar las diferencias entre pares.	Aceptar las diferencias	Es esta fase se hace una ampliación sobre el valor de la tolerancia. Se pide a los estudiantes que interactúen con sus ideas	*Psicólogo	30 min	El estudiante logra identificar que las diferencias físicas, de

		sobre la tolerancia y se les pide ejemplos de cómo podemos ser tolerantes con los otros.			pensamiento, cultura u otras, no son una problemática para tener una interacción positiva
Cierre	Fomentar la unión y el trabajo en equipo entre compañeros, limando asperezas y propiciando un ambiente de compañerismo.	Juego de unidad y confianza Este juego se realiza al finalizar la actividad, consiste en crear un camino de obstáculos el cual tiene que atravesar un adolescente con los ojos vendados que a su vez será guiado por su compañero. El adolescente vendado no podrá tropezar con los obstáculos. El facilitador deberá reflexionar sobre valores como la confianza, la unión y el trabajo en equipo	*Conos *Venda de ojos *Facilitador	25 min	Los adolescentes buscarán las estrategias efectivas para trabajar en equipo

Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)

Cuadro 8. Descripción de sesión 7.

Sesión: 7**Tema:** Empatía**Objetivo:** Desarrollar habilidades de empatía y comprensión hacia los otros**Área de intervención:** Cognitiva -Afectiva

Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer la importancia de la empatía y su significado	Charla de la empatía	En esta fase se explica a los estudiantes qué significa la empatía y también se les da las indicaciones sobre la dinámica que se va a realizar	*Psicólogo	20 min	Conocer sobre la importancia de la empatía en el vínculo social
Desarrollo	Desarrollar la empatía y la comprensión de la vivencia del otro	Dinámica de empatía	En la dinámica que se desarrolla, el psicólogo lee una carta en voz alta donde expone un conflicto entre docentes y alumnos. Se trabaja en grupo y se reparten los personajes a los adolescentes, cada grupo deberá defender su postura, posteriormente se cambia de personajes y	*Facilitador *Psicólogo	45 min	El estudiante podrá identificar situaciones en las que puede ser empático y cómo es posible ser empático con más de una persona en un mismo caso, es decir, entender las razones personales de

			así mismo cada grupo defiende su postura. La reflexión final será de cómo podemos entender las diferentes situaciones de un mismo caso por medio de ponernos en los zapatos del otro y comprender las razones particulares de cada uno,			cada uno.
Cierre	Reforzar pensamientos y conductas empáticas	Reforzadores positivos en comportamientos empáticos	Esta actividad consiste reflexionar sobre la actividad previa. En esta los estudiantes darán su opinión acerca de qué postura fue más fácil defender y por qué. El psicólogo deberá reforzar las opiniones empáticas de los estudiantes	*Psicólogo *Facilitador	30 min	El estudiante mejora su comprensión acerca de la empatía e interioriza pensamientos comprensivos hacia los otros.
Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)						

Cuadro 9. Descripción de sesión 8.

Sesión: 8						
Tema: Control de ira						
Objetivo: Interiorizar técnicas de control de ira y gestión de emociones.						
Área de intervención: Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Reestructurar la percepción del adolescente de cara a disminuir los estímulos que desencadenan la ira o por defecto, realizar un manejo adecuado de esta emoción	Reconstrucción del pensamiento	Por medio de la sustitución de pensamientos negativos, en esta fase se busca realizar una reestructuración cognitiva de los pensamientos que desencadenan la ira. El psicólogo intentará desmitificar pensamientos erráticos de los adolescentes frente a situaciones de discomfort.	*Psicólogo	30 min	Los adolescentes deconstruyen pensamientos que generan ira.
Desarrollo	Aprender a dar una solución asertiva en situaciones de alta tensión y evitar los estímulos que	Identificación de situaciones que generen ira	Los estudiantes deberán identificar las situaciones que le generen ira y deberán enunciar de qué	Psicólogo	30 min	Dar solución a problemas sin acudir a conductas de ira o violencia

	desencadenen la ira o situaciones de violencia		manera se puede actuar en estas situaciones sin llegar a la violencia.			
Cierre	Gestionar las emociones inadecuadas y canalizar emociones que generen displacer o ira.	Técnicas para el control de la ira	En esta fase los estudiantes aprenden técnicas de control de ira como son las técnicas de respiración, las técnicas de conteo, técnicas comunicativas canalización de pensamientos negativos.	*Psicólogo	25 min	Aprender a canalizar la ira mediante herramientas de control de estas.
Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)						

Cuadro 10. Descripción de sesión 9.

