



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LA VARIACIÓN DEL AUTOCONCEPTO EN NIÑOS, ANTES Y DESPUÉS DE UN ENTRENAMIENTO EN FUNCIONES COGNITIVAS

Memoria para optar al título de Psicólogo.

INVESTIGADORES

Lic. Ps. Carolina Tschorne Venegas.

Académico Patrocinante:

Ps. Isabel Fontecilla S.

Profesor Asesor:

Ps. Matilde Toro M.

Asesor Metodológico:

Ps. Carolina Durán S.

2005

AGRADECIMIENTOS A:

Mi familia:

Mamá, la más incondicional.

Papá, siempre dispuesto a dar una palabra de aliento.

A mi pareja:

Jorge, quien ha sido mi compañero durante este proyecto y lo será en muchos más.

Mis amigos:

Naomi, quien es como mi hermana y los 7 de la U.

Finalmente, a los que participaron activamente en este proyecto:

Ale, quien ayudó en la tabulación de los resultados.

Carola, quien realizó importantes contribuciones.

Fonte, por su gran apoyo, tanto en lo académico como en lo afectivo y sin quien la U, no será lo mismo.

Mati, quien no sólo permitió la realización de esta investigación en su instituto, sino que también se desveló conmigo muchas veces para que este proyecto se convirtiera en el presente escrito.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
1. Desarrollo Humano en la Infancia Intermedia	6
2. Teorías del Desarrollo Cognitivo	9
3. Entrenamiento en Funciones Cognitivas	25
4. Déficit Atencional	38
5. Autoconcepto	42
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	52
3.1. OBJETIVOS	52
3.1.1. Objetivo General	52
3.1.2. Objetivos Específicos	52
3.2. Hipótesis	53

IV. METODOLOGÍA	54
1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	54
2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO	55
3. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA	56
4. INSTRUMENTO	57
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES	59
Variables Dependientes.....	59
Variables Independientes.....	59
Variables Intervinientes Controladas.....	61
6. PROCEDIMIENTOS	62
V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	64
VI. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	87
VII. CONCLUSIONES	99
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
IX. ANEXOS	115

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Déficit Atencional (SDA), de acuerdo a diversas investigaciones, se ha constituido en el trastorno neuropsiquiátrico más diagnosticado en niños de muchos países y también de Chile (Roizblatt, Bustamante y Bacigalupo, 2003). En Estados Unidos, por ejemplo, representa a más del 50 % de los niños que acuden a clínicas psiquiátricas, en Chile esto no se ha determinado (Biaggi, 2003). Aunque los datos epidemiológicos no han establecido una cifra exacta de su prevalencia en Chile, existen aproximaciones que en general indican que sería un diagnóstico presente entre un 3% y un 7% de los niños y adolescentes (Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2004).

El SDA afecta todas las áreas en las que el niño se desenvuelve, principalmente el comportamiento en el hogar y en la escuela. Aparte de las consecuencias directamente relacionadas con el síndrome, se observan consecuencias psicosociales, que tienen suma importancia desde la intensidad de sus repercusiones (Roizblatt, Bustamante y Bacigalupo, 2003). Entre éstas se encuentra la presencia de un nivel bajo en el autoconcepto, lo que no sólo afecta la calidad de vida del niño, sino que también influye en el éxito que el niño va a tener en su futuro como adulto, dado que se relaciona con bajas expectativas y el logro de metas por debajo de su capacidad intelectual (Machargo, 1997).

La presente memoria consideró trabajar en la evaluación de autoconcepto dada su influencia en la autovaloración en el desarrollo de la personalidad y por ende, en la calidad de vida y en los niveles de satisfacción como adulto (Rosan y Mesones, 1997).

Dentro de los instrumentos que permiten evaluar el autoconcepto se seleccionó la escala de autoconcepto de Piers-Harris, validado en Chile por Gorostegui (1992), única escala que tiene normas para niños chilenos dentro de este rango etáreo. De acuerdo a la definición de autoconcepto de los creadores de la escala, éste correspondería a un conocimiento relativamente estable de percepciones hacia sí mismos, los otros y el medio que los rodea, que puede ser modificado por experiencias significativas con el medio (Piers y Harris, citado en Gorostegui, 1992).

