



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
CORREGIR PROBLEMAS SOCIOEMOCIONALES  
EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD  
JOSÉ LEONARDO ORTÍZ - CHICLAYO 2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO  
DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:**

**Bach. Merino Romero Silvia de los Milagros  
ORCID: 0000-0001-8816-3485**

**Asesor:**

**Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos  
ORCID: 0000-0001-8554-6034**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana**

**Pimentel – Perú**

**2020**



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA CORREGIR  
PROBLEMAS SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTÍZ - CHICLAYO 2019”**

**AUTOR**

Bach. SILVIA DE LOS MILAGROS MERINO ROMERO

PIMENTEL – PERÚ

2020

**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA CORREGIR  
PROBLEMAS SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTÍZ - CHICLAYO 2019**

**APROBACIÓN DE LA TESIS**

---

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos

**Asesor Metodológico**

---

Dra. Dioses Lescano Nelly

**Presidente del Jurado de Tesis**

---

Mg. Llacsá Vásquez Mercedes  
**Secretario del Jurado de Tesis**

---

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos  
**Vocal del Jurado de Tesis**

## Dedicatoria

Primero a Dios por brindarme vida, salud y permitir que consolide uno más de mis retos en el aspecto profesional.

A mis Padres, esposo y mis dos hijos, por confiar en mí, motivarme día a día y brindarme su apoyo incondicional para lograr mi objetivo, a fin de seguir creciendo como profesional.

Finalmente, a mis demás familiares, amigos y colegas que de una u otra forma me incentivaron y me ofrecieron su valioso apoyo.

## Agradecimiento

A las Autoridades del Sector Salud, quienes me brindaron el apoyo y facilidad para ejecutar mi investigación.

Así mismo, a mi asesor Pedro Martinto por su valioso aporte, sugerencias, comentarios científicos y empíricos, que permitieron concluir esta investigación.

Por último, A mi Casa Superior de Estudios Universidad Señor de Sipán que a través de sus Docentes debido a su experticia impartieron valiosos conocimientos académicos.

## Resumen

Esta investigación de carácter descriptiva-propositiva, tuvo como objetivo general elaborar una Estrategia Cognitivo Conductual para corregir problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz, para ello se caracterizó la presencia de los problemas socioemocionales general y por dimensión en 30 niños de 8 a 11 años que acudieron al centro de salud, se trabajó a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, a los niños seleccionados se les aplicó el PCS – Inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales para niños previamente adaptado, para el análisis estadístico se pasó a recolectar los datos y elaborar tablas de frecuencia para la variable en general y para cada dimensión. Se obtuvo que el nivel alto, medio y bajo de los problemas socioemocionales presentan patrones porcentuales similares 33,3% para cada uno; en cuanto a las dimensiones, los mayores porcentajes se ubican en la categoría alto, sin embargo la sumatoria porcentual de las escalas medio y alto, son muy aproximadas al porcentaje bajo encontrado en las dimensiones.

*Palabras claves:* problemas socioemocionales, estrategia cognitivo conductual, análisis

## **Abstract**

This descriptive-propositive research, had as a general objective to elaborate a Cognitive Behavioral Strategy to correct socio-emotional problems in children who attend the José Leonardo Ortíz Health Center, for this the presence of general socio-emotional problems and by dimension in 30 children was characterized From 8 to 11 years old who went to the health center, we worked through non-probabilistic sampling for convenience, the selected children were applied the PCS - Inventory of Behavioral and Socio-Emotional Problems for children previously adapted, for the statistical analysis was passed to collect the data and develop frequency tables for the variable in general and for each dimension. It was obtained that the high, medium and low level of socio-emotional problems present similar percentage patterns 33.3% for each one; As for the dimensions, the highest percentages are in the high category, however the percentage sum of the medium and high scales is very close to the low percentage found in the dimensions.

*Keywords:* socio-emotional problems, cognitive behavioral strategy, analysis.

## ÍNDICE

Carátula	
Aprobación del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstrac	vii
Índice	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Trabajos previos	11
1.3. Teorías relacionadas al tema	15
1.4. Marco conceptual	17
1.5. Formulación del Problema	24
1.6. Justificación e importancia del estudio	25
1.7. Hipótesis	26
1.8. Objetivos	27
1.8.1. Objetivo General	27
1.8.2. Objetivos Específicos	27
<b>II. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>28</b>
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	28
2.2. Población y muestra	29
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	29
2.4. Procedimientos de análisis de datos	29
2.5. Criterios éticos	30
2.6. Criterios de Rigor científico	31
<b>III. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
3.1. Resultados en Tablas y Figuras	31
3.2. Discusión de resultados	36
3.3. Aporte práctico	45
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>V. RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
<b>VI. REFERENCIAS</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	<b>Análisis descriptivo de niveles de los problemas conductuales socioemocionales en niños</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 2</b>	<b>Niveles de la dimensión agresividad</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 3</b>	<b>Niveles de la dimensión retraimiento</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 4</b>	<b>Niveles de la dimensión inmadurez</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 5</b>	<b>Niveles de la dimensión comportamiento externo</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 6</b>	<b>Niveles de la dimensión control de esfínteres</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 7</b>	<b>Niveles de la dimensión ansiedad</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 8</b>	<b>Niveles de la dimensión imagen disminuida</b>	<b>35</b>
<b>Tabla 9</b>	<b>Niveles de la dimensión comportamiento de género</b>	<b>35</b>
<b>Tabla 10</b>	<b>Niveles de la dimensión temores</b>	<b>36</b>

## **I. INTRODUCCIÓN:**

### **1.1. Realidad Problemática:**

Las dificultades conductuales en niños surgen a partir de la presencia de cambios que generan estrés, no conoce género ni edades, según estudios se ha comprobado que los problemas de adaptaciones de conducta en niños son generalmente provocados por divorcios, nacimientos de hermanos, pérdidas de seres queridos, inicio de escuela o enfermedades en los padres.

Si se considera que las conductas inadecuadas en los niños, se van aprendiendo a lo largo de su vida, las cuales se mantienen y van incrementando, según las relaciones sociales ya sea familiar, escolar y otros ambientes donde se desarrollan. Por lo tanto, según lo mencionado, la responsabilidad sobre la conducta de los niños no es únicamente de la familia, sino de todos los factores que intervienen en su constitución. También es adecuado mencionar que mientras la persona va obteniendo ciertos niveles de madures, empieza a buscar moldes los cuales también, de manera influyente, contribuyen a la formación y adaptación de conductas específicas, básicas y complejas en determinadas situaciones y es en estos momentos donde empieza el sistema de comparación, las críticas frente a distintas formas de actuar en entornos comunitarios, familiares y personales.

Hablar de la conducta, es poner atención al desarrollo humano, que va fijando conductas de acuerdo a sus experiencias, ya que se producen cambios a nivel psicológico, biológico, y social, que generan expectativas en la relación con el entorno, estos cambios afectan de manera notoria la salud mental del ser humano, empieza a crearse más exigencias y demandas personales, por su naturaleza necesarias a cierta edad, como el asumir responsabilidades, o afrontar el sentimiento de pertenencia a un determinado grupo de pares, o la sensación de abandono, todas estas manifestaciones hacen que se creen dificultades en la adaptación, que abarcan desde las exigencias del medio, la escuela, la sociedad, la familia, hasta el cambio o consolidación de su propia personalidad.

Los problemas de conducta, en los niños, nacen, crecen, se reproducen, se ramifican, se agudizan y no mueren, por el contrario, ponen en jaque-mate la

pericia del docente y los padres; en pocas palabras resultan un reto. (Frola y Velásquez, 2011).

A fin de lograr el objetivo propuesto, y observando los problemas de conducta más comunes, se encuentra, la falta de respeto a las normas, tanto en la escuela como en casa, dificultades en las relaciones interpersonales causados, evidenciado a través de un diagnóstico fáctico realizado a los pacientes que acuden al servicio de psicología de un centro de salud de Chiclayo, que permitió detectar las siguientes **manifestaciones**:

Comportamiento agresivo en la escuela y en el hogar tanto con los padres como entorno social, rivalidad entre hermanos, falta de respeto hacia la figura de autoridad, comportamientos sumisos frente a su entorno, dependencia a la figura de autoridad, berrinches, rabietas, pataletas, conductas inadecuadas, como exhibicionismo, agresión física hacia sus compañeros, palabras soeces, llanto frecuente y necesidad de llamar la atención.

## **1.2. Trabajos Previos**

Existen pocas investigaciones que analicen directamente las variables de estudio, sin embargo, en lo relacionado a ello, se han encontrado los siguientes hallazgos:

### **A Nivel Internacional**

En Guatemala, Rosales (2014), realizó una investigación, con la finalidad de conocer el nivel de ira de niños de nivel primario; en su tesis descriptiva, trabajó con 230 estudiantes, seleccionados por muestreo no probabilístico, y les administró la Escala EGA. Determinó que el 63% de estudiantes reacciona frecuentemente con un nivel alto de enojo y rabia de manera impulsiva hacia las demás, mientras que el otro 37 % manifiesta un nivel medio en la presencia de dicha variable.

Flores (2012), ejecutó una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de trastornos mentales y emocionales en los niños inmigrantes de Latinoamérica en comparación con los niños españoles, trabajó con 334 niños

latinoamericanos y 191 locales, a quienes les aplicó los cuestionarios: screening el Child Behavior Checklist (CBCL) y Diagnostic Interview Schedule (DISC-P IV) y una entrevista con el objetivo de determinar posibles causantes de la variable; obtuvo como resultados que: el trastorno predominante en niños latinoamericanos es ansiedad (Me=19,48), siendo las causas más frecuentes el abandono emocional y la percepción de discriminación. En cuanto a los niños españoles, también mostraron mayor índice en los trastornos de ansiedad (Me=15,87).

Ulate (2011), ejecutó una investigación en Bogotá, con la finalidad de conocer si existe relación entre los problemas conductuales y emocionales y la resolución de conflictos, su muestra estuvo constituida por 100 padres de una institución, a quienes se les aplicó una encuesta debidamente validada y una entrevista; determinó que no existe relación entre ambas variables ( $p>0.05$ ) y en cuanto al análisis descriptivo, problemas emocionales son más predominantes en el niño (Me=50,4), los cuales a su vez guardan origen en la dinámica familiar.

En México, Soehlemann (2011), realizó una investigación con el objetivo de conocer si al aumentar la relación entre padres e hijos, disminuirá el riesgo de desarrollar problemas emocionales, trabajó con 5 estudiantes, cada uno con su apoderado, mismos seleccionados por muestreo no probabilístico, les aplicó el test del CAT y dibujo de la familia, con un total de 8 sesiones, basado en terapias cognitivas conductuales y terapia narrativa, encontró que los índices de problemas familiares disminuyen en un 67% después de la aplicación del estrategia.

En Bogotá, Borrero (2010), investigó con el objetivo de medir los efectos de un estrategia de contingencias basado en el reforzamiento positivo, dirigido para padres, para reducir conductas negativas de sus hijos, el autor trabajó con 7 padres de familia de una clínica, a quienes les aplicó una encuesta validada y determinó que los resultados iniciales son diferentes con los obtenidos después de la aplicación del estrategia ( $p<0.05$ ), mostrando bajos índices de problemas de conducta y emocionales (8%).

**A Nivel Nacional**, se encontró lo siguiente:

Márquez (2018), en Arequipa, realizó una investigación con el objetivo de conocer la relación entre la inteligencia emocional de los padres y los problemas conductuales y socioemocionales de sus hijos, su población estuvo constituida por 100 padres de familia, a quienes les aplicó los cuestionarios Inteligencia emocional de Baron Ice y el inventario de problemas conductuales y socioemocionales; determinó que no existe relación entre las variables ( $p>0.05$ ). Y en cuanto al análisis descriptivo, identificó que 92% de los niños presentaban problemas conductuales y socioemocionales y los comportamientos más frecuentes fueron comportamiento extraño (68%), comportamiento de género (52%), inmadurez (52%) y agresividad (40%).

Cusi y Mendoza (2017), hicieron una investigación, con el objetivo de conocer la relación entre los problemas conductuales y socioemocionales y el nivel socioeconómico, su muestra estuvo constituida por 104 padres de niños de nivel preescolar, a quienes les aplicó el cuestionario de problemas conductuales y socioemocionales y una encuesta del nivel socioeconómico, encontrando que ambas variables no guardan relación ( $p>0.05$ ), y con respecto al análisis descriptivo, los problemas de conducta y socioemocionales más frecuentes son: inmadurez (42%), agresividad (40%), retraimiento (18%).

En Trujillo, Arce (2016), abordó una investigación con el objetivo de conocer la relación entre la violencia intrafamiliar y la agresividad en estudiantes de primaria, su muestra se conformó por 86 estudiantes y el instrumento que utilizó para medir las variables fueron Cuestionario de violencia y Cuestionario de Agresión de Buss y Perry; halló relación significativa entre ambas variables ( $p<0.05$ ) y en lo concerniente a los resultados descriptivos, determinó que el 69% de estudiantes presenta un nivel alto de agresividad, 21% nivel moderado y 10 % nivel bajo.

Cerna y Castillejo (2015), realizaron una investigación con la finalidad de conocer si existe relación entre disgrafía e indicadores emocionales en

estudiantes de nivel primaria, su muestra estuvo conformada por 110 estudiantes, a quienes les aplicó el Test Proyectivo del Dibujo de la Figura Humana para niños de Musterberg Koppitz y el Test de Análisis de Lectoescritura T.A.L.E; encontró relación positiva entre las variables, y en lo concerniente al análisis descriptivo, detalló que los indicadores emocionales más frecuentes en los niños son: agresividad (21%), ansiedad (18%), impulsividad y timidez (15%) e inseguridad (14%).