Sesión: 9						
Tema: Modificación de conducta hiperactiva						
Objetivo: Disminuir las conductas hiperactivas en el aula						
Área de intervención: Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar los aspectos centrales de las conductas hiperactivas	Charla sobre la hiperactividad	En esta fase se les da una charla a los estudiantes sobre la hiperactividad, cómo identificar estas conductas y cómo diferenciarla de otro tipo de conductas disruptivas.	*Psicólogo	20 min	Los estudiantes logran conocer las señales de la conducta hiperactiva
Desarrollo	Conocer la manera en la que se puede modificar las conductas hiperactivas	Recomendaciones para la hiperactividad	En esta fase el psicólogo brinda recomendaciones sobre cómo modificar conductas hiperactivas. El psicólogo se expresa acerca del uso de herramientas como organizadores, la meditación, el control de impulsos, los descansos, entre otros.	*Psicólogo	20 min	Los estudiantes aprenden sobre las herramientas para modificar conductas hiperactivas
Cierre	Brindar soporte a los estudiantes en la	Taller sobre la hiperactividad	En esta última fase el psicólogo brinda soporte a	*Psicólogo	20 min	Los estudiantes logran identificar

resolución de tareas y la sistematización del pensamiento.

los estudiantes con la finalidad de ayudarlo a tener formas de pensar más ordenadas y sistematizadas en las actividades cotidianas y en la resolución de tareas, de manera que se disminuyan las conductas hiperactivas

maneras de tener un pensamiento ordenado y disminuir conductas hiperactivas.

Evaluación de la sesión por el beneficiario: (Anexo 2)

Fase III: Monitoreo y evaluación

En la fase de monitoreo y evaluación se propone la matriz que se muestra en el Cuadro 11, en donde se indican los resultados que se espera conseguir a mediano plazo.

Cuadro 11. Matriz de evaluación de la intervención psicológica

Áreas	Resultados	Evaluación				Observaciones
		Si Logró	No logró	Parcialmente lo logró	En proceso	
Área Cognitiva	En el área cognitiva se logra reestructurar el pensamiento a través de la técnica de reestructuración cognitiva que se basa en moldear el pensamiento y patrones de pensamiento negativos sobre la conducta. Esta técnica permite que el adolescente deseche pensamientos que generen conflictos o conductas indeseables que puedan ocasionarse en la interacción social.				X	
Área afectiva	Se logra una adecuada				X	

gestión de las emociones por parte de los adolescentes, quienes aprenden técnicas de manejo adecuado de las emociones y cómo actuar frente a situaciones de tensión; disminuir los estímulos que generan emociones negativas y que podrían acaecer en conductas problemáticas.

Área somática	psico-La detección y disminución de los signos que puedan alertar estados de ansiedad, angustia, miedo, ira u otros sentimientos que pueden salir a flote en diferentes trastornos conductuales
------------------	--

X

Área Social	El aprendizaje de habilidades sociales y comunicativas que permitan un vínculo social positivo basado en valores de respeto y tolerancia hacia las diferencias de los otros.	X
Área pedagógica	psico-El mejoramiento del ambiente escolar a partir de la disminución de problemas y conflictos y por tanto, la generación de un ambiente adecuado para propiciar el aprendizaje	X
Área Conductual	La disminución de conductas disruptivas mediante técnicas de modelado y herramientas de organización y	X

sistematización del
pensamiento

Autoevaluación de la experiencia por el investigador

Fortalezas:

Debilidades

*Predisposición de los adolescentes en el trabajo colaborativo

*El poco interés de los padres de

*Involucramiento de las autoridades y el personal docente en la intervención psicoeducativa para la disminución de los problemas de conducta

familia para combatir estos comportamientos desde la crianza asertiva en el hogar