Estudios realizados con este instrumento han demostrado que las variaciones en cortos períodos de tiempo no son significativas en ausencia de eventos vitales relevantes como para generar cambios (Gorostegui, 1992), lo que para esta investigación es significativo, pues variaciones en un período corto de tiempo se pueden relacionar con los resultados de una intervención.

En Chile se han realizado investigaciones de autoconcepto en niños empleando la escala Piers Harris. Así, por ejemplo, evaluando las diferencias entre niños con trastornos específicos del aprendizaje, con niños de aprendizaje lento (Muñoz y Rivas 2002). Además, en el año 2003, se realizó una investigación para evaluar los efectos de talleres de autoestima en niños, entre otras (Gorostegui, 2004). Esto resulta relevante para esta investigación por lo reciente y enriquecedor de dichas investigaciones.

Los niños que presentan déficit atencional, aunque evidencian signos desde el nacimiento, son diagnosticados desde los 7 años de edad, lo que coincide con el inicio de la educación general básica y el consecuente incremento de las exigencias académicas. La selección del rango etáreo en la presente memoria, por lo tanto, se relaciona con el hecho que en la etapa que va desde los 7 a los 11 comienza a ser relevante el cumplir con las demandas del hogar y de la escuela. Como sostiene E. Erikson, la proporción en que el niño logre cumplir exitosamente esta tarea, se relacionará con su sentimiento de valía personal (Rice, 1997).

Los estudios realizados durante el último tiempo en SDA, se han centrado mayoritariamente en el ámbito médico, tanto en la búsqueda de nuevos fármacos para desarrollar un mejor tratamiento, como en la aplicación de los nuevos desarrollos tecnológicos para comprender de mejor modo los aspectos neurológicos implicados en el SDA, privilegiándose, en todo caso, la utilización de tratamientos farmacológicos. No obstante es relevante destacar que el tratamiento necesario para enfrentar apropiadamente el SDA es multidisciplinario, pues sólo de esta forma se puede lograr un tratamiento integral en los distintos ámbitos afectados (Pineda y Rosselli, 1998).

Dentro de los tratamientos empleados, el Entrenamiento en Funciones Cognitivas destaca por innovador y porque a pesar de su escasa difusión puede ser un gran aporte en niños diagnosticados con SDA. Los sujetos con déficit de atención, perciben el mundo de forma caótica, desorganizada, por lo que les es difícil discriminar los estímulos centrales y en consecuencia, procesar la información en términos eficientes¹.

Si se considera que la atención, permite organizar la información para luego ser almacenada en la memoria y que la sistematización de la información es prerequisite para el aprendizaje, pues para su recobro se requiere que se encuentre ordenada, se entiende lo fundamental que resulta este proceso. Así, en las conclusiones obtenidas en la jornada Internacional sobre el SDA, realizada en Buenos Aires (agosto 2003), se concluyó que es básico partir el tratamiento del síndrome con técnicas que apunten a disminuir el caos en la percepción de estos sujetos. El procesamiento de la información de un modo eficiente tanto como las estrategias utilizadas para ello, son los objetivos del entrenamiento en funciones cognitivas.²

¹ y ² Ps. Matilde Toro Martínez, Directora del Instituto de Rehabilitación Neuropsicológica Nexos.

Las funciones cognitivas superiores, en especial las ejecutivas, se pueden desarrollar mediante entrenamiento, con las herramientas, el método y la intervención de un especialista. Esta mediación es imprescindible, pues es el terapeuta quien selecciona y aplica la metodología apropiada para que se produzcan avances con la intervención. Esta instancia es relevante, pues las habilidades cognitivas determinan la adaptación y se relacionan directamente con el nivel de calidad de vida que logran los pacientes (Toro, 2004).