Llanos (2014), ejecutó una investigación con el objetivo de conocer la relación entre los problemas de conducta y la lectoescritura, en niños de primer grado de primaria, su muestra estuvo constituida por 15 niños, seleccionados con muestreo no probabilístico intencional, a quienes les aplicó dos encuestas elaboradas por la autora y seguidamente validadas, determinó que no existe relación entre las variables ( $p>0.05$ ) y que la agresividad es el comportamiento más frecuente en los niños 66%

### **A Nivel Local**

Astonitas (2016), en Chiclayo, realizó una investigación con el objetivo de conocer la relación entre las aptitudes mentales y los problemas de conducta en niños de una institución educativa, su muestra estuvo constituida por 60 estudiantes, de 4to a 6to grado de primaria, a quienes les aplicó los instrumentos: PMA. Aptitudes Mentales Primarias, de Thurstone y ACE. Alteración del Comportamiento; obteniendo que no existe relación entre las variables; y en cuanto al análisis descriptivo, determinó la autora que el 71.1% presenta una desviación conductual.

En Chiclayo, Garcés (2015), realizó una estrategia basado en juegos de dramatización para disminuir la variable agresividad en estudiantes de 4to grado de primaria, su muestra estuvo constituida por 23 niños, a quienes, en su estudio experimental, les aplicó la escala de EGA, identificando en primera instancia que 48% se ubica en nivel medio de agresividad física, el 43% en nivel alto; con respecto a la agresividad verbal, un 52. 17% se ubica en el nivel medio y 43. 48 % en nivel alto y en lo concerniente a la agresividad psicológica, el mayor porcentaje se presenta en la categoría medio (57%)

seguido del nivel bajo (26%). Cabe resaltar que después de la aplicación de la estrategia, halló resultados significativos en la reducción del nivel de agresividad ( $p < 0.05$ ).

### **1.3. Teorías relacionadas al tema:**

La Terapia Cognitiva Conductual ha tenido gran desarrollo en la disminución e incluso erradicación de alteraciones conductuales y socioemocionales, generalmente, el trabajo tríadico influido en los pensamientos, conductas y sentimientos son eficientes y anulan el desarrollo de patologías. (Zambrano, 2011).

Es fundamental hacer uso de estrategias cognitivas conductuales, pues diversos estudios señalan la eficacia del mismo para alteraciones conductuales, socioemocionales y mentales graves; Saltaru y Vásquez (2008), señalan que de 100 casos de estrés postraumático, debido a maltrato infantil, el 69,8% se establecía más rápido recibiendo tratamientos cognitivos conductuales, asimismo, estos problemas de abuso o maltrato infantil, desencadenaban otras respuestas, entre estas: ansiedad, agresividad, retraimiento, timidez y temor, las cuales también reducían considerablemente con el enfoque cognitivo conductual, de 42 casos hallados, el 70,4% se retomaba sus actividades, en comparación a otros enfoques.

Así también, Fullana, Fernández, Bulbena y Toro (2011), en una investigación en España, con niños que acudieron a tratamiento por tres años, determinaron que la eficacia de la terapia cognitivo conductual se encuentra por encima de otras terapias psicológicas en la intervención a los trastornos de ansiedad y depresión en los niños.

El sustento antes presentado resalta lo eficiente que pueden ser empleadas las técnicas cognitivas conductuales para reducir problemas comportamentales; este modelo de intervención argumenta que el pensamiento es la herramienta primordial para mejorar la conducta y emociones; en los niños se busca que el trabajo sea holístico, pues sus apoderados son la herramienta fundamental a mejorar, para modificar el cambio del sistema; corregir ansiedad, temor, retraimiento, berrinches, timidez y problemas de autoestima en el niño, pasa

también por empoderar a los padres, modificar estructura de crianza que se han estado llevando a cabo y generar un ambiente de desarrollo saludable.

La intervención cognitiva conductual, hace uso de distintas técnicas que regulan la conducta y emociones, el moldeamiento, encadenamiento, reforzadores, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, entre otras, todas estas con sustento empírico, pues como señala Prieto (2015), las estrategias cognitivas conductuales, han presentado gran soporte empírico, en comparación a otras terapias alternativas, en problemas de conducta, socioemocionales y mentales tiene gran impacto y mayor eficacia.

### **Enfoque cognitivo conductual**

La Psicoterapia Cognitivo Conductual, es uno de los enfoques centrados en trabajar sobre variables psicológicas severas, las cuales mantengan una relación estrecha con el pensamiento, conducta y emoción; de modo tal que, es una de las más adecuadas para intervenir sobre el fenómeno de problemas de conductas y socioemocionales; el modo de intervención cognitiva conductual modifica esquemas desadaptativos y patrones de comportamiento; Ruíz, Díaz y Villalobos (2015), manifiestan que las estrategias cognitivas conductuales modifican y reemplazan patrones estructurales de pensamientos, para con llevar al desarrollo de conductas adaptativas.

Gómez e Ibañez (2015), definen a la Psicoterapia Cognitiva Conductual como un modo de intervención psicológica centrada en erradicar pensamientos negativos, devaluativos, esquemas desadaptativos y creencias ilógicas y reemplazarlas por pensamientos adaptativos, lógicos; con la finalidad de mejorar patrones de conducta que retribuyan en tal sentido, un mejor estado de ánimo.

### **Características**

El Enfoque Cognitivo Conductual es de rápido desarrollo y estrategias válidas para la intervención clínica, logra emplear una variedad de técnicas, las cuales buscan modificar factores emocionales, cognitivos y comportamentales. (Gómez e Ibañez, 2015).



Desde una perspectiva similar, Ruíz, Díaz y Villalobos (2015), argumentan que la Terapia Cognitiva Conductual, cuenta con gran soporte científico, modifica esquemas cognitivos inadecuados, rompe estructuras de pensamiento ilógico y promueve conductas adecuadas.

Distintos representantes de este enfoque manifiestan que la intervención cognitiva promueve patrones adaptativos, los cuales son estructurados a partir de la modificación de esquemas cognitivos, este enfoque está dirigido a reducir variables psicológicas severas; así pues las terapias desde este modelo, desarrollan nuevas conductas a partir de la modificación de esquemas mentales. (Beck, 1979); (Young, Klosko, y Weishaar, 1999); (Ellis, citado por Oblitas, 2008).

En tal sentido, Becoña y Cortés (2007), manifiestan que la Terapia Cognitivo Conductual se caracteriza por:

- Establece metas realistas con el paciente.
- Se centra en problemas actuales.
- Utiliza técnicas dirigidas a romper patrones de pensamiento.
- Flexibilidad en la terapia.
- Las técnicas cognitivas tienen conexión con las teorías psicológicas establecidas.
- Su efectividad está enfocada en base empírica.

#### **1.4. Marco Conceptual**

##### **a) Modelo de Aron Beck**

Se explica que los comportamientos y conductas, son el reflejo de patrones cognitivos, los cuales han sido adquiridos a través de distintas experiencias desde temprana edad; este modelo está basado en pacientes con depresión, sin embargo, dado a la ampliación del mismo, es un factor explicativo de las conductas disruptivas en su totalidad; por tanto el modo de intervención se dirige a reestructurar el estilo de pensamiento o ideas

que son parte de un esquema cognitivo, las técnicas o estrategias que se utilizan, generalmente son la visualización, exposición gradual y diálogo de confrontación; todas éstas se dirigen a reestructurar patrones de pensamiento, influyendo así en la conducta y emociones. (Beck, 1979).

#### **b) Modelo de Albert Ellis**

Ellis, citado por Oblitas (2008), refiere que la terapia racional emotiva, está dirigida a modificar las creencias irracionales, mismas que son explicadas a través de la interpretación de un evento activante de creencias (A), al surgir las ideas irracionales sobre el evento (B), se producirá unas consecuencias emocionales y/o conductuales (C). Por lo tanto, el modo de intervención planteado en este enfoque, se dirige a modificar las creencias irracionales sobre los eventos activantes y evitar así problemas emocionales, sabiendo que el sistema de creencias y las emociones están significativamente relacionados, se conoce que la modificación de las ideas generará modificación en los sentimientos.

#### **c) Modelo de esquemas de Young**

Este modelo explica que los comportamientos desadaptativos o disruptivos son producto de estructura cognitivas almacenadas, adquiridas y desarrolladas desde la infancia, dado a la crianza de los padres, al temperamento de los niños y a las situaciones importantes e impactantes que atraviesa un infante; por ello, el modo de intervenir se enfoca en la modificación de esquemas desadaptativos, mediante técnicas experienciales y de visualización, en estas, el terapeuta lleva a imaginar situaciones que activen sus esquemas o eventos que sucedieron y arraigaron los mismos, con la finalidad de confrontar y romper ese modo actual de hacer frente a los problemas. (Young, Klosko, & Weishaar, 1999)

#### **Estrategias cognitivas conductuales**

Existen distintas estrategias vinculadas al desarrollo de conductas adaptativas y emociones deseables, entre este bagaje se encuentran:

Entrenamiento en habilidades sociales: las estrategias empleadas aquí están dirigidas a mejorar las relaciones interpersonales y/o relaciones de grupo, normalmente hace uso frecuente de: reforzamientos positivos, el cual aumenta la conducta deseable del sujeto; aprendizaje vicario, el sujeto aquí, aprende nuevas conductas mediante la observación de un modelo y la técnica de retroalimentación interpersonal, el reforzamiento aquí debe ser contingente, tras la emisión de una conducta agradable, el terapeuta retribuye al sujeto los pro y contra de la misma. (Bandura, citado por Díaz, 2018).

**Autoinstrucciones:** la conducta disruptiva o emociones negativas es trasformada a partir del diálogo interno, de modo tal que el sujeto opta por autosugerirse connotaciones positivas y adaptativas. (González y Carrasco, 2006).

**Entrenamiento en solución de problemas sociales:** esta técnica conlleva a reducir conductas violentas, se encarga de optimizar conductas metas con la finalidad de manejar situaciones estresantes y conflictivas, dicho de otra manera, el sujeto incrementa habilidad de solución de problemas. (Gonzales & Carrasco, 2006).

**Economía de fichas:** esta estrategia promueve conductas deseadas, blancas y disminuye conductas problemáticas; se basa en reforzamientos positivos y modelamiento, el sujeto experimental recibe fichas, puntos, estampillas como reforzadores después de lograr una conducta meta y por medio de esta retribución poder establecer las conductas deseables. (Castillo, Ledo y Ramos, 2012).

Manejo de contingencias: esta estrategia se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes tras la emisión o no de una conducta meta, dicho de otra manera, en la emisión de una conducta saludable se aplicará un reforzador, no obstante, si no se realiza dicha conducta, se aplicará un castigo. (Becoña & Cortés, 2007).

**Técnicas aversivas:** se aplican estímulos con connotación negativa que buscan eliminar las conductas indeseables, a diferencia del castigo, aquí el sujeto puede escapar o evitar el estímulo aversivo. (Gonzales & Carrasco, 2006)

**Modelamiento:** el sujeto participa como observador o como sujeto activo, un modelo genera determinadas conductas, las cuales serán imitadas; esta estrategia sigue el principio del aprendizaje vicario planteado por Bandura. (Gonzales & Carrasco, 2006)

## **Problemas conductuales y socioemocionales**

### **Definiciones**

La variable dado al interés de medida, se definirá en torno a la población; los problemas de conducta y socioemocionales son manifestaciones perjudiciales desencadenadas por factores familiares, ambientales e individuales o del temperamento que presenta el niño, estas se desvían de los parámetros normales y perturban el estado del sujeto. (Paquetín, 2009); desde una perspectiva similar, Borrero (2010), define los problemas de conducta y socioemocionales, como unos sistemas de manifestaciones que generan perturbación en el estado actual del niño y sus seres cercanos.

Como se ha visto, los problemas de conducta y socioemocionales, explican manifestaciones comportamentales que escapan de la norma y generan daño a sí mismos y a sus semejantes, estas manifestaciones se relacionan factores familiares, del temperamento y ambientales.

Entonces, brevemente se podría señalar que los problemas conductuales y socioemocionales se definen como un conjunto de manifestaciones que escapan de la norma y perturban el desarrollo normal del niño. (Hermeza, citado por Márquez, 2018).

### **Dimensiones**

Hermeza, citado por Márquez (2018), propone lo siguiente:

- a) **Agresividad:** El niño muestra conductas dirigidas a buscar daño físico o psicológico, se considera una acción intencionada.

- b) **Retraimiento:** El niño se aísla de las personas o eventos sociales, existe un déficit de relaciones sociales y una tendencia marcada a la evitación o escape del contacto social, se relacionan poco en cuanto a frecuencia y no encuentran satisfacción en la interacción ya sea por miedo, temor u otro factor, suelen permanecer solos, su conducta es pasiva.
- c) **Inmadurez:** Las conductas que el niño presenta no corresponden con lo esperado para su edad, pues sus conductas son propias de niños más pequeños: llantos frecuentes, dependencia a los adultos, buscan contacto con niños de menor edad, etc; estos niños muestran poca seguridad y baja autoestima.
- d) **Comportamiento extraño:** se debe tener especial cuidado al determinar estos comportamientos en un niño, muestran terror excesivo, conductas neuróticas; es necesario observar la forma y el contexto de estos comportamientos para evitar errores.
- e) **Control de esfínteres:** la madurez infantil, denota micción y defecación voluntaria, la enuresis como la ecopresis son trastornos del control involuntario de la orina y heces, esto en el niño se presentan combinadas o aisladas, puede ser productos de trastornos psiquiátricos, falta de comprensión de los familiares o personas significativas, causas orgánicas o demasiado estrés.
- f) **Ansiedad:** El niño muestra preocupaciones frecuentes, malestar significativo y presentimiento de que algo malo o negativo sucederá, existe cierta sensación de desamparo, abandono o separación; manifiesta sentimientos de culpa, angustia, a veces dado a una situación fuerte del pasado que se asocia a nuevos eventos que aún no ha experimentado.
- g) **Imagen disminuida:** Se habla de dos puntos fundamentales, el primero, *Autoestima*, la cual representa a la valoración propia, la

autoaceptación, la representación de su yo, conociendo sus habilidades, debilidades y aceptándolas para potenciarlas; el segundo, *Implicaciones en la imagen personal*, los niños pueden manifestar una autoestima dentro de los parámetros normales, no obstante, la disminución o excesiva tendencia de la misma genera alteraciones, la baja autoestima, representa a niños tristes, pasivos, etc; y la muy alta autoestima, representa a un niño vanidoso y sin límites en el comportamiento.