CONCLUSIONES

- El trastorno de la conducta consiste en la generación de un patrón repetitivo del comportamiento en el que no se respeta las reglas, derechos o normas básicas de convivencia social en un determinado contexto. La intervención debe ser psicológica y psicopedagógica y se deben considerar, además de los aspectos individuales, todo el sistema del individuo y basarse en la modificación de la conducta indeseada a partir de técnicas cognitivas conductuales, reforzadores positivos, extinción de conductas disruptivas y el desarrollo de nuevas habilidades adaptativas.
- En los adolescentes de la UDAI de Pastaza, el factor Hiperactividad es el de mayor incidencia en la población con una media total de 39,25 y por rangos de edad y género, las niñas de 12 años obtienen una media de 85 que corresponde a un riesgo Alto. En el análisis categórico por factores, en el disocial predomina el nivel leve (42%), en Inatención / Impulsividad el nivel Bajo (43%), en Predisocial el nivel Bajo (50%) y en Hiperactividad el nivel Bajo (37%).
- En relación con los resultados de los factores de segundo orden, se evidencia que hay una media mayor en el segundo factor que comprende los factores inatención/impulsividad e hiperactividad. Por categorías, se observa que el primer factor, conformado por la sumatoria de los factores disocial, predisocial y la psicopatía, tiene mayor presencia en el nivel leve (43%) y el segundo factor, conformado por la sumatoria de Impulsividad /Inatención e hiperactividad, en el nivel moderado (32%).
- La propuesta de intervención diseñada con el objetivo de mejorar los trastornos conductuales en adolescentes de la UDAI de Pastaza está conformada por 10 sesiones, siendo la primera de diagnóstico, de la 2 a la 9 de intervención y la décima de evaluación. El enfoque en el que se desarrolló es el cognitivo conductual y de manera específica se busca psicoeducar a los adolescentes y padres de familia sobre las conductas problemáticas, mejorar la gestión de emociones de los adolescentes y

estimular los comportamientos adecuados a través de reforzamientos positivos.

RECOMENDACIONES

- Validar la propuesta por criterios de expertos previo a su implementación en la UDAI de Pastaza.
- Desarrollar una investigación que abarque el medio familiar de los adolescentes pues en el mismo pueden haber factores influyentes en la presencia de las conductas problemáticas, que no fueron abarcados por la presente investigación.
- Una vez implementada la propuesta y realizada la evaluación en la sesión 10, actualizar el plan de intervención con acciones que deban ser incluidas a partir de los resultados obtenidos en la segunda evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, E. (2004). Análisis de datos categóricos. Mayaguez, Puerto Rico: Departamento de Matemáticas Universidad de Puerto Rico. Obtenido de <http://castle.uprm.edu/eacuna/miniman8sl.pdf>

Alsinet, C. (1997). Un programa para mejorar las habilidades sociales de adolescentes. *Interención psicosocial*, 6(2), 227. Obtenido de <https://www.proquest.com/openview/4037a6cefca2fb54d4c25f7a392a709a/1?q-origsite=gscholar&cbl=4852148>

Alvarado, I., Rosario, I., & García, N. J. (2014). El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en Puerto Rico: Estudio de caso. *Revista puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 62-77. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233237909005.pdf>

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM -5* (5ta ed.). Madrid, España: Médica Panamericana. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM V*. Chicago: 1000 Wilson Boulevard.

Argyris, K. Q. (2017). Trastorno Negativista Desafiante. En *Trastornos externalizantes*.

Ginebra, Suiza: Asociación Internacional de Psiquiatría del niño y el adolescente

y profesiones afines. Obtenido de

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59019182/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-201720190424-111716-iryfyb-libre.pdf?1556179167=&response-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59019182/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-201720190424-111716-iryfyb-libre.pdf?1556179167=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTRASTORNOS_EXTERNALIZANTES_Capitulo.pdf&Expires=1683745469&Signature=DMf)

content-

disposition=inline%3B+filename%3DTRASTORNOS_EXTERNALIZANTES_C

apitulo.pdf&Expires=1683745469&Signature=DMf

Arribas, P. E., Gómez, Y., Guillén, A. L., & Ramirez, C. (2020). El estudio de casos:

Método efectivo para el diagnóstico y manejo de trastornos de conducta.