Las bases conceptuales del entrenamiento en funciones cognitivas pertenecen a la perspectiva Cognitivo-Constructivista, por lo que en esta investigación se revisan principalmente las teorías cognitivas de Piaget y Vygotsky. Dado que las funciones cognitivas superiores son resultantes tanto de factores biológicos como ambientales (Toro, 2004), se considerarán los aspectos neurobiológicos necesarios para comprender el entrenamiento en funciones cognitivas, a partir de teorías que relacionan maduración y desarrollo cognitivo, en las que destacan Geschwind, Brown y Luria. También se considerarán los principios desarrollados por Feurstein y el aprendizaje mediado, junto con la revisión de la metodología usada en el entrenamiento en funciones cognitivas desarrollada en el Instituto de Restauración Neuropsicológica Nexos, donde se realiza este tipo de intervención.

Por la relevancia del síndrome, este estudio se realizó en niños y niñas con diagnóstico de déficit atencional, en quienes se midió el autoconcepto antes y después de un entrenamiento en funciones cognitivas, con el fin de evaluar si se aprecian diferencias significativas entre ambas mediciones.

A modo de síntesis, en el presente trabajo se buscó indicadores estadísticos que muestren una relación entre la participación en un entrenamiento de funciones cognitivas y el autoconcepto, lo que se constituye como la conveniencia de este estudio y su finalidad práctica, que desde Hernández (2001), son dos de los criterios que permiten evaluar el valor potencial de una investigación.

II. MARCO TEÓRICO

1. DESARROLLO HUMANO EN LA INFANCIA INTERMEDIA

La presente investigación se realizó en niños que están cursando la niñez intermedia, período que comprende aproximadamente entre los 7 y los 11 años. Por esto, se consideró necesario revisar los aspectos centrales del desarrollo en dicho rango de edad. El modelo conceptual se basará principalmente en la teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erikson y en la teoría del desarrollo cognoscitivo de Jean Piaget.

- **Conceptos Principales del período evolutivo de la industria v/s inferioridad de E. Erikson**

Hasta la etapa de desarrollo anterior a los siete años se consideraba de vital importancia para los niños el lograr el ajuste exitoso con los padres, en la niñez intermedia, en cambio, adquieren mucha importancia los logros académicos (Rice, 1997), correspondiendo al período evolutivo que Erikson caracteriza como el “industria versus inferioridad”.

En este período la escuela cobra una gran relevancia pues el niño pasa más tiempo en ésta que con su familia. Los pares son con quienes comparte ahora gran parte de su tiempo y el niño para constituirse en un miembro apreciado entre ellos, debe destacar en alguna área (Eytel, 2002).

Esta etapa corresponde la cuarta crisis del desarrollo, donde lo central es dominar las tareas escolares con éxito. Para resolver esta crisis, el niño debe vencer sus sentimientos de inferioridad y esforzarse por emplear las

oportunidades de aprendizaje que le brinda la cultura y experimentar con ésta. De acuerdo a Erikson (1965) “El niño aprende a ganar reconocimiento mediante la producción de cosas” (Erikson, 1965, citado en Eytel, 2000, p.48), esto es los niños serán reconocidos por el desempeño que logra en las actividades que realiza.

- **Conceptos Principales del Período de las Operaciones Concretas de Piaget.**

Piaget divide la secuencia del desarrollo en estadios o períodos que se caracterizan por la aparición de nuevas estructuras, que distinguen cada período de los anteriores, según la relación que establece el sujeto consigo mismo, con los otros y con el mundo (Piaget, 1991). La duración de estos períodos se establece por criterios cronológicos de edad, aunque cada sujeto se puede encontrar en distintos períodos de desarrollo independientemente de su edad.

La etapa de desarrollo de la niñez intermedia corresponde al período de las operaciones concretas “que coincide con el principio de la escolaridad, marca un hito decisivo en el desarrollo mental” (Íbid, p. 61). A partir de las acciones mentales que se producen en esta etapa, los niños logran mantener el contacto con su medio. Los procesos del pensamiento concreto, consideran a las operaciones mentales derivadas de acciones físicas, que ya han sido interiorizadas (Richmond, 1981).