- h) **Comportamiento de género:** el niño ejecuta comportamientos en base a la imitación y la etiqueta puesta por personas significativas; el lenguaje en la crianza que emiten los padres son potentes para que el niño aprenda a diferenciar entre ambos sexos y sus conductas que se desarrollan en un determinado momento.
- i) **Temores:** a pesar que existen ciertos temores típicos en la infancia, como a ruidos fuertes, animales, personajes, objetos extraños, oscuridad y soledad; la frecuencia o permanencia de estos en intensidad, es un indicador a tomar en cuenta; pues se puede presentar como factor influyente en el desarrollo de anomalías.

## **Modelos explicativos**

### **a) Teorías del instinto**

Este enfoque explicaría las conductas agresivas, los enfoques psicoanalíticos señalaban que el ser humano nace con un fuerte instinto agresivo, el cual explica que la energía se emite debido a la presión constante, se afirma bajo este enfoque que la agresión es innata; dando énfasis a una base biológica y hereditaria. (Chapi, 2012).

### **b) Teorías cognitivas**

En la infancia se estructura formas de pensar que influyen en el sentir y actuar de la persona, este enfoque explica que los problemas conductuales y socioemocionales están mediadas por estructuras cognitivas interiorizadas en el niño, esto se relaciona al modo de

crianza, situaciones impactantes y temperamento. (Beck, 1979); (Young, Klosko, & Weishaar, 1999).

#### **b) Teoría de Steinberg**

Esta teoría explica que los problemas conductuales y socioemocionales surgen a partir del estilo de crianza que emiten los padres, un estilo autoritario podría desatar niños retraídos, el estilo negligente, puede desatar conductas agresivas, etc. (García, Rivera, & Reyes, 2014).

#### **Factores de riesgo**

Cuando se hace mención a problemas del comportamiento, como factores de riesgo se presenta una variación e interconexión de estos; por ello se habla de factores multicausales; Cia, Oliveira y Pereira (2006) proponen lo siguiente:

**Factores familiares:** sin duda sobre este factor recae el mayor peso cuando se habla de problemas conductuales y socioemocionales en los niños, se asocia a familias disfuncionales, problemas de comunicación, carencias afectivas, límites inflexibles, comparaciones o falta de atención, poca preparación para asumir el rol de padres, padres divorciados, abandono emocional, negligencia, padres autoritarios, niños sobreprotegidos, herencia, etc.

**Factores ambientales:** medio social de riesgo, delincuencia, consumo de drogas, violencia en el hogar, bullying en las instituciones educativas, pobreza, etc.

**Factores individuales:** temperamento temeroso o agresivo, problemas orgánicos, aprendizaje negativo de un medio social complicado, herencia.

#### **Psicoterapia Cognitiva Conductual**

Gómez e Ibañez (2015), definen a la psicoterapia cognitiva conductual como un modo de intervención psicológica centrada en erradicar pensamientos negativos, devaluativos, esquemas desadaptativos y creencias ilógicas y reemplazarlas por pensamientos adaptativos, lógicos; con la finalidad de mejorar patrones de conducta que retribuyan en tal sentido, un mejor estado de ánimo.

## **Problemas Socioemocionales**

Conjunto de manifestaciones que escapan de la norma y perturban el desarrollo normal del niño. (Hermosa, citado por Márquez, 2018).

### **1.5. Formulación del Problema:**

La falta de autoridad en la familia, limita el adecuado cumplimiento de las normas de convivencia, en niños que se acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz de Chiclayo.

El crecimiento económico y las necesidades profesionales y culturales, han sido determinantes, que han llevado a los padres a trabajar, muchas veces en horarios cambiantes; situación que ha conllevado a buscar alternativas para el cuidado de los niños, que en ocasiones ya no se quedan al cuidado de la madre, o familiares cercanos. Por otro lado, en el distrito de José Leonardo Ortiz, el 67.18% de madres tienen edades entre 27 y 43, el 31.79% entre 19 y 26. Asimismo, el 88.21% de ellas trabajan. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

Una de las principales características de la población en estudio, es la presencia de familias inmigrantes de otros departamentos, quienes se trasladan a este sector buscando trabajo, y mayores oportunidades para sus hijos.

El distrito de José Leonardo Ortiz es el más grande del departamento de Lambayeque, con una cultura variada, ya que alberga a personas de diferentes regiones, con costumbres, ideologías, distintas. El crecimiento demográfico indiscriminado, y falta de un plan de urbanización, ha tenido como consecuencia el incremento de robos, usurpaciones, delitos contra la libertad sexual, tráfico de drogas, tenencia ilegal de armas entre otros. Asimismo, la violencia familiar es un delito frecuentemente. Actualmente, con las políticas de protección a la mujer y poblaciones vulnerables, se reportan más denuncias. Otro de los problemas recurrente en el distrito es el consumo de sustancias, el cual se presenta por el acceso que tienen los estudiantes, es así que DEVIDA en el año 2015, realizó un estudio en el cual los adolescentes de entre 14 y 17 años, indicaban haber consumido, por lo menos una vez en su vida y que consiguieron las sustancias en su Institución Educativa.



Según, la información recogida en el Plan Local de Seguridad Ciudadana – 2017, del distrito de José Leonardo Ortiz, la Familia no apoya en la gestión de las instituciones Educativas, encontrándose familias desestructuradas y familias disfuncionales. Asimismo, se han reportado y comprobado casos de violencia escolar (bullyng).

En la búsqueda de las **causas** del problema antes planteado, se observan: reglas poco claras en la familia, familias disfuncionales, limitantes y normas no establecidas, escasa preocupación por el bienestar de los niños, padres que no se encuentran preparados para asumir con responsabilidad funciones dentro del hogar, padres que viven con otros parientes (Familias Extensas), padres que conforman familias monoparentales, medios de comunicación masivas que transmiten estrategias negativos, miembros del hogar con posibles comportamientos antisociales, el manejo inadecuado para orientar y educar a los hijos desde la infancia, imitación de un modelo negativo, malos hábitos en el hogar y problemas orgánicos cerebrales.

Comportamiento agresivo en la escuela y en el hogar tanto con los padres como entorno social, rivalidad entre hermanos, falta de respeto hacia la figura de autoridad, comportamientos sumisos frente a su entorno, dependencia a la figura de autoridad, berrinches, rabietas, pataletas, conductas inadecuadas, como exhibicionismo, agresión física hacia sus compañeros, palabras soeces, llanto frecuente y necesidad de llamar la atención.

Lo mencionado, hace referencia a los niños con conductas difíciles, que presentan ciertas características en su comportamiento, haciéndose necesario plasmar un plan de intervención, en el que se brinden pautas de crianza, como solución a los problemas presentados.

#### **1.6. Justificación e importancia del estudio:**

El presente trabajo radica a partir del interés sobre una realidad problemática, muy mencionada, pero poco estudiada, los problemas conductuales y socioemocionales son reflejo en gran parte de la crianza y/o enseñanza de los

padres o seres significativos, se sabe que ellos son la base para el desarrollo adaptativo del niño, por ello, elaborar un estrategia dirigido a los padres, buscará una probable solución a los altos índices de problemas de conducta o emocionales en los niños.

A nivel teórico es común encontrar hallazgos sobre problemas de conducta, en los cuales se aborda uno o dos de estos, sin embargo, se ha evidenciado que existen pocos estudios dirigidos a conocer la presencia de un conglomerado de conductas desviadas y problemas socioemocionales, es por ello también que, los estrategias que se diseñan, se dirigen a disminuir la agresividad, impulsividad, ect; por tanto parte de la importancia de esta investigación recae en aportar a los vacíos teóricos existentes y elaborar un estrategia en el cual no solo se trabaje los comportamientos de carácter agresivo, sino también, el aislamiento, la tristeza, la inseguridad, ect.

Este nuevo hallazgo permitirá, además, describir la realidad de nuestra localidad, permitiendo refinar teorías y sirviendo como referente teórico para futuros estudios y estrategias de intervención.

Asimismo, este estudio permitirá obtener resultados con la finalidad de elaborar una estrategia cognitivo conductual dirigido a padres de familia para reducir factores de riesgo asociados a problemas de conductas y socioemocionales en los niños y promover factores de protección hacia la optimización de la conducta adaptativa.

Por último, metodológicamente, se aportará con la elaboración y validez de la estrategia, con la finalidad de que además de este estudio, sea utilizado para otras investigaciones experimentales, cuasiexperimentales o por entidades de salud.

## **1.7. Hipótesis**

### **1.7. 1. Hipótesis**

Si se elabora una Estrategia Cognitivo Conductual entonces se corregirá los problemas socioemocionales en niños que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo 2019.

## **1.7.2. Variables**

### **Variable Independiente**

La variable planteada, es la Estrategia Psicométrica Cognitivo Conductual, la misma que genera a modo de propuesta como causa del fenómeno investigado. La operacionalización se detalla en el anexo N°03 (ver pág. 71).

### **Variable Dependiente**

Referido a esta variable, fue medida en a base a su construcción teórica siendo el objeto de estudio la conducta de los niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz de Chiclayo. La operacionalización se detalla en el anexo N° 03-A (ver pág. 72).

## **1.8. Objetivos**

### **1.8.1. Objetivo General**

Frente a la problemática expuesta del presente estudio tiene como objetivo elaborar una Estrategia Cognitivo Conductual para corregir problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz.

### **1.8.2. Objetivos Específicos**

Para dar tratamiento tanto al objetivo como a la hipótesis mencionada el presente estudio ha planteado las siguientes tareas en las etapas de fundamentación, elaboración teórica y aplicación de investigación:

- Determinar tendencias teóricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Identificar la presencia de problemas conductuales y socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo - Chiclayo 2019.
- Elaborar las fases, etapas, contenido, objetivo, métodos y actividades de la propuesta.
- Validar por criterio de especialista la Estrategia Cognitivo Conductual.

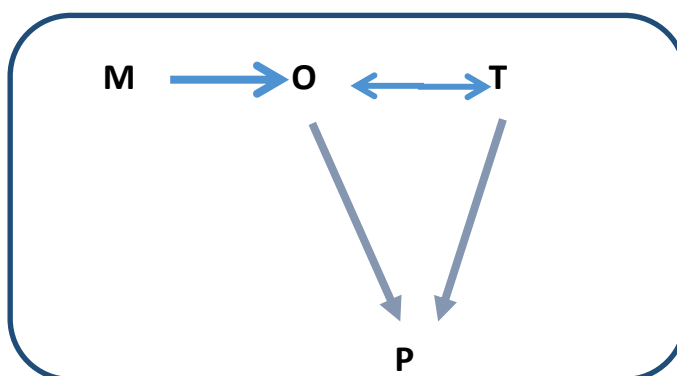
## II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación es mixta debido a la utilización de métodos y procedimientos cualitativos y cuantitativos con un enfoque sistémico. (Pérez Martinto & Palacios Ladines, 2014).

El diseño de investigación es Descriptiva puesto que va dirigida a responder las causas de la problemática de la formación docente y Proyectiva-propositiva porque busca dar soluciones a la problemática estudiada. (Pérez Martinto & Palacios Ladines, 2014).

La representación se expresa en el siguiente esquema:



#### **Dónde:**

**M** = muestra (niños que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo)

**O** = Observación para evidenciar el Diagnóstico.

**T** = Análisis teórico de la bibliografía relacionada con el tema,

**P**= Propuesta basada en la observación y la teoría establecida.

## 2.2. Población y Muestra

La población objetivo estuvo conformada por 30 niños y niñas, que pertenecen al Programa de Habilidades Sociales del Centro de Salud José Leonardo Ortíz, cuyos padres aceptaron la participación.

**Muestreo:** Para la muestra de estudio se contó con la misma cantidad de población de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre 8 a 11 años de edad, por el acceso y disponibilidad a la información.

## 2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Como métodos y técnicas de investigación se utilizó:

**Del nivel teórico** (análisis-síntesis, inducción-deducción, histórico-lógico, s) para la caracterización de los antecedentes teóricos e históricos de la teoría cognitivo conductual y la construcción del aporte.

**Del nivel empírico**, para la caracterización del estado actual de la dinámica del proceso socioemocional en los niños (encuestas, entrevistas, análisis documental), la corroboración de la factibilidad y el valor científico-metodológico de los resultados de la investigación (criterios de expertos) y la ejemplificación de la Estrategia Cognitivo Conductual.

Técnicas de la estadística descriptiva para determinar medias y frecuencia de los indicadores medidos. La fiabilidad del instrumento aplicado a los expertos se evaluó mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (R. Hernández; C. Fernández y P. Baptista, 2000) y la concordancia de los expertos se estimó mediante el coeficiente W de Kendall (R. Fernández y A. Martín, 2007).