EDUMECENTRO, 12(3), 53-66. Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742020000300053)

28742020000300053

Ayesterán, S. (1999). Formación de equipos de trabajo, conductas de manejo de

conflictos y cambio cultural en las organizaciones. *Revista de psicología general*

y aplicada, 52(2-3), 203-217. Obtenido de

[http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/2148/1/Formacio](http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/2148/1/Formacion%20de%20equipos%20de%20trabajo%2c%20conductas%20de%20manejo%20de%20conflicto%20y%20cambio%20cultural%20en%20las%20organizaciones.pdf)

n%20de%20equipos%20de%20trabajo%2c%20conductas%20de%20manejo

%20de%20conflicto%20y%20cambio%20cultural%20en%20las%20organizaci

ones.pdf

Becerra, J. M. (2017). *Estadística descriptiva*. México, México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de http://132.248.164.227/publicaciones/docs/apuntes_matematicas/34.%20Estadística%20Descriptiva.pdf

Beckman, L., Janson, S., & Von Kobyletzki, L. (2016). Associations between neurodevelopmental disorders and factors related to school, health, and social interaction in schoolchildren: Results from a Swedish population-based survey. *Disability and Health Journal*, 9(4), 663-672. doi:10.1016/j.dhjo.2016.05.002

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación, administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (3era ed.). Bogotá, Colombia: Pearson Education. Obtenido de <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0061.pdf>

Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956. Obtenido de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7513/7377>

Bustamante, G. (2013). Trastorno Explosivo Inrteligente (TEI). *Revista de actualización Clínica Investiga*, 35, 1824-1827. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S23

04-37682013000800008&lng=es&nrm=iso

Calderón, I. (2011). La mediación en la resolución de conflictos en los contextos escolares. *Acción pedagógica*(20), 12-57. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6222144>

Canales, R. (2013). Asociación entre factores neurpsicológicos, procesos cognitivos y niveles de lectura en niños de diferente nivel socioeconómico del Callao. *Revista de investigación en psicología*, 15(2), 89-103. Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/6548>

Coba, F., Vicente, B., Saldiva, S., Rioseco, P., & Melipillán, R. (2011). Factores sociales, educacionales, familiares, inteligencia y riesgo de trastorno de conducta en adolescentes de sexo masculino. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 161-171. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf

Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades. (2019). *Informe de observancia a las unidades de apoyo a la inclusión-UDAI*. Quito: Ministerio de Educación. Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/09/Informe-Observancia-UDAI-2019.pdf#:~:text=La%20misi%C3%B3n%20de%20la%20UDAI,atenci%C3%B3n%20de%20una%20instituci%C3%B3n%20especializada.>

Dagnino, J. (2014). Medidas de posición central y de dispersión. *Revista Chil Anest*, 43, 112-115. Obtenido de https://www.sachile.cl/upfiles/revistas/54e636cfb8b3c_07_medidas-2-2014_edit.pdf

Dannon, P., & Berman, G. (2013). Cleptomanía: un trastorno del control de los impulsos o una conducta adictiva. *Salud y Ciencia*, 19, 540-545. Obtenido de https://siicsalud.com/saludiciencia/pdf/sic_19_6_43013.pdf#page=52

De la Peña, C., & Bernabéu, E. (2018). Dislexia y Disclulia: una revisión sistemática actual desde la neurogenética. *Universidas Psicológica*, 17(3), 1-11. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/15957>

Eisenberg, J. (2011). *Intervenciones psicológicas y farmacológicas para la conducta disruptiva en niños y adolescentes*. Estados Unidos: Centro de Práctica Basada en la Evidencia de la Universidad de Vanderbilt. Obtenido de <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/disruptive-behavior-disorder/espanol>

Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C., & Yapachura, C. (2020). Habilidades sociales en adolescentes y funcionalidad familiar. *Comunicación*, 11(1), 16-27. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2219-71682020000100016&script=sci_arttext&tlng=pt

Extremera, M. D. (2013). Revisión bibliográfica sobre el trastorno disocial a propósito de un caso. *Revista digital de Medicina Psicosomática y psicoterapia*, 3(3), 1-48. Obtenido de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trastorno_disocial._Caso_clinico..pdf