En esta etapa, el niño domina un sistema cognoscitivo que le permite organizar y manipular el mundo que lo rodea. Los niños son más lógicos y menos egocéntricos que en etapas anteriores, pues ahora pueden utilizar pensamientos u operaciones mentales para aplicar principios lógicos a situaciones reales (Eytel, 2000), lo que “constituye precisamente el sistema de

relaciones que permite la coordinación de los puntos de vista entre sí, de los puntos de vista correspondientes a individuos distintos y también de los que corresponden a percepciones o intuiciones sucesivas del mismo individuo” (Piaget, 1991, p. 65). En la acción individual involucra la aparición de la capacidad de reflexión, de pensar antes de actuar, en sus interacciones con otros el niño logra coordinarse en el aquí y en el ahora con el mundo exterior y con el punto de vista de los demás (Papalia, 1993).

Los niños que cursan este período, desarrollan paulatinamente avances en las habilidades de lectura, escritura y aritmética (Rice, 1997). Asimismo, logran manejar el principio de conservación y las nociones de permanencia de la sustancia, el peso y el volumen. Según Piaget, lo que hace esto posible es el principio de reversibilidad, es decir, “la posibilidad de una vuelta rigurosa al punto de partida” (Piaget, 1991, p. 73).

2. TEORÍAS DEL DESARROLLO COGNITIVO

Desarrollo histórico del estudio de la actividad mental.

Hasta el siglo XIX, el estudio académico de la actividad mental era objeto de la filosofía y la introspección el método empleado. Hacia mediados del siglo XIX, la tradición introspectiva del estudio de la mente empezó a dar paso a las investigaciones empíricas de la psicología experimental, que se ocupó básicamente del estudio de la sensación, de la secuencia de fenómenos por lo que un estímulo genera una respuesta subjetiva.

A finales del siglo XIX, los psicólogos volvieron a analizar las experiencias subjetivas (aprendizaje, memoria, atención, percepción y acción voluntaria) en sí mismas. Desarrollaron sencillos medios experimentales para estudiar el aprendizaje y la memoria, primero en humanos y después en animales, siendo sus iniciadores I. Pavlov y E. Thorndike. Ello extendió la aproximación cuantitativa de la psicología experimental al estudio de los procesos superiores (Kandel, Schwartz y Jessel, 1997).

Este movimiento hacia una psicología objetiva culmina en la tradición empírica, en el conductismo. Los conductistas, liderados por J.B. Watson, postulaban que la conducta debía ser estudiada con el método de las ciencias naturales, por lo que había que estudiar sólo la conducta observable en sí misma, abandonándose, en consecuencia, el estudio de los aspectos no observables (Ibíd.).

En los años sesenta, autores como Frederick Barlett, Edwin Tolman, George Miller, Noam Chomsky, Ulric Neisser, entre otros, convencieron a la comunidad científica de las limitaciones del conductismo. El trabajo de los primeros psicólogos cognitivos, de la psicología de la Gestalt, el psicoanálisis y la neurología europea, señalaron que la percepción, además de modelar la conducta, es un proceso constructivo, que no sólo depende de las

características intrínsecas del estímulo sino también de la estructura mental de quien la percibe (Ibíd.).

Aunque los conductistas habían enfocado la conducta desde un punto de vista muy limitado, los cognitivos debieron enfrentar que los procesos mentales eran mayoritariamente inaccesibles al estudio experimental (Ibíd.).

El término cognoscitivo incluye una amplia variedad de funciones superiores como atención, memoria, aprendizaje, percepción, lenguaje y la capacidad para resolver problemas (Rains, 2004).

De los distintos modelos del desarrollo cognitivo se destacará Jean Piaget y Lev Vygotsky.

- **Principales conceptos de Jean Piaget del desarrollo cognoscitivo.**

Piaget (1955) consideró el desarrollo cognoscitivo como producto de la maduración del cerebro y del sistema nervioso y de la adaptación al ambiente. El proceso cognoscitivo se construye, pues el niño posee un rol activo y el conocimiento va a afectar la percepción y el procesamiento de nueva información (citado en Papalia, 1992).

Este autor, para definir la dinámica del desarrollo, planteó la existencia de esquemas, que son estructuras mentales abstractas que se desarrollan paralelamente al desarrollo cognoscitivo y que corresponden al patrón de pensamiento que utiliza una persona para tratar una situación específica en el ambiente (Piaget, s.f, citado en Rice, 1997).