## 2.4. Procedimiento de análisis de datos

En relación a los objetivos propuestos en la investigación, el método seleccionado es el inductivo y obedece al enfoque cualitativo - cuantitativo.

La forma operativa del método, será un trabajo de campo por medio de:

La observación directa del fenómeno en su estado natural con el fin de describir el comportamiento de la población.

Las encuestas serán aplicadas, a través de un cuestionario, para el recojo de la información acerca del desempeño laboral.

La entrevista a los padres y especialistas se realizará para obtener información del proceso de la socioemocional.

Los datos obtenidos serán estudiados e interpretados teniendo en cuenta la estadística descriptiva, es decir se utilizó el método estadístico perimétrico denominado cuadros porcentuales, cuyos elementos principales son: indicadores, tablas de frecuencias y porcentajes, los datos serán presentados en gráficos estadísticos para observar el comportamiento de los datos obtenidos.

## 2.5. Criterios Éticos

De acuerdo con los principios establecidos y a la naturaleza de la investigación los aspectos éticos a considerar en el presente trabajo de investigación son los estipulados por Report Belmont (2003), el cual menciona tres principios éticos:

**Beneficencia:** Es el trato ético y respeto que se demuestra a las personas que forman parte de la investigación, asegurando su bienestar, protegiendo y respetando sus decisiones.

**Respeto para la dignidad humana:** Respeto a la autonomía de las personas y a sus derechos.

**Justicia:** Como investigador haré valer el derecho de justicia, que tiene cada participante ya sea por su condición, dar a cada persona una participación igual ya sea por su estatus social o económico, valorando sus beneficios y haciendo uso de una selección equitativa entre los sujetos de investigación.

## 2.6. Criterios de Rigor Científico

La presente investigación parte de la científicidad materializado en la objetividad, fiabilidad relevancia, consistencia de los datos, concordancia de la teoría y la práctica.

## III. RESULTADOS

### 3.1. Resultados en Tablas y Figuras

#### Baremos de las problemas conductuales – socioemocionales

	Agresividad	retraimiento	inmadurez	Comportamiento extraño	control esfínteres	ansiedad	imagen disminuida	Comportamiento genero	temores	Total
BAJO	0-1	0 - 3	0 - 3	0 -1	0 - 1	0 - 1	0 - 1	0 - 1	0 -1	0 - 5
MEDIO	2	4	4	2	2	2	2	2	2	6 - 17
ALTO	3 a mas	5 a mas	5 a mas	3 a mas	3 a mas	3 a mas	3 a mas	3 a mas	3 a mas	18 a mas

#### Resultados

##### Tabla 1

Análisis descriptivo de los Niveles de los problemas conductuales socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz

Niveles de problemas socioemocionales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	33,3
Medio	10	33,3
Alto	10	33,3
Total	30	100.0%

En la tabla 1 se aprecia que los tanto los niveles bajo, medio y alto presentan un 33,3% de problemas conductuales – socioemocionales. Esto indica que el 66,6% del total están en niveles medio y alto, población que demanda el diseño,

implementación y aplicación de la estrategia cognitiva conductual, con la finalidad de corregir dichos problemas.

**Tabla 2**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión agresividad de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz

Dimensión agresividad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	66,7
Alto	10	33,3
Total	30	100,0

En la tabla se observa mayor porcentaje del nivel bajo de agresividad con el 66,7%, seguido del nivel alto con el 33,3%. Sin embargo, se rescata que 1/3 de la población investigada presenta niveles altos de agresividad, por tanto, es necesario ejecutar técnicas para disminuir dicho porcentaje.

**Tabla 3**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión retraimiento de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz

Niveles de retraimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	66,7
Alto	10	33,3
Total	30	100,0

En la tabla 3 se aprecia mayor porcentaje del nivel bajo de retraimiento con el 66,7%, seguido del nivel alto con el 33,3% de dicha dimensión. De igual forma se afirma que 1/3 de la población investigada presenta elevados niveles de retraimiento.



**Tabla 4**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión inmadurez de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Niveles de inmadurez	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	53,3
Medio	5	16,7
Alto	9	30,0
Total	30	100,0

En la tabla 4 se evidencia mayor porcentaje del nivel bajo de inmadurez con el 53,3%, seguido del nivel alto con el 30%. Sin embargo, menor porcentaje presenta el nivel medio con el 16,7%. No obstante, los niveles medio y alto suman el 46,7%; es decir cerca de la mitad de la población necesita la ejecución de estrategias cognitivo conductual con la finalidad de reducir los niveles de inmadurez en la población beneficiaria.

**Tabla 5**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión comportamiento extraño de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Niveles de comportamiento extraño	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	21	70,0
Medio	6	20,0
Alto	3	10,0
Total	30	100,0

En la tabla 5 se aprecia predominancia del nivel bajo de comportamiento extraño con el 70% del total, seguido del nivel medio con el 20%. No obstante, solo un 10% presenta niveles altos en la dimensión comportamiento extraño.

**Tabla 6**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión control de esfínteres de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz

Niveles de control de esfínteres	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	83,3
Medio	5	16,7
Total	30	100,0

En la tabla 6 se aprecia mayor porcentaje del nivel bajo de control de esfínteres con el 83,3% del total de la población; con obstante solo el 16,7% presenta niveles medios; esto indica que la mayoría de los participantes de la investigación poseen niveles bajos en dicha dimensión.

**Tabla 7**

Análisis descriptivo de la dimensión ansiedad de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Niveles de la dimensión ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	63,3
Medio	6	20,0
Alto	5	16,7
Total	30	100,0

Por su parte en la tabla 7 se denota que el nivel bajo de ansiedad posee el 63,3%, seguido del nivel medio con el 20%, sin embargo, el 16,7% presenta nivele alto de ansiedad. En tanto que se deduce que 1/3 de la población investigada presenta

niveles: medio y altos de ansiedad. En ese sentido es indispensable la implementación de sesiones cognitivo – conductuales con la finalidad de reducir dichos niveles de ansiedad.

**Tabla 8**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión imagen disminuida de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Niveles de imagen disminuida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	46,7
Medio	11	36,7
Alto	5	16,7
Total	30	100,0

En la tabla 8 se observa que el 46,7% presenta nivel bajo la dimensión imagen disminuida, en tanto que el nivel medio posee el 36,7%. Sin embargo, el menor porcentaje se aprecia en el nivel alto con el 16,7%. En ese sentido se deduce que más del 50% presenta niveles medio y alto de la imagen disminuida; por tal motivo se infiere que la población beneficiaria demanda la aplicación de técnicas cognitivo conductuales para disminuir dichas dimensiones.

**Tabla 9**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión comportamiento de genero de los problemas conductuales – socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Niveles de comportamiento de genero	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	29	96,7
Medio	1	3,3
Total	30	100,0

En la tabla 9 se evidencia predominancia del nivel bajo de la dimensión comportamiento .de genero con el 96,7%, sin embargo, un porcentaje mínimo del nivel medio con el 3,3%.

**Tabla 10**

Análisis descriptivo de los niveles de la dimensión temores de los problemas conductuales-socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Niveles de la dimensión temores	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	50,0
Medio	6	20,0
Alto	9	30,0
Total	30	100,0

Por consiguiente, en la tabla 10 se observa que el nivel bajo de la dimensión temores presenta el 50%, seguido del nivel alto con el 30%, finalmente el nivel medio con el 20%. Por lo que se deduce que la mitad de la población se encuentra en los niveles medio y alto de la mencionada dimensión; es decir, se requiere la implementación de estrategias cognitivo – conductuales con la finalidad de reducir los niveles de la dimensión temores.

**3.2. Discusión de Resultados**

La presente investigación descriptiva-propositiva, buscó elaborar estrategias cognitivo conductual para corregir problemas socioemocionales en los niños, para ello se identificó la presencia de esta última variable en la población constituida por 30 niños de 8 a 11 años de edad del Centro de Salud del distrito de José Leonardo Ortiz; para el análisis de la presencia de los problemas socioemocionales en los niños se procedió a determinar tablas dinámicas, que se discutirán seguidamente.

En el análisis descriptivo sobre el nivel de problemas socioemocionales, se determinó igualdad en todas las categorías, presentando 33,3% en el nivel bajo, medio y alto; este resultado discrepa con lo hallado por Márquez (2018) y Astonitas (2016), quienes encontraron que no existe similitud en los porcentajes de las categorías sino que gran porcentaje de los niños presentan altos niveles de problemas socioemocionales, 92% y 71.1% respectivamente para los estudios; los estudios realizados por ambos autores fueron dirigidos para niños de edad preescolar a diferencia del presente estudio, teóricamente se puede inferir que mientras un niño va creciendo, obtiene mayores niveles de madurez, empieza a buscar moldes los cuales también, de manera influyente, contribuyen a la formación y adaptación de conductas específicas, básicas y complejas en determinadas situaciones o por otro lado tienen a arraigarse los problemas socioemocionales. (Frola y Velásquez, 2011). Es posible que este primer supuesto se haya presentado en la población, menguando así los problemas socioemocionales y obteniendo categorías equitativas sobre la presencia de la variable.

Ahora bien, el obtener categorías equitativas en cuanto al porcentaje de problemas socioemocionales, no significa que aquello sea adecuado, el 33,3% en nivel alto y 33,3% en nivel medio también es una cifra preocupante, pues la suma de ambos, 66.6%, estaría representando a niños con dificultades de posiblemente ansiedad, agresividad, timidez, temor, etc. (Hermeza, citado por Márquez, 2018).

Estas categorías, con un porcentaje preocupante de problemas socioemocionales, desde el enfoque cognitivo, se podría señalar que han venido siendo aprendidas mediante la observación o participación en un evento traumático lo cual ha estructurado un esquema cognitivo que tiende a repetir una conducta similar a lo vivenciado. (Beck, 1979); (Young, et al., 1999). Por otro lado, desde el modelo de Steinberg, se daría paso a explicar que la crianza también ha sido determinante en el desarrollo de un problema socioemocional, pues un estilo autoritario de crianza podría desatar un niño con escasas habilidades para afrontar problemas, tímido y/o retraído. (García et al., 2014).

Ampliando el origen de dicho porcentaje, Cia et al. (2006), afirma que existen ciertos factores de riesgo para desarrollar problemas socioemocionales, algunos de estos son los factores familiares, aquí se encuentran familias disfuncionales, carencias afectivas, negligencia, etc; los factores ambientales, el medio social también puede ser un riesgo, violencia, pandillaje, bullying, etc; y los factores individuales, este último hace referencia al temperamento del niño, el cual puede mostrarse como una variable predisponente a desarrollar problemas socioemocionales.

Young et al. (1999), agrupa tres formas de desarrollar un problema socioemocional, el primero se da cuando el sujeto experimenta excesivamente mucho de algo agradable, aquí la sobreprotección, el segundo factor es dado cuando el niño experimenta algún trauma o situación compleja que lleve a la estructuración e interiorización de alguna inadecuación y el tercero se da por medio del temperamento del niño, existen algunos infantes extrovertidos otro introvertidos.

Es así pues como se pueden estructurar los problemas socioemocionales y la forma de intervenir sobre ellos es por medio de las terapias, una de estas es el modelo cognitivo conductual, el cual utiliza técnicas dirigidas a romper patrones de conducta y se centra en problemas actuales, siendo enfocada en base empírica. (Becoña y Cortés, 2007)

La Psicoterapia Cognitiva Conductual es un modo de intervención psicológica centrada en erradicar pensamientos negativos, devaluativos, esquemas desadaptativos y creencias ilógicas y reemplazarlas por pensamientos adaptativos, lógicos; con la finalidad de mejorar patrones de conducta que retribuyan en tal sentido, un mejor estado de ánimo. (Gómez e Ibañez, 2015)

Más específicamente, considerándose que los problemas socioemocionales están guiados por los esquemas y/o pensamientos, la estrategias para erradicar dichos problemas, pueden ser el modelamiento en el cual el sujeto participa como observador o como sujeto activo, un modelo genera determinadas conductas, las cuales serán imitadas para el sujeto aprendiz (Gonzales y Carrasco, 2006); asimismo, las autoinstrucciones, en la cual la conducta disruptiva o emociones

negativas es transformada a partir del diálogo interno, de modo tal que el sujeto opta por autosugerirse connotaciones positivas y adaptativas. (González y Carrasco, 2006); el manejo de contingencias, el cual se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes tras la emisión o no de una conducta meta, dicho de otra manera, en la emisión de una conducta saludable se aplicará un reforzador, no obstante, si no se realiza dicha conducta, se aplicará un castigo. (Becoña y Cortés, 2007); entre otras que son parte inicial de modelos conductuales y cognitivos.

Con respecto a la descripción de las dimensiones de los problemas socioemocionales, se encontró de acuerdo a las agresividad, que un 66,7% presenta un nivel bajo y un 33% un nivel alto, este resultado discrepa con lo hallado por Arce (2016) y Rosales (2014), pues ambos autores encontraron en sus estudios que el nivel alto de agresividad predomina en la población infantil, 69% y 63% respectivamente, por otro lado, estudios realizados por Cerna y Castillejo (2015), Cusi y Mendoza (2017), Llanos (2014) y Marquéz (2018), indican que la agresividad es uno de los comportamientos más frecuentes en niños sobre otras desviaciones conductuales, sin embargo, esto no descarta que no exista presencia de agresividad, pues como se halló un 33,3% si presenta un nivel alto de agresividad, siendo la tercera parte del total y un porcentaje preocupante, pues la agresividad es un conjunto de conductas dirigidas a buscar daños físicos o emocionales y ello se evidencia en patrones como el Bullying, acoso, violencia, etc. (Marquéz, 2018)

La presencia de presencia de agresividad en la población se explica desde diferentes puntos de vista, la teoría del instinto afirma que existe una predisposición innata a la conducta agresiva cuando la persona se encuentra en un estado de tensión (Chapi, 2012); por otro lado desde la teoría cognitiva, la conducta agresiva es aprendida e interiorizada a través de los esquemas (Young, Klosko, & Weishaar, 1999); asimismo, la teoría de Steinberg explica que estas conductas son producto de una crianza negativa de los padres o apoderados (Rivera y Reyes, 2014). Desde este punto de vista, se cree que las anteriores teorías aportan a la explicación de este comportamiento, pues tanto la crianza, el

innatismo y la estructuración de esquemas pueden promover conductas disruptivas.