Fernández, J., & Villamarín, S. (2021). *Libro blanco de la salud mental infanto juvenil* (Vol. 1). Madrid, España: EDS. Obtenido de <http://ascane.org/wp-content/uploads/2022/04/libro-blanco-salud-infantil.pdf#page=62>

Fernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. sexta edición). México, México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

First, M. (2015). *DSM -5 Manual de Diagnóstico Diferencial*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. Obtenido de <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-de-diagnostico-diferencial-incluye-version-digital>

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de Pediatría*, 88(6), 436 -443. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-articulo-desarrollo-psicosocial-del-adolescente->

S0370410615001412

Gil, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 1(1), 61-67. Obtenido de https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_07.pdf

Gimenez, L. (2014). Tratamiento cognitivo conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 1(1), 79-88. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147183009.pdf>

Guayanay, B. (2022). *Personalidad y trastornos de conducta en adolescentes de la unidad educativa Marieta de Veintimilla del barrio Motupe, periodo 2021-2022*. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24704/1/Brayan%20Pa%C3%BAI%20Guayanay%20Maza.pdf>

Guemez, M., Gonzáles, M. J., & Hidalgo, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de formación contunuada de la sociedad española de Medicina de la adolescencia*, 5(1), 7-27. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

- Hamui, L. (2019). La noción del "trastorno": entre la enfermedad y el padecimiento. Una mirada desde las ciencias sociales. *Revista profesionalismo y ética*, 62(5), 43-62. Obtenido de <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-norbert-wiener/morfogisiologia-humana-1/sesion-1-entre-la-enfermedad-y-el-padecimiento-pag-39-a-43/38773721>
- Inglés, C., Torregosa, M., García, J., Martínez, M., Estévez, E., & Delgado, B. (2014). Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), 29-41. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4834177>
- Javaloyes, M. A., & Redondo, A. M. (2008). *Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento* (Vol. 721). Madrid, España: Ergon SA. Obtenido de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial
- Jodra, P., Navarro, I., Tortosa, N., Helliz, J., & Loasa, S. (2014). 247. *Prevalencia de los comportamientos disruptivos en adolescentes residentes en centro de menores.* Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/83915863/Prevalencia_de_los_comportamientos_disru20220411-4317-v5g51w.pdf?1649734095=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPrevalencia_de_los_comportamientos_di

sru.pdf&Expires=1696980529&Signature=IWrlbWK

López, B., Rodríguez, E., Vásquez, F., & Alcázar, R. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista mexicana de Psicología*, 29(1), 97-103. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189009.pdf>

Macazana, D. M., Sito, L. M., & Romero, A. D. (2021). *Psicología educativa* (1era ed.). Lima, Perú: NSIA Publishing House Editions. Obtenido de <http://fs.unm.edu/PsicologiaEducativa.pdf>

Maldonado, D. (2017). Efectos del programa innova sobre los trastornos del comportamiento en estudiantes de cuarto grado de una institución educativa de Chorrillos. *Acta psicológica Peruana*, 2(1), 91-103. Obtenido de <http://201.234.119.250/index.php/ACPP/article/view/70/53>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Documento de socialización del modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial*. Quito. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf

Moreno, A. (2007). *La adolescencia* (1era ed.). Barcelona, España: Editorial UOC. Obtenido de <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/110987/9/La%20adolescencia%2>

0CAST.pdf

Moreno, E. E., & Del río, M. P. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-220. Obtenido de <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/4012/01720113013209.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno, I. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista de psicología general y aplicada*, 54(1), 81-93. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/30028/Tratamiento%20psicol%c3%b3gico%20de%20la%20hiperactividad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno, P. (1994). Piromanía. *Medicina balear*, 9(1), 51-53. Obtenido de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=Humanidades+Pir%C3%B2man+y+Pedro+Moreno+Gea

Moya, C., & Malla, I. (2022). Trastornos de aprendizaje y su incidencia en el rendimiento académico de un estudiante: Análisis de caso. *Psicología UNEMI*, 6(10), 51-57. Obtenido de <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1313#:~:text=Se%20concluye%20que%20los%20trastornos%20de%20lectura%20y%20escritura%20y%20c%C3%A1lculo.>