Para Piaget, el desarrollo cognitivo utiliza dos procesos determinados biológicamente, la organización y la adaptación, que funcionan durante toda la vida. El primero se refiere a la tendencia del organismo a integrar las estructuras en sistemas cada vez más complejos. Entre las características que hacen posible la organización se encuentran la conservación de aprendizajes

previos, tendencia hacia la diferenciación, su integración complementaria y la naturaleza dinámica de la integración permanente de los objetos y acontecimientos variables (Piaget, 1955, citado en González, 1998, p. 12).

La adaptación, por su parte, es el mecanismo de “equilibrio de tales asimilaciones y acomodaciones” (Piaget, 1991, pp. 18-19), que se refiere al proceso de ajuste permanente del organismo a las exigencias del medio ambiente (Piaget, s.f, citado en Pineda y Rosselli, 1998). Hay adaptación “cuando el organismo se transforma en función del medio, y esa variación tiene por consecuencia aumentar los cambios entre el medio y el organismo, favorables para la conservación de este último (Piaget, 1955, citado en González, 1998, p. 12).

En la interacción con el medio ambiente, los sujetos se pueden adaptar mediante la utilización de dos procesos, asimilación y acomodación. El primero, se refiere a una interpretación del ambiente para ajustarlo a esquemas previos, esquemas que son susceptibles de repetirse activamente en la conducta. El segundo, a los cambios que realiza el niño para ajustar sus esquemas al medio ambiente, “entendiéndose que el ser viviente no sufre nunca impasiblemente la reacción de los cuerpos que lo rodea, sino que esta reacción modifica el ciclo asimilador acomodándolo a ellos”. (Piaget, 1992, p. 18)

Este autor plantea que el mecanismo esencial del desarrollo mental es la búsqueda del equilibrio entre ambos procesos. El niño, al enfrentarse a situaciones nuevas que no puede asimilar a estructuras existentes, entra en un estado de desequilibrio que se resuelve mediante el mecanismo de acomodación dando como resultado una nueva estructura mental (Piaget, (s.f), citado en Pineda y Rosselli, 1998).

Piaget distingue los cuatro siguientes aspectos que caracterizan la equilibración de las estructuras cognitivas. Primero, las estructuras cognitivas son susceptibles de transformarse por la influencia de nuevas interacciones entre sujeto y objeto, es decir, las estructuras cognitivas son móviles. Segundo,

una vez constituida la estructura, tiende a un estado de equilibrio que estimula la conservación e integración dentro de estructuras progresivamente más complejas. Tercero, el equilibrio supone la capacidad de compensación frente a los estímulos del medio: “La estructura estará equilibrada, en la medida que un individuo sea lo suficientemente activo como para oponer, a todas las exigencias u obstáculos del medio ambiente, compensaciones exteriores”, compensaciones que buscan restablecer el equilibrio perdido. Cuarto, el equilibrio es un sistema dinámico, estable en su funcionamiento general, pero inestable en los límites del conocimiento presente en los esquemas previos.

Éstos, nunca alcanzan integralmente la realidad total, por lo tanto, se debe mantener un juego constante de asimilación y acomodación, que permita construir nuevas estructuras (Piaget, 1955, citado en González, 1998, p. 14).

Para Piaget se puede denominar inteligencia, de manera genérica, al equilibrio de las funciones cognoscitivas o de las formas superiores de organización (Piaget, 1992). Este autor no propone una definición de inteligencia, más bien la caracteriza y construye conceptos que la describen y explican relacionándola con el concepto de la adaptación biológica (Richmond, 1981).

Sobre la inteligencia y la adaptación plantea “que la inteligencia es un caso particular de adaptación biológica es tanto como suponer que, en esencia, es una organización y que su función es estructurar el universo del mismo modo que el organismo estructura su medio inmediato” (Íbid, p. 97). La inteligencia se convierte de este modo en un caso particular de adaptación.

Concibe la inteligencia como un proceso de equilibración y un sistema en equilibrio. Un sujeto inteligente “es aquel que posee algún tipo de balance o estabilidad respecto a las fuerzas que actúan dentro de él” (Íbid, p 13).

Desde un enfoque funcional, una conducta es tanto más inteligente cuando las trayectorias entre el sujeto y el objeto se complejizan y requieren una composición progresiva (González, 1998).