Teniendo en cuenta ello, se considera entonces que es fundamental que la intervención con futuros programas que apunten a disminuir la agresividad, tales como algunos que se han realizado, entre estos el estudio de Garcés (2015), quien trabajó con la dramatización como técnica para disminuir el nivel de agresividad en niños, pudiendo encontrar resultados significativos ( $p < 0.05$ ).

Técnicas como la dramatización, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas sociales, manejo de contingencias, el modelamiento, entre otras, aportan a la reducción significativa de la agresividad. (Becoña y Cortés, 2007), (Gonzales y Carrasco, 2006)

Ahondando en más dimensiones de los problemas socioemocionales, se halló en cuanto al retraimiento que el 66,7% presenta un nivel bajo de dicha variable, mientras que un 33,3% muestra un nivel alto, para Cusi y Mendoza (2017), el retraimiento es uno de los problemas más frecuentes 18% en comparación a otros problemas socioemocionales, de acuerdo a su estudio realizado en niños de edad preescolar, a pesar que solo se halló este estudio para contrastar, teóricamente se puede definir que el 33,3% de niños de la presente investigación muestra déficit en las relaciones interpersonales, tiende a aislarse, evita el contacto social, se relacionan poco en cuanto a frecuencia y no encuentran satisfacción en la interacción ya sea por miedo, temor u otro factor, suelen permanecer solos, su conducta es pasiva. (Márquez, 2018).

En base al concepto, el miedo, temor u otro factor, es parte de las creencias de los niños, las mismas que se interiorizan a partir de la crianza y llegan a ser reflejadas a lo largo de su vida mediante las relaciones con los demás, lo que probablemente los lleva a retraerse. (Ellis, citado por Oblitas, 2008), (Young et al., 1999).

Por ello es importante, que en la intervención no sólo se trabaje con el niño, sino con quienes dan apertura a la crianza sobre él, quienes pueden ser los padres, docentes, adultos, pues se cree que moldear la actitud de crianza, terminará moldeando la conducta del niño. Desde un enfoque cognitivo conductual, lo que



se puede realizar es cumplir con metas realistas, concentrarse en situaciones actuales, hacer uso de técnicas dirigidas a modificar las creencias que conllevan a retraerse al niño. (Becoña y Cortés, 2007).

Estas técnicas pueden enlazarse a la dimensión inmadurez, en la cual un 46, 7% de la población se ubican en el nivel medio y alto, siendo este porcentaje preocupante, casi la mitad de la población presentan conductas que posiblemente pertenezcan a un grupo de edad menor, en contraste, Cusi y Mendoza (2017) y Márquez (2018), en sus estudios, también encontraron un porcentaje significativo de inmadurez 42% y 52% respectivamente, lo cual indica que este problema socioemocional es frecuente en los niños, teóricamente se describe esta dimensión como La presencia de conductas corresponden con lo esperado para su edad, pues sus conductas son propias de niños más pequeños: llantos frecuentes, dependencia a los adultos, buscan contacto con niños de menor edad, etc; estos niños muestran poca seguridad y baja autoestima. (Hermoza, citado por Márquez, 2018).

Además de las técnicas ya mencionadas, se considera fundamental, que se lleve a cabo la intervención con los padres para esta dimensión, pues el control de dependencia y autonomía radica por ellos, los progenitores son los encargados de promover la independencia en los niños, forjar su autonomía, por ende, su seguridad, relaciones con sus padres y evitar la dependencia en los niños a las figuras de autoridad, que pueden ser el padre o la madre.

Young et al. (1999), manifiesta que la autonomía es una de las necesidades básicas del niño, aportar al desarrollo de esta agudiza la independencia y evita patrones dependientes de conducta los cuales pueden evidenciarse en la edad adulta si la autonomía no ha sido desarrollada. Teniendo en cuenta que los problemas socioemocionales se pueden reflejar incluso en la etapa adulta, es importante intervenir durante la infancia y erradicar creencias irracionales y patrones de conducta negativos.

En cuanto a la dimensión comportamiento extraño, referida esta como la muestra de terror excesivo y conductas neuróticas el mayor porcentaje de niños, presenta un nivel bajo (70%), este resultado discrepa con lo hallado por Márquez (2018),

quien muestra en su investigación que predominantemente esta dimensión presenta niveles altos, pues 68% de los niños se ubican en dicha categoría; sin embargo, la población estudiada por el ya mencionado autor fueron niños de edad preescolar; a costa de ello, en la presente investigación se trabajó con niños de 8 a 11 años, lo cual indica que gran parte de la población no tienden a evidenciar problemas graves de salud mental, desarrollando formas adaptativas a mayor edad. (Hermeza, citado por Márquez, 2018)

Asimismo, otra de las dimensiones que ha tenido poca presencia en la población de estudio es el control de esfínteres, presentando un nivel bajo de 83,3%, a pesar que no se encontraron antecedentes para contrastar el presente resultado, teóricamente se puede mencionar que los niños manejan o controlan sus necesidades fisiológicas como lo es la micción y defecación.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión comportamiento de género también se hallaron niveles bajos frecuentes 96,7%, sin estudios retrospectivos para el contraste, teóricamente se puede señalar que gran parte de los niños se siente identificado con su género, reconoce su sexualidad y emite conductas propias de sí. (Hermeza, citado por Márquez, 2018).

Para estas tres dimensiones, en las cuales el puntaje bajo ha sido predominante, se puede inferir que tanto el desarrollo como los patrones sociales son influenciados en su conducta actual; siendo así para la población de estudio, las sesiones que apunten a la mejora de estas dimensiones no deben extenderse mucho en cuanto a la cantidad.

Con respecto a la dimensión ansiedad, el 36,7% de los niños se ubican en el nivel alto y medio, notándose, así como un puntaje significativo, este resultado, concuerda con lo hallado por Flores (2012), quien también encontró presencia de ansiedad en niños latinoamericanos ( $M=19,48$ ), asimismo, Cerna y Castillejo (2015), evidenció que uno de los problemas socioemocionales presente en los niños es la ansiedad (18%). La ansiedad se caracteriza, por preocupaciones frecuentes, malestar significativo y presentimiento de que algo malo o negativo sucederá, existe cierta sensación de desamparo, abandono o separación; manifiesta sentimientos de culpa, angustia, a veces dado a una situación fuerte del

pasado que se asocia a nuevos eventos que aún no ha experimentado, y es posible entonces, que algunos de estos síntomas y signos estén siendo vivenciados por los niños. (Hermeza, citado por Márquez, 2018).

Desde el enfoque cognitivo se sabe que la ansiedad tiene relación con el sistema de creencias irracionales, y en tanto estas estén más arraigadas la ansiedad será más prevalente; asimismo, el enfoque de esquemas apunta a que es la crianza y las relaciones posteriores quienes generan pensamientos y comportamientos ansiosos, llevando a que un niño desde temprana edad afronte estas circunstancias y ello probablemente sea experimentado también en la vida adulta. (Ellis, citado por Oblitas, 2008), (Young et al., 1999), (García et al., 2014).

Con lo antes mencionado, se puede señalar que la intervención cognitiva es fundamental en caso de ansiedad, pues como se ha definido por Ruíz et al. (2015), la psicoterapia Cognitivo Conductual, es uno de los enfoques centrados en trabajar sobre variables psicológicas severas, las cuales mantengan una relación estrecha con el pensamiento, conducta y emoción, considerándose la ansiedad como una de estas. En tal sentido, se sostiene que los niveles de ansiedad pueden disminuir, mediante la aplicación de técnicas cognitivas conductuales. (Becoña y Cortés, 2007).

La dimensión anterior puede relacionarse con lo hallado en la dimensión temores, la cual en la sumatoria porcentual entre el nivel medio y alto generan un 50%, lo que indica que la mitad de la población estudiada presenta miedo sostenido hacia algún objeto, a pesar que no se ha encontrado antecedentes para contrastar este resultado, teóricamente, se puede afirmar desde el enfoque cognitivo conductual que similarmente, el temor como la ansiedad, son consecuentes de los pensamientos, lo cual conllevan a sentir y actuar posteriormente; se mencionaría entonces que al atravesar una situación con contenidos traumáticos, se suelen establecer estructuras mentales en base a creencias prejudiciales y ello posiblemente conlleve a un sentimientos y conductas temerosas. (Gómez e Ibañez, 2015).

Con respecto a la dimensión imagen disminuida, la suma porcentual del puntaje medio y alto genera un 53,4%, lo cual indica que el mayor porcentaje de la población presencia al menos algunos de los síntomas sobre la percepción negativa de sí mismos; a pesar que no existen antecedentes para el contraste del presente hallazgo, teóricamente se puede afirmar que el porcentaje mencionado muestra afecciones en su autoestima, lo cual involucra la deficiente valoración, autoconcepto y representación de su yo o por otro lado, la excesiva valoración propia, llevando al niño a ser vanidoso, orgulloso y con aires de superioridad (Hermoza, citado por Márquez, 2018); desde el enfoque cognitivo conductual, la disminución como la excesiva autoestima es parte de un constructo mental, lo cual se ha generado a partir de la observación o vivencia de una determinada situación que ha terminado por estructurar creencias irracionales. (Becoña y Cortés, 2007); específicamente el modelo teórico de esquemas afirma que las ideas de inferioridad son parte de un esquema desadaptativo temprano, lo cual significa que ha sido aprendido desde la infancia, ya sea por eventos traumáticos, por las identificación con esquemas de una persona significativa o por la predisposición temperamental asociado a eventos negativos durante la crianza y en cuanto a al esquema de grandiosidad, el modelo explica que este puede darse por la falta de límites en la crianza o puede aparecer como compensación al esquema de inferioridad. (Young et al., 1999).

Los esquemas, creencias e ideas ilógicas pueden ser estructuradas por factores familiares: disfuncionalidad, problemas de comunicación, carencias afectivas, límites inflexibles, comparaciones o falta de atención, poca preparación para asumir el rol de padres, padres divorciados, abandono emocional, negligencia, padres autoritarios, niños sobreprotegidos, herencia, etc; factores ambientales: medio social de riesgo, delincuencia, consumo de drogas, violencia en el hogar, bullying en las instituciones educativas, pobreza, etc, y factores individuales: temperamento temeroso o agresivo, problemas orgánicos, aprendizaje negativo de un medio social complicado, herencia. (Cia et al., 2006).

Lo cierto es que todos los problemas socioemocionales necesitan de atención pronta, pues cuando se trata de una etapa tan importante como lo es la infancia, intervenir puede ser el doble de efectivo que hacerlo durante otra etapa, pues, la

consolidación de caracteres de personalidad, aún se están estableciendo a diferencia de algún adulto.

Se busca intervenir desde el enfoque cognitivo conductual, pudiendo así erradicar o modificar ideas y esquemas asociados a los problemas socioemocionales; este estudio buscó describir dichos problemas a fin de fundamentar una propuesta de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual, de modo que, el presente programa pueda ser extendido a Instituciones Educativas y otras entidades, colaborando así a la disminución de problemas socioemocionales en la niñez.

### **3.3. Aporte Práctico**

#### **3.3.1. Construcción del aporte teórico**

En el presente capítulo se plasma la Estrategia Cognitivo Conductual, para efectos de la investigación, la cual tiene como finalidad mejorar los problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud de José Leonardo Ortiz – Chiclayo en el 2019.

#### **3.3.2. Fundamentación del aporte teórico**

La presente estrategia basada en la terapia cognitivo conductual se basa en los aportes y la literatura del Modelo de Aron Beck y Albert Ellis quienes explican que los comportamientos y conductas, son el reflejo de patrones cognitivos, los cuales han sido adquiridos a través de distintas experiencias desde temprana edad; este modelo está basado en pacientes con dificultades emotivas, sin embargo, dado a la ampliación del mismo, es un factor explicativo de las conductas disruptivas en su totalidad; por tanto el modo de intervención se dirige a reestructurar el estilo de pensamiento o ideas que son parte de un esquema cognitivo, las técnicas o estrategias que se utilizan, generalmente son la visualización, exposición gradual y diálogo de confrontación; todas éstas se dirigen a reestructurar patrones de pensamiento, influyendo así en la conducta y emociones. (Beck, 1979).

Así también Albert Ellis brinda otro gran aporte haciendo énfasis en la terapia racional emotiva, está dirigida a modificar las creencias irracionales, mismas que son explicadas a través de la interpretación de un evento activante de creencias (A), al surgir las ideas irracionales sobre el evento (B), se producirá unas consecuencias emocionales y/o conductuales (C). Por lo tanto, el modo de intervención planteado en este enfoque, se dirige a modificar las creencias irracionales sobre los eventos activante y evitar así problemas emocionales, sabiendo que el sistema de creencias y las emociones están significativamente relacionados, se conoce que la modificación de las ideas generará modificación en los sentimientos.

Queda Claro que dentro de toda la evolución de la terapia cognitivo conductual para la modificación o mejoría de problemas socioemocionales en niños se pueden trabajar con base a la reestructuración de pensamientos e ideas irracionales y que es posible que con la frecuencia de aplicación en determinada población estas puedan reflejar mejoría.