Niño, V. M. (2011). *Metodología de la investigación* (21 ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones de la U. Obtenido de https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24802w/Nino-Rojas-Victor-Miguel_Metodologia-de-la-Investigacion_Disenoy-ejecucion_2011.pdf

Orellana, L. (2001). Estadística descriptiva. Obtenido de https://www.dm.uba.ar/materias/estadistica_Q/2011/1/modulo%20descriptiva.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). Obtenido de <https://www.who.int/es>

Parellada, M. J., San Sebastián, J., Martínez, R., & Martín, J. (2004). *ESPERI Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: EOS.

Rabadán, J., & Gimenez, A. M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Revista de la facultad de educación*, 15(2), 185-2012. Obtenido de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:EducacionXXI-2012-15-2-5080>

Radzik, M., Neinstein, L., Gordón, F., Katzman, D., & Woods, E. (2008). *Adolescent health care. A practical guida*. Philadelphia, EE.UU: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins Editorial. Obtenido de

<https://www.worldcat.org/title/adolescent-healthcare-a-practical-guide/oclc/259911720>

Riveroll, R., Matute, E., Ricardo, E., Cruz, G., Aranza, J., & Harmony, T. (2016). Subtipos neuropsicológicos en dos grupos de niños mexicanos: con trastorno específico del aprendizaje o con buen desempeño académico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(2), 13-21. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179348853002.pdf>

Rodriguez, P. J. (2017). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*, XXI(2), 73-81. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/trastornos-del-comportamiento-2/>

Roméu, B. S., Sáez, Z. M., & Roméu, M. E. (2010). Factores de riesgo asociados a trastornos en el aprendizaje escolar: un problema sociomédico. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8(4), 30-39. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000400006

Rodríguez, P. J., Álvarez, M., & Hernández, M. (2014). La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. *Anales de Pediatría continuada*, 12(2), 95-101. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-salud-mental-trastornos-conducta-S1696281814701763>

- Ruiz, M. D., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid, España: Desclée de Brouwer. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54408968/Manual_de_Tecnicas_de_Intervencion_TCC-libre.pdf?1505184388=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DManual_de_Tecnicas_de_Intervencion_Cogni.pdf&Expires=1696578019&Signature=C256NGL2BTxKah~otPqTbTN
- Sans, A., Boix, R., Colomé, A., López, A., & sanguinetti, A. (2012). Trastornos del aprendizaje. *Pediatría integral*, 16(9), 691-669. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/trastornos-del-aprendizaje-2017/>
- Serrat, D. (2011). *Guía práctica: Trastornos de conducta*. Saragoza, España: Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Obtenido de <https://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>
- Solorzano, Y. D., Alcívar, B., Muñoz, E., Jaramillo, M. P., Fernández, I., & Salazar, Y. I. (2022). Rendimiento intelectual y memoria de trabajo en niños con trastornos específicos del aprendizaje. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 17(2). Obtenido de <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/80>

Soto, M. (2014). *La ficha de observación*. Obtenido de <https://prezi.com/uinnphpdjtuz/la-ficha-de-observacion/>

Taracena, A. M., Ramos, J., Matute, E., & Gonzáles, A. A. (2014). Reconocimiento emocional y problemas de comportamiento social en niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 14(1), 223-248. Obtenido de <https://revistannn.files.wordpress.com/2014/07/14-reconocimiento-emocional-y-problemas-de-comportamiento-social-en-nic3b1os-con-tdah-alejandra-michel-taracena-julieta-ramos-loyo-esmeralda-matute-andrc3a9s-a-gonzc3a1lez-garrido-luis.pdf>

Urquiza, V., & Casullo, M. (2006). Empatía, razonamiento moral y conducta prosocial en adolescentes. *Anuario de investigaciones*, 13, 297-302. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862006000100031&script=sci_arttext

Vásquez, C. (2003). Predicción y prevención de la delincuencia juvenil según las teorías del desarrollo social. *Revista de Derecho*, 14(1), 135- 158. Obtenido de <https://revistaderechovaldivia.cl/index.php/revde/article/view/790>