### **3.3.3. Construcción del aporte práctico**

#### **Diagnóstico:**

Con la finalidad de llegar a conocer el problema actual de la investigación se aplicó el Inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales para niños concluyendo, que la población de estudio presento niveles altos de problemas conductuales – socioemocionales, lo cual indica que existen manifestaciones perjudiciales desencadenadas por factores familiares, ambientales e individuales o del temperamento que presentan los niños, siendo la agresividad, inmadurez, ansiedad, e imagen disminuida las más prevalentes. Por lo tanto, se deduce que la mitad de la población se encuentra en los niveles medio y alto, requiriendo la implementación de estrategias cognitivo-conductuales con la finalidad de reducir los niveles de las dimensiones.

### 3.3.4. Planteamiento del Objetivo General

Elaborar la Estrategia Cognitivo Conductual para corregir problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud de José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019.

### 3.3.5. Planeación estratégica

La Estrategia Cognitivo Conductual para corregir problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de salud de José Leonardo Ortiz – 2019, comprende tres etapas:

- Primera etapa: reestructuración conductual
- Segunda etapa: reestructuración cognitiva
- Tercera etapa: reestructuración emocional

### PRIMERA ETAPA: RESTRUCTURACION CONDUCTUAL

N°	Actividad	Descripción	Duración
1	Economía de fichas	Se trabajará a través del reforzamiento positivo, buscando en todo momento moldear las conductas, aplicando reforzador por cada punto obtenido.	3 meses (una vez por semana)
2	Control de estímulos	Se observará los estímulos que provocan ciertas conductas, modificando los mismos y así lograr controlar las respuestas inadecuadas.	3 meses (una vez por semana)
3	Técnica de relajación	Es importante que los niños aprendan a reconocer sus estados de tensión y relajación, por lo que se le enseñará a respirar con meditación, técnica autógena (repetición silenciosa de órdenes o afirmaciones) y técnicas basadas en la imaginación, y relajación progresiva.	3 meses (una vez por semana)
4	Auto instrucciones	Se buscará que los niños aprendan a regular sus conductas, a través de una serie de órdenes o instrucciones, buscando la regulación de la propia conducta.	3 meses (una vez por semana)

## SEGUNDA ETAPA: RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

N°	Actividad	Descripción	Duración
1	Autorregistro de situación, pensamiento, emoción-conducta	Se elabora un autorregistro para que el paciente pueda reconocer el papel que juegan sus pensamientos	3 meses (una vez por semana)
2	Autocontrol	Al regular la conducta del niño, es necesario trabajar, responsabilidades y hobbies, como recurso para aplicar reforzamiento positivo y sanción, para controlar su comportamiento	3 meses (una vez por semana)
3	Desensibilización sistemática	Se hace necesario crear condiciones para el aprendizaje y sostenimiento de conductas, por lo cual se realizará un análisis funcional de los comportamientos problemas, seleccionando los que resulten más complejos y proponer objetivos para el cambio.	3 meses (una vez por semana)
4	Tiempo fuera	Es una técnica que puede aplicarse para modificar muchas conductas	3 meses (una vez por semana)

## TERCERA ETAPA: RESTRUCTURACIÓN EMOCIONAL

N°	Actividad	Descripción	Duración
1	Arteterapia Regulación de la emoción Control de impulsos	Se entregarán materiales para que el menor realice un dibujo libre y transmita sus emociones	3 meses (una vez por semana)
2	Yoga Reconocimiento de emociones	Es un tipo de disciplina que entrena a los niños en el reconocimiento de sus emociones, y se trabaja para mejorar algunas funciones cognitivas como atención y concentración, logrando por consecuencia mejorar su comportamiento.	3 meses (una vez por semana)



3	Autocontrol emocional (El volcán)	El niño está lleno de emociones, muchas veces desbordantes, por lo que se hace necesario trabajar en la inteligencia emocional, como la comprensión de las emociones ajenas, la empatía, y con esto, mejorar el autocontrol emocional.	3 meses (una vez por semana)
4	Mindfulness Relajación muscular progresivo	Mindfulness, es una técnica que busca que la persona, tenga conciencia y atención plena, lo que permite lograr un estado de calma y bienestar.	3 meses (una vez por semana)

**3.3.6. Etapa 1: Restructuración Conductual:** en esta primera etapa, se basa en reforzar las conductas deseables y erradicar las no deseadas o desadaptativas las técnicas propuestas en este caso se basan en la teoría del condicionamiento clásico y condicionamiento operante, este tipo de terapia de comportamiento es a diferencia de otros enfoques teórico-práctico, la restructuración conductual se basa en la acción, ya que se centran en el uso de las mismas estrategias de aprendizaje que llevaron a la formación de conductas no deseadas, a la obtención de nuevos comportamientos deseados.

**Economía de Fichas:** El objetivo de esta técnica, consiste en fomentar y establecer conductas deseables y positivas, tales como: cumplir con sus actividades en casa, que pueda seguir normas y límites impuestos en hogar o en el colegio, que se porte bien, realice todas sus tareas, etc. La técnica ayudará a que el niño comprenda sus responsabilidades, así mismo corregirá conductas des adaptativas (riñas, peleas, negativismo y desobediencia). El procedimiento reside en dar a conocer un estímulo tales como: vales, fichas, puntos, stickers, estrellitas y vales canjeables, que servirán como reforzamiento simbólico, rápidamente después de la conducta deseada, la cual se busca reforzar. El estímulo (fichas, vales, puntos, stickers, estrellitas, vales canjeables) se cambian más adelante por un refuerzo (premios pactados) con el mismo niño.

CONDUCTA-NORMA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL
Me siento correctamente.						4  1
Obedezco a la maestra.						
No insulto a mis compañeros-as ni maestra.						
No grito a mis compis y mi maestra.						
Trabajo en clase.						
Traigo la tarea hecha.						
Cuido mi material escolar.						
TOTAL						



La seño Vanespecial

Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			

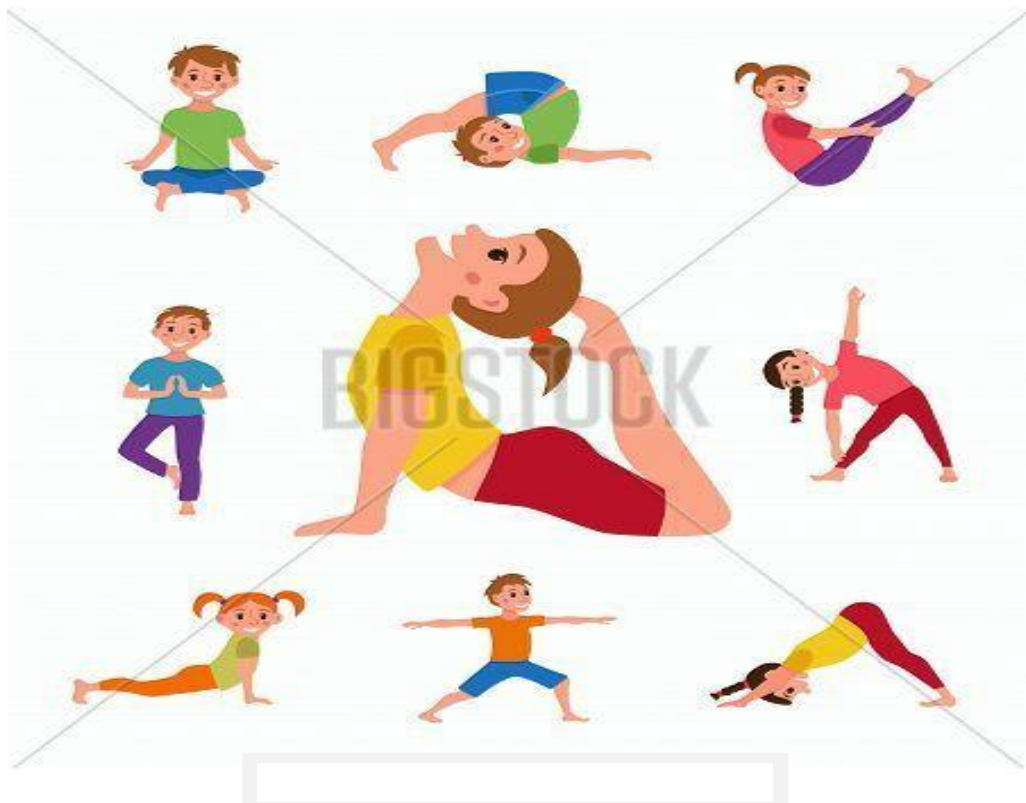
**Control de Estímulos:** En esta técnica se propone, el uso de reforzadores de conductas, para lograr extinguir las conductas problema, dando pautas para instaurar nuevas. Los estímulos forman parte del entrenamiento de discriminación. Encontrando dos tipos asociados, el primero a la disponibilidad de refuerzo, para una respuesta particular. Y el segundo asociado a la recompensa. En cada evaluación se debe tener en cuenta si existieron cambios, se modificó alguna conducta, si estos fueron el resultado de algún acontecimiento externo o a los reforzadores, determinados por recompensas. Es necesario tener claro si el cambio está asociado al no refuerzo o extinción. Cuando se trabaja a través de estímulos, Así mismo, las pautas para el entrenamiento eficaz en discriminación del estímulo es escoger señales claras, seleccionar un refuerzo apropiado, desarrollar la discriminación, darse cuenta de que el control del estímulo sobre la conducta del paciente se desarrollará si éste no atiende las consignas.





**Técnica de Relajación:** Esta técnica mejora la calidad del aprendizaje, mejorar la calidad del sueño, crisis de asma, mejorar la con contracción, vencer la timidez, reducir los niveles de ansiedad, estas técnicas se aplicarán de acuerdo a la edad del niño, ayudando como padres a lidiar con un niño enrabiado o que pueda entrar en pánico cuando tiene que dirigirse a un público o un niño muy ansioso. La aplicación de la técnicas cuenta con diferentes pasos: 1 pedirle al niño: cerrar las manos fuertemente hasta sentir rigidez, 2 los hombros se tratarán de encoger hasta las orejas y se irán soltando lentamente, 3 el niño llevará el mentón hasta tocar el pecho luego se le pedirá que vaya levantando la cabeza lentamente, 4 abrir la boca y extienda la lengua, 5 se le hará que inspire profundamente durante unos segundos y expire despacio, 6 la espalda inclinada hacia adelante, se va manteniendo esa posición y después de unos segundos se recupera, 7 estira los pies hasta tratar de quedar en puntillas, aguanta por unos segundos la posición luego la recupera, lo que vamos a conseguir con esta técnica será:

mejorará su concentración y memoria, mejora el estado anímico del niño, refuerza el control de emociones sobre todo es efectivo en niños con explosiones de agresividad e ira.



**Autoinstrucciones:** Ayuda a trabajar y mejorar la atención de los niños, para que esta técnica funcione y sea efectivo debe ser persistente y constante, consiste en hablarse a sí mismo, dándose pautas-guía que servirán para solucionar tareas de forma libre o espontánea, sin estar dando órdenes de cada paso y beneficiando así la interiorización de los procesos mentales, el primer paso, el adulto efectúa una tarea determinada delante del niño y al mismo tiempo va hablado de sí mismo, hablando en voz alta, las posibilidades, dudas, estrategias mientras va resolviendo el problema o la tarea. Asimismo, ánimos: ¡muy bien, así, despacio! ¡Lo estoy consiguiendo!, ¡creo que voy por buen camino!... Ahora es el niño/a quien realiza la tarea y el adulto vuelve a dar las autoinstrucciones en voz alta. Va nombrando los pasos de la tarea mientras el niño/a la va realizando. El siguiente paso es que sea el propio niño/a quien realiza la tarea y va verbalizando (diciendo en voz alta) los pasos que va dando -las mismas frases pronunciadas por el adulto en las fases anteriores- (en general, en el entrenamiento hay que ayudarle porque es muy difícil que recuerde todo y en orden... en cualquier caso).



**3.2.7. Etapa 2: Restructuración Cognitiva:** Está basada en 4 sesiones las cuales, cada técnica utilizada permite identificar y corregir estos patrones de pensamientos negativos, el objetivo de estas técnicas es modificar el modo en el que interpretamos nuestras experiencias, los pensamientos negativos que surgen automáticamente y las autovaloraciones subjetivas que provocan malestar. Gracias a esta técnica lograremos identificar los pensamientos desadaptativos, para lograr sustituirlos o remplazarlos por otros más apropiados los cuales permitirán reducir o eliminar el malestar. Autorregistro de situación, pensamiento, emoción- conducta: entendido también como anotar un pensamiento, acción o sentimiento, es un instrumento flexible que se puede utilizar de manera fácil, que permitirá: eliminar hábitos negativos, como cambia la manera de pensar y resaltar lo positivo, para poder realizar un autorregistro, necesitamos: papel o una libreta que podamos llevar a cualquier lado, se dibujara una tabla con varias columnas y filas, en las cuales pondremos fecha y hora, lugar, que está realizando, que está pensando, que siento, comportamiento, intensidad del sentimiento, comportamiento, duración del comportamiento. Un autorregistro tiene una vida limitada ya que solo se utiliza hasta conseguir el objetivo, esta técnica no lleva más de 10 minutos al día, al finalizar la tarea diaria se le pedirá al niño que analice y reflexione sobre lo que ha escrito.



**Autocontrol “tiempo fuera”:** Es una herramienta de conducta positiva, reside en crear un ambiente exclusivo dentro de casa o aula del colegio, donde el niño ira para relajarse y calmarse regresando a un estado emocional equilibrado, este espacio debe ser elegido y decorado por el propio niño y debe tener elementos que le permitan relajarse y sentir paz, por ejemplo: música, colores, libros, juguetes, peluches, plastilina, pizarra, etc.





**Desensibilización sistemática:** Ayuda a controlar diversas situaciones estresantes para los niños, de forma pasiva y tranquila. No es recomendable utilizar técnicas parecidas a esta terapia, ya que buscamos enfocarnos en técnicas positivas y exitosas. Esta técnica se llevará a cabo dependiendo de la capacidad del niño y de la edad, estas explicaciones se podrán realizar con videos, cuentos personalizados y fotografías o imágenes con el fin de ir disminuyendo sus temores. El terapeuta tiene que mantener la calma y ser paciente, pero sobre todo deberá confiar en la capacidad del niño teniendo cuenta el ritmo del niño.



**Tiempo fuera:** La prioridad de esta técnica es implantar en un niño estímulos positivos, necesitaremos un espacio incomodo donde no tenga juegos o material con el que pueda entretenerse. Ejemplo: un niño que ve por mucho tiempo la televisión y al apagarlo el niño hace una gran rabieta ¿cómo podemos negociar esta situación? Para poder realizar la técnica “tiempo fuera”, debemos llevar al niño a un espacio literalmente incomodo, lo haremos rápidamente después de que observemos la conducta indeseable. Sin batallar con él y de forma calmada y tranquila, ir expresándole detalladamente que cuando mejore su conducta, estaremos ahí para poder jugar juntos o hacer lo que a él más le guste.

**3.2.8. Etapa 3: Restructuración Emocional:** Se basa en la teoría cognitivo-conductual a cual ayuda a enseñar a los niños estrategias de auto-instrucción y el resolver problemas, se enseñará a los niños una serie de instrucciones auto-dirigidas, monitoreadas y reforzadas, estas instrucciones permitirán aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar respuesta o solución y poder evaluar el desempeño, este enfoque es eficaz para reducir los comportamientos no deseados y aumentar los comportamientos autocontrolados.

**Arteterapia:** Mediante esta técnica podemos utilizar expresiones o habilidades artísticas, la arteterapia permite expresar el inconsciente de las personas, mediante el cual ayuda a encontrar soluciones a sus problemas y mejora la salud mental, se entregarán materiales para que el menor realice un dibujo libre y trasmita sus emociones, se explicará al menor y acompañante sobre la hoja de registro de autoevaluación para que sea remitida al colegio, y de esta manera sea utilizada por su maestra y poder corroborar la efectividad de la técnica enseñada.





**Yoga:** A través del yoga, los niños ejercitarán su respiración y aprenderán a relajarse para hacer frente al estrés, a las situaciones conflictivas y a la falta de concentración, problemas tan evidentes en la sociedad actual. El yoga les ayudará en su largo camino hacia el dominio físico y psíquico. Lo que consiguen a nivel físico y mental los niños que practican yoga llegan al, desarrollo y destreza de los músculos motores, flexibilidad en las articulaciones, mejora de los hábitos posturales, masaje de los órganos internos, mejoría en los hábitos de la respiración, estimulación de la circulación sanguínea, mejoría de la autoestima, baja en el nivel de estrés infantil, perfeccionamiento de los sentidos, agilidad y entereza, calma y relajación.



**Autocontrol Emocional:** Esta técnica permite controlar impulsos destructivos y canalizar las emociones, Cuando el niño está a punto de estallar, la técnica del volcán le ayudará a tranquilizarse. Reside en enseñarle a visualizar su interior como un volcán, con toda su fuerza y energía. Cuando hace erupción todo se descontrola; el niño debe asociar la ira o la cólera con la lava caliente. La idea es que pueda detenerse antes de llegar al punto de erupción. Debe ir acompañado de una respiración profunda y de la repetición de órdenes internas que lo inciten a tranquilizarse.

**Mindfulness:** Es una técnica extremadamente favorable para los niños, dado que les permite trabajar la atención y la reducción de la hiperactividad. El Mindfulness se basa en tomar conciencia y en la atención plena, lo que permite ejercitar la atención, además de lograr un estado de calma y bienestar que contrarresta la hiperactivación. Se explicará al menor acerca de la hoja de registro que trabaja en casa o colegio, donde manifestara sus emociones, conducta, respuesta de los demás y que conducta pudo haber realizado, con la finalidad de reconocer otras acciones o medidas que puedo realizar después de haber transcurrido la emoción.

<b>SITUACIÓN</b> (Fecha y hora si fuese necesario) ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedió?	<b>PENSAMIENTOS</b> ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?	<b>EMOCIÓN(ES)</b> ¿Qué emociones sintió (¿ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Cómo de intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10?	<b>CONDUCTA</b> ¿Cómo reacciona, cuál es su respuesta, cómo actúas? acción realizada para disminuir el malestar o modificar la situación
Ejemplo: Coger el metro sola esta mañana	Ejemplo: "Me voy a marear" "Voy a perder el control", "Me va dar un ataque al corazón", "No voy a ser capaz" Valor: 10 en todos los pensamientos	Ansiedad, Miedo.	Me doy la vuelta en las escaleras del metro y salgo corriendo de nuevo a la calle

#### **IV. CONCLUSIONES**

- Se logró realizar el análisis y fundamentación epistemológica del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- A través del análisis histórico, del estudio del proceso cognitivo conductual, se verificaron las tendencias teóricas, así como su relación con los problemas socioemocionales y de conducta.
- Se realizó la evaluación de los problemas conductuales y socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo, donde se halló que el 33.3% presentan niveles altos, lo que significa que los menores presentan manifestaciones que generan perturbación en su estado actual. En cuanto a la agresividad se encontraron niveles altos, por lo cual buscan daño físico o psicológico, se considera una acción intencionada, asimismo se observó niveles altos en las dimensiones de inmadurez, comportamientos extraños, temores y ansiedad.
- Se logró definir tres etapas, y doce sesiones, como parte de las actividades de la propuesta cognitivo conductual.
- Se realizó la validación por criterio de especialistas de la Estrategia Cognitivo Conductual, quedando lista para su aplicación.

#### **V. RECOMENDACIONES**

1. Ejecutar el programa diseñado en dicha población de estudio o en poblaciones con características sociodemográficas similares, con la finalidad de modelar pensamientos asociados.
2. Realizar en la institución educativa programas psicológicos, estableciendo alianzas con el centro de salud más cercano, para disminuir los problemas socioemocionales.
3. Ampliar las investigaciones sobre esta variable pues se desconoce mucho sobre la presencia de la misma en niños de 8 a 11 años.
4. Investigar de manera correlacional, para encontrar la asociación entre los problemas socioemocionales y otras variables familiares.
5. Proponer estrategias de mejora de problemas socioemocionales en las instituciones educativas.

## VI. REFERENCIAS

- Astonitas, M. (2016). *APTITUDES MENTALES Y PROBLEMAS CONDUCTUALES EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CHICLAYO, 2016*. Chiclayo: USS.
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva para la depresión*. México: Descleé.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2007). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Borrero, A. (2010). *Efecto de un ESTRATEGIA de contingencias de reforzamiento dirigido a padres y docentes sobre problemas de conducta en niños*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Obtido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/6269/tesis78.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo, I., Ledo, H., & Ramos, A. (2012). *Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden*. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas. Obtido de file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Dialnet-PsicoterapiaConductualEnNinosEstrategiaTera
- Cerna, A., & Castillejo, L. (2015). *Relación entre disgrafía e indicadores emocionales en estudiantes de nivel primaria, Lima, 2015*. Lima: UCV. Obtido de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12734/Cerna\\_TA\\_Castillejo\\_ALV.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12734/Cerna_TA_Castillejo_ALV.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Chapi, J. (2012). Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14.
- Cia, F., Oliveira, R., & Pereira, Z. (2006). COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO PAIS-FILHOS: CORRELAÇÃO COM HABILIDADES SOCIAIS E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DOS FILHOS. *Scielo: Paidéia*, 395-406. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a10.pdf>
- Cusi, G., & Mendoza, K. (2017). *Problemas conductuales y socioemocionales en niños de edad preescolar y su relación con el nivel socio económico medio bajo estudio realizado en instituciones educativas estatales*. Arequipa: UNSA. Obtido de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/166700>
- Díaz, E. (2018). *Técnica de modelado y entrenamiento en habilidades sociales*. Chiclayo: USAT.

- Flores, Y. (2012). *PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES EN NIÑOS INMIGRANTES LATINOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS EN PALMA DE MALLORCA*. España: UIB. Obtido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/107959/tiff1de1.doc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *MEDCLI*, 5-8. Obtido de <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- Garcés, J. (2015). *Talleres de juegos dramáticos para disminuir la conducta agresiva de los estudiantes del cuarto grado de educación primaria del consorcio educativo particular "Talentos" José Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2015*. Chiclayo: Universidad Cesar Vallejo.
- García, M., Rivera, S., & Reyes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Scielo*, 133. Obtido de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n2/v17n2a14.pdf>
- Gómez, A., & Ibañez. (2015). Bases de la terapia cognitivo - conductual. *Scribd*, 1-19. Obtido de <http://www.cinda.cl/>: <https://es.scribd.com/document/264142265/Bases-de-La-Terapia-Cognitivo-Conductual-Pp-1-18-Gomez-e-Ibanez>
- González, M; Carrasco, M. (2006). Intervención psicológica en agresión: Técnicas, programas y prevención. *Revista acción psicológica*, 26 -105.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Proyecciones por Departamento de los indicadores demográficos; correspondiente a los años 2016 al 2020. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe>.
- Llanos, P. (2014). *Problemas de conducta y su relación con el aprendizaje de la lecto-escritura de los niños de primer grado de educación primaria de la Institución Educativa Pública "Ann Goulden" del Barrio Sur, distrito de Piura - 2014*. Piura: UTI.
- Márquez, B. (2018). *INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LOS PADRES DE FAMILIA Y LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS DE 5 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MANITOS FELICES DEL DISTRITO DE SACHACA; AREQUIPA 2018*. Arequipa: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA.



- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporaneas*. España: Cengage.
- Paquetín, V. (2009). *Conductas parentales y problemas de conducta en la escuela secundaria: la perspectiva de los adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtido de <http://132.248.9.195/ptd2009/abril/0642197/Index.html>
- Prieto, M. (2015). *Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y dela TCC-Focalizada en el Trauma en Infancia Maltratada*. Murcia: Universidad de Murcia. Obtido de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/373197/TMPL.pdf?sequence=1>
- Rosales, J. (2014). *Tesis para sustentar para obtener el título de Psicologa Nivel de ira en niños que presentan maltrato infantil*. Quetzaltenango: Guatemala: Escuela Oficial Urbana Mixta Tecún Umán JM.
- Ruiz , A; Diaz , M; Villalobos, A;. (2015). *Manual de técnicas de Intervención cognitivo conductual*. España: Descleé Brouwer.
- Saltau, A., & Vásquez, A. (2008). *Enfoques cognitivos: aproximación teórica*. México: GlooW.
- Soehlemann, S. (2011). *Promoción de una buena relación entre padres e hijos para prevenir problemas emocionales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtido de <http://132.248.9.195/ptb2011/octubre/0674555/Index.html>
- Ulate, M. (2011). *Relación entre los problemas de conducta y emocionales que presentan los niños y niñas de preescolar respecto a la resolución de conflictos en el ambiente áulico, desde la óptica de la familia y los docentes del circuito escolar 02 de la Dirección Regiona*. Costa rica: UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA VICERRECTORIA ACADEMICA. Obtido de <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1270/1/Relacion%20entre%20los%20problemas%20de%20conducta%20y%20emocionales.pdf>
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (1999). *Terapia Centrada en Esquemas:Guía práctica*. España: DESCLÉE DE BROWE.
- Zambrano, A. (2011). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Chile: Codajic. Obtido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual%20de%20Psicologia%20Clínica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20S.A.>

ANEXOS

ANEXO N° 01

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

CARGO

SOLICITA : PERMISO PARA APLICAR CUESTIONARIO DEL PROYECTO DE TESIS MAESTRÍA

DR.  
EDUARDO SENMACHE AHUMADA  
Médico Jefe del Centro de Salud José Leonardo Ortíz  
Presente.-

M.J.

SILVIA DE LOS MILAGROS MERINO ROMERO, identificada con DNI N°16703588, de Profesión Licenciada en Psicología, con colegiatura N°27628, en la modalidad de nombrada de la Gerencia Regional de Salud – Lambayeque a su cargo; ante usted me presento con el debido respeto y expongo:

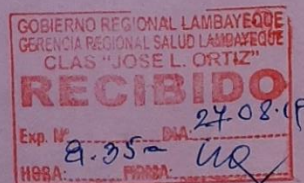
Que, la suscrita viene realizando maestría en Psicología Clínica, cuyo Proyecto de Tesis titulado: “ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA CORREGIR PROBLEMAS SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTÍZ – CHICLAYO 2019”; motivo por el cual solicito el permiso de su Jefatura a fin de poder aplicar el cuestionario psicológico respectivo, lo cual redundará en beneficio de la Salud Mental de los usuarios del establecimiento a su cargo, por lo que agradeceré anticipadamente su gentil atención. Se anexa anillado del referido Proyecto de Tesis (38 folios).

POR LO EXPUESTO:

Señor Médico Jefe, solicito acceda a mi petición.