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el trastorno negativista desafiante*. México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Obtenido de <https://asdahna.org/wp->

content/uploads/2019/05/Trastorno-Negativista.pdf

Vega, N., Mendoza, G., & Carmona, L. S. (2020). Enfoques de aprendizaje en la materia de español en niños con trastornos de aprendizaje. *Revista universitaria del caribe*, 7(24), 1-13. Obtenido de <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/331/3311623004/html/>

Velazco, M. A., Leyva, M. G., Arch, E., & Lino, A. L. (2020). Fluidez verbal fonémica y semántica en pacientes con trastorno del aprendizaje. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 65(1), 28-36. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92679>

Vera, L. J., & Alay, A. (2021). El maltrato en la familia como factor de riesgo de conducta antisocial en adolescentes. *Revista de ciencias humanísticas y sociales ReHuso*, 6(1), 23-40. Obtenido de http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2550-65872021000100023

Villa, V. (2020). *Problemas de comportamiento en adolescentes pertenecientes a familias migrantes y no migrantes de la unidad educativa Miguel Merchán Ochoa*. Escuela de Psicología clínica, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10195/1/15825.pdf>

- Villanueva, C., & Ríos, A. M. (2008). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistémica. *Revista de Psicopatología y de Psicología clínica*, 23(1), 59-74. Obtenido de <https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/04/19582-44761-1-PB.pdf>
- Zapata, J. P., & Palacio, J. D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 214-223. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502016000300010&script=sci_abstract&lng=es
- Zhang, Y., & Sun, G. (2015). A meta analysis of family risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 17(7), 721-725. doi:10.7499/j

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Saludos cordiales. Mi nombre es César Alejandro Medina Vargas Pedagogo de la Unidad Educativa Andoas, estoy cursando la maestría de Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato.

El motivo de mi presencia en esta prestigiosa institución educativa es para invitarle a ser parte de mi Proyecto de Investigación, el mismo que tiene como finalidad conocer, evidenciar y describir trastornos conductuales que existan en el alumnado, así como también conocer rasgos que apoyen a un posible diagnóstico de trastorno conductual.

Para llevar a cabo este proyecto, será necesario aplicar una ficha sociodemográfica que usted llenará con sus datos personales, así como también se aplicará el reactivo (ESPERI), con el cual conoceremos que tipo de trastorno conductual existe en la población de estudio.

Si usted da su consentimiento para que el estudiante participe:

1.- Se aplicarán los instrumentos mencionados, en el horario y espacio que determinen las autoridades de la institución.

2.- Se emitirá un informe final con los resultados de la investigación, del cual se les hará partícipes a los padres de familia.

3.- En caso de detectar alguna particularidad en los estudiantes, se elaborará una guía práctica para mejorar las condiciones del estudiante en la unidad educativa.

4.-Si está dispuesto a que su representado participe, tenga la bondad de firmar este documento.

Recuerde que su participación es voluntaria, es decir, no está obligado a participar.

En caso de no estar dispuesto a participar, escriba su nombre y encierre en un círculo la opción seleccionada.

Yo (nombre del representante): _____

Sí quiero participar

No quiero participar

Tabla 22. Matriz de evaluación de la intervención psicológica Anexo 2

Áreas	Resultados	Observaciones			
		Si logró	No logró	Parcialmente lo logró	Observaciones
Cognitiva	¿Erradicó pensamientos inadecuados sobre la manera de comportarse?				
Afectiva	¿Aprendió a gestionar sus emociones en situaciones de elevada tensión antes de reaccionar negativamente con alguien?				
Psicosomática	¿Logró identificar los signos que anteceden a un desencadenamiento de ansiedad, ira, miedo o emociones negativas?				
Social	¿Desarrolló habilidades sociales de empatía y comunicación que le permitan tener una interacción positiva y asertiva con sus pares?				
Psicopedagógica	Mejoró el ambiente escolar y evidencia la presencia de un mejor entorno que propicie su desarrollo y aprendizaje				
Conductual	¿Aplicó técnicas efectivas para disminuir las conductas disruptivas frente a situaciones de conflicto con sus pares?				

Fuente: Elaboración propia