Chiclayo, 27 de agosto del 2019

.....  
SILVIA DE LOS MILAGROS MERINO ROMERO  
DNI. 16703588



## ANEXO N° 01-A



**GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED SALUD CHICLAYO  
CLAS "JOSE LEONARDO ORTIZ"  
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"**

José Leonardo Ortiz, 28 de agosto del 2019

**LIC. PSIC. MILAGROS MERINO ROMERO**  
Presente.

**ASUNTO: APROBACION PARA REALIZACION DE CUESTIONARIO  
PROYECTO DE TESIS MAESTRIA.**

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo, en atención al documento presentado por Usted, sobre aprobación para la aplicación de cuestionario del proyecto de tesis Maestría titulado "ESTRATEGIA COGNITIVO PARA CORREGIR PROBLEMAS SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE LEONARDO ORTIZ-CHICLAYO 2019".

Esta Gerencia, otorga la aprobación para la recolección de datos para este proyecto.

Sin otro particular, me despido de Usted.

Atentamente,



EMSA/Nal.  
Cc.: Archivo



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE  
MILAGROS RED JOSÉ LEONARDO ORTIZ

*Dr. Eduardo Semmache Ahumada*  
GERENTE  
MEDICO CIRUJANO - CMP: 40072

**"Salud, nueva actitud"**

Húsares de Junín N° 1295 – Tel 074-328569  
José Leonardo Ortiz

**ANEXO N° 02**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

**Nombre y Apellidos del estudiante:** Merino Romero, Silvia de los Milagros

**Nominación de la Maestría:** Psicología Clínica

**Línea de Investigación:** Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	PROBLEMA	POSIBLES CAUSAS	OBJETO ESTUDIO	OBJETIVOS	CAMPO DE ACCIÓN	TÍTULO DE LA INV.	HIPÓTESIS	VARIABLES	TÉCNICAS O MÉTODOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamientos agresivos en la escuela y en el hogar tanto con los padres como entorno social.</li> <li>• Rivalidad entre hermanos.</li> </ul>	Normas de convivencia inadecuadas, por la falta de autoridad en la familia, en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz - Chiclayo 2019.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres que no se encuentran preparados para asumir con responsabilidad funciones dentro del hogar</li> <li>• Familias disfuncionales</li> <li>• Padres que viven con otros parientes</li> </ul>	Proceso Cognitivo Conductual	<b>GENERAL:</b> • Diseñar un Estrategia Cognitivo Conductual para corregir problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz - Chiclayo 2019	Dinámica del proceso Cognitivo Conductual.	Estrategia Cognitivo Conductual para corregir problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz -	Si se elabora un Estrategia Cognitivo Conductual entonces se corregirá los problemas socioemocionales en niños que acuden a un Centro de Salud José Leonardo Ortíz -	<b>INDEPENDIENTE:</b> • Estrategia Cognitivo Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista</li> <li>- Guía de Observación</li> <li>- Cuestionario</li> </ul>	Cuestionario IPCS Inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales para niños.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de respeto hacia la figura de autoridad</li> <li>• Comportamientos sumisos frente a su entorno</li> <li>• Dependencia a la figura de autoridad.</li> <li>• Berrinches, rabietas, pataletas. Conductas inadecuadas, como exhibicionismo, agresión física hacia sus compañeros</li> <li>• Palabras soeces</li> <li>• Llanto frecuente</li> <li>• Necesidad de llamar la atención no siguen reglas no obedecen</li> </ul>		<p>(Familias Extensas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres que conforman familias Monoparentales</li> <li>• Medios de comunicación masivas que transmiten Estrategias negativos</li> <li>• Algún miembro del hogar con posibles comportamientos antisociales.</li> <li>• El manejo inadecuado para orientar y educar a los hijos desde la infancia</li> <li>• Imitación de un modelo negativo.</li> <li>• Malos hábitos en el hogar.</li> <li>• Problemas orgánicos cerebrales.</li> </ul>	<p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar tendencias teóricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica</li> <li>• Identificar la presencia de problemas conductuales y socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo - Chiclayo 2019</li> <li>• Elaborar las fases, etapas, contenido, objetivo, métodos y actividades de la propuesta.</li> <li>• Validar por criterio de especialista la Estrategia Cognitivo Conductual.</li> </ul>		Chiclayo 2019	Chiclayo 2019.	<p><b>DEPENDIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta de los niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz de Chiclayo.</li> </ul>		
---	--	---	---	--	---------------	----------------	---	--	--

## ANEXO N° 03

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

**Variable independiente:** Estrategia Cognitivo Conductual

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnica	Instrumento
<b>Estrategia Cognitivo Conductual</b>	<b>Contexto y ubicación de la problemática.</b> <b>Estado real del objeto y evidencia el problema.</b> <b>Metas u objetivos en sesiones.</b> <b>Condiciones de aplicación.</b> <b>Ejecución</b> <b>Evaluación</b>	Manifestaciones de la problemática planteada. Responde a un diagnóstico del estado actual de los problemas socioemocionales Indica el alcance de la conducta esperada Analiza la pertinencia de la aplicación Desarrollo de las sesiones Validación de sesiones por juicio de expertos	Entrevista, padres, niños y especialistas      Análisis de gabinete Rubrica de validación por Expertos	Esquema de estrategia

## ANEXO N° 03-A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

**Variable dependiente:** Conducta de los niños que acuden al Centro de Salud José Leonado Ortíz de Chiclayo 2019.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnica	Instrumento	Items
<b>PROBLEMAS CONDUCTUALES SOCIO EMOCIONALES</b> (Hermoza, 2000) manifestaciones conductuales que perturban el normal desarrollo del niño	Agresividad	Matón Destruye sus cosas o las de los demás Falta de arrepentimiento Autolesiones Se mete en peleas Prende fuegos Cruel con los animales Cruel con otros Insulta, garabatea, amenaza	Encuesta	IPCS – Inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales para niños	4, 5, 9, 12, 14, 18, 19, 39, 42
	Retraimiento	Mayor interés a cosas que ha personas Apático, Falta de energía, cansado No tiene amigos Retraimiento Habla poco o solo con familia			45, 44, 40, 33, 35, 26
	Inmadurez	Comp. Inmaduro Duerme en exceso Habla con voz débil Tartamudez			32, 35, 41, 43, 13, 30

Comportamiento extraño	Habla cosas incoherentes Conducta rara Repite palabras	34, 22, 26, 6
Control de esfínteres	Se orina de noche Se orina de día Se defeca	36, 24, 31
Ansiedad	Nervioso, tenso Se enferma constantemente Movimientos nerviosos Problemas en la piel sin causa orgánica Juega con sus deposiciones Se pellizca Llora en exceso	15, 16, 17, 21, 25, 28, 8
Imagen disminuida	Se burlan de el Sentimientos de inferioridad	37, 38, 3
Comportamiento de género	Preferencia a juegos con niños del sexo opuesto Comportamiento como el sexo opuesto	23, 27
Temores	Temeroso, cauteloso Nauseas, mareos Miedo de ir al jardín Miedo a cosas, personas u animales Come demasiado	20, 29, 2, 10, 11



## ANEXO N° 04

### INVENTARIO DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y SOCIOEMOCIONALES

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

#### PRIMERA SECCIÓN: EL NIÑO

A continuación le voy a leer afirmaciones que describen a los niños, Ante cada frase piense si ello le ha ocurrido a su hijo (a) en los últimos 12 meses. Las alternativas de respuestas son tres:

- SI: Si lo señalado ocurre siempre, o en gran medida verdadero
- A VECES: Si lo señalado ocurre con cierta frecuencia, o es parcialmente verdadero.
- NO: si lo señalado no ocurre nunca o casi nunca, o es falso.

N°	Ítems	Respuesta		
		(0)	(1)	(2)
01	Repite ciertos actos una y otra vez	NO	A/V	SÍ
02	Demasiado temeroso, cauteloso	NO	A/V	SÍ
03	Mala coordinación o torpeza motora	NO	A/V	SÍ
04	Es abusivo con las personas	NO	A/V	SÍ
05	Destruye sus propias cosas o las de otros	NO	A/V	SÍ
06	Habla cosas incoherentes	NO	A/V	SÍ
07	Duerme menos que la mayoría de los niños	NO	A/V	SÍ
08	Nervioso, impresionable o tenso	NO	A/V	SÍ
09	Falta de arrepentimiento; ausencia de sentimientos de culpa después de portarse mal	NO	A/V	SÍ
10	Náuseas, mareos o vómitos, sin causa orgánica	NO	A/V	SÍ
11	Tiene miedo ir a la escuela	NO	A/V	SÍ
12	Se lastima a propósito, se golpea, se muerde	NO	A/V	SÍ
13	Retraso o problemas de lenguaje	NO	A/V	SÍ
14	Se mete en muchas peleas	NO	A/V	SÍ
15	Tiende a enfermarse más que la mayoría de niños	NO	A/V	SÍ
16	Movimientos nerviosos, contracciones o tics	NO	A/V	SÍ
17	Ronchas u otros problemas en la piel, sin causa orgánica	NO	A/V	SÍ
18	Prende fuego	NO	A/V	SÍ
19	Cruel con los animales	NO	A/V	SÍ
20	Tiene miedo a ciertos animales, lugares o situaciones distintos de la escuela	NO	A/V	SÍ

21	Se embetuna o juega con sus deposiciones	NO	A/V	SÍ
22	Conducta rara o extraña	NO	A/V	SÍ
23	Prefiere jugar con los niños del sexo opuesto	NO	A/V	SÍ
24	Se orina en la noche	NO	A/V	SÍ
25	Se pellizca	NO	A/V	SÍ
26	Muestra mayor interés por las cosas que en las personas	NO	A/V	SÍ
27	Se comporta como el sexo opuesto	NO	A/V	SÍ
28	Llora mucho	NO	A/V	SÍ
29	Come demasiado	NO	A/V	SÍ
30	Actúa de forma madura, es apropiado para su edad	NO	A/V	SÍ
31	Se orina en la ropa, durante el día	NO	A/V	SÍ
32	Duerme más que la mayoría de los niños durante el día y/o la noche	NO	A/V	SÍ
33	Apático, nada le interesa	NO	A/V	SÍ
34	Repite palabras o frases una y otra vez	NO	A/V	SÍ
35	De movimientos lentos, le falta energía. Siempre está cansado	NO	A/V	SÍ
36	Se defeca en la ropa	NO	A/V	SÍ
37	Se burlan mucho de él	NO	A/V	SÍ
38	Se siente poca cosa o inferior	NO	A/V	SÍ
39	Cruel con otros, deliberadamente maltrata a otros	NO	A/V	SÍ
40	No tiene amigos	NO	A/V	SÍ
41	Habla poco o con voz débil, casi imperceptible	NO	A/V	SÍ
42	Insulta, garabatea, amenaza arremete verbalmente	NO	A/V	SÍ
43	Tartamudea	NO	A/V	SÍ
44	Retraído, no se relaciona con otros	NO	A/V	SÍ
45	Habla solo con los de la familia. Se niega a hablar con cualquier otra persona	NO	A/V	SÍ
<b>PUNTAJE TOTAL DEL NIÑO</b>				

## ANEXO N° 05

**FICHA DE VALIDACIÓN  
DEL APORTE**

Anexo

### I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: MARY CECILIA IDROGO CABRERA  
 1.2. Cargo e institución donde labora: PSICOLOGA  
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: MANEJO DE EMOCIONES, COMPORTAMIENTOS Y SITUACIONALES  
 1.4. Autor del instrumento: MILAMAS PEREZO NORCENO

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)  
 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)  
 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

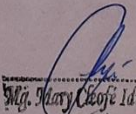
Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>CONTEO TOTAL</b>					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez :  $\frac{A+B+C}{30} =$

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

### III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

  
 M<sup>te</sup>. Mary Cecilia Idrogo Cabrera  
 PSICOLOGA  
 C.Pr. R. 14169

## ANEXO N° 05-A

**FICHA DE VALIDACIÓN  
DEL APOORTE**

Anexo

### I. INFORMACION GENERAL

I.1. Nombres y apellidos del validador: Esmeralda Lucio Benes  
 I.2. Cargo e institución donde labora: Psicóloga Centro de Rehabilitación de Salud Mental Comunitario  
 I.3. Nombre del instrumento evaluado: Manejo de Violencia Emocional y Psicosociales  
 I.4. Autor del instrumento: Alfonso Antonio Romero

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>CONTEO TOTAL</b>					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez :

$$\frac{A+B+C}{30}$$

### III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

## ANEXO N° 05-B

Anexo

**FICHA DE VALIDACIÓN  
DEL APORTE**

**I. INFORMACION GENERAL**

1.1. Nombres y apellidos del validador: Ana Lucia Chirino Antezana  
 1.2. Cargo e institución donde labora: Directora Responsable del Centro de Orientación y Tutoría  
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: Instrumento de Actitudes Conductuales y Emocionales  
 1.4. Autor del instrumento: F. López, J. Ferrero, J. Romero

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)


Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>CONTEO TOTAL</b>					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez :  $\frac{A+B+C}{30} =$

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

  
 Lic. Ana L. Chirino Antezana  
 C.Ps.P. 19949  
 PSICÓLOGA

## ANEXO N° 06

### ANEXO N° FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación titulada: "**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA CORREGIR PROBLEMAS SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTÍZ - CHICLAYO 2019**", se encuentra siendo desarrollada por la Ps. *Silvia de los Milagros Merino Romero*. Asesorado por el Dr. Pedro Carlos Pérez Martinto, con el objetivo de Diseñar una Estrategia Cognitivo Conductual que corrija los problemas socioemocionales en niños que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortíz - Chiclayo 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los digitales de las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda, puede hacer las preguntas que requiera en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Conociendo toda esta información, declaro que acepto participar voluntariamente en este estudio, dada su relevancia en la formación de futuros profesionales.

Chiclayo, .....

.....

Firma del Participante

Teléfono de contacto:

.....

Firma del Investigador