Por su parte, las teorías del procesamiento de la Información se basan principalmente en la forma en que las personas adquieren, almacenan y recobran la información. El origen de la información puede ser de estímulos internos o externos, como un pensamiento (interno) o un estímulo ambiental (externo). La información es procesada por sistemas de capacidad limitada y de forma dinámica, pues la información se encuentra en permanente movimiento dentro del sistema (Pineda y Rosselli, 1998).

En este modelo, las operaciones cognoscitivas se conceptualizan en un continuo que va desde los procesos automáticos que se realizan sin esfuerzo hasta los procesos controlados que exigen la utilización de estrategias complejas (Ibíd.).

- **Principales conceptos de Lev Vygotsky del Desarrollo Social Cognoscitivo.**

Lev Vygotsky postula que los seres humanos no se plantean en el mundo sólo con su naturaleza biológica, sino que la conducta está mediada por el aprendizaje en la interacción social. La creación y utilización de signos y herramientas y la participación de ambas en la actividad psicológica, constituye la función superior (Vygotsky, s.f, citado en González, 1998).

Para este autor, “el desarrollo del pensamiento está determinado por el lenguaje... es decir, por las herramientas lingüísticas del pensamiento y la experiencia socio-cultural del niño”. La adquisición de significados se da mediante la reconstrucción interna de una operación externa, es decir, a través de la internalización. (Ibíd.) “El pensamiento verbal no es una forma innata,

natural de la conducta pero está determinado por un proceso histórico cultural y tiene propiedades específicas, que no pueden ser halladas en las formas naturales del pensamiento y la palabra” (Vygotsky, 1977, p. 84).

Para Vygotsky, el desarrollo de los conceptos, presupone la evolución de ciertas funciones intelectuales como la atención deliberada, memoria lógica, abstracción y la habilidad para diferenciar y comparar (Ibíd.).

Este autor, diferencia entre conceptos espontáneos y científicos. Los espontáneos son aquellos con los que el niño se relaciona en su experiencia personal, por lo que su origen es concreto. Los conceptos científicos, en cambio, se adquieren por su relación con otros conceptos, por lo que su origen es abstracto. Asimismo, considera que la motivación del niño es diferente dependiendo de si asimila conceptos de la escuela o por voluntad propia (Ibíd.).

La interrelación de los conceptos científicos y espontáneos, es parte de un tema más amplio, la relación de la instrucción escolar con el desarrollo mental del niño (Ibíd.). La incorporación de los conceptos científicos, proporcionan al niño estructuras que permiten el desarrollo de los conceptos espontáneos hacia la conciencia y su uso deliberado.

El desarrollo de las funciones superiores requiere de la internalización de signos mediante procesos de interacción. Para determinar este desarrollo, no basta con el establecimiento de las acciones que es capaz de realizar por sí mismo, nivel de (desarrollo real) sino también se debe observar que puede realizar con la ayuda de un alter (nivel de desarrollo potencial). A partir de la distancia entre el concepto de nivel de desarrollo real y el potencial, plantea el nivel de desarrollo próximo, el cual se observaría mediante la resolución de problemas bajo la guía de un adulto (Wertsch, 1988, citado en Gonzalez, 1988).

Vygotsky propone el término “mediatizar” para explicar la influencia que puede ejercerse en la zona de desarrollo próximo y plantea que el aprendizaje

produciría desarrollo en las áreas en las que el niño ya ha alcanzado cierto nivel de desarrollo potencial. (Ibíd.)

- **Conceptos principales de la Teoría de la Modificabilidad Estructural de Reuven Feurstein.**

Feurstein, elaboró una teoría que permite intervenir en el desarrollo cognitivo de los seres humanos. Planteó que el ser humano desde su origen ha tenido que adaptarse a nuevas estructuras, “puede ser considerado como la existencia modificable, por excelencia, a medida que se ve enfrentado a condiciones de vida, que cambian mucho más para él, que para el reino animal, debe forjarse toda una serie de modalidades de funcionamiento” (Assaél, 1990, p. 3). Esta modificabilidad, es un cambio en la cantidad de exploraciones, en las unidades de información que debe adquirir y de una evolución en la cantidad de aptitudes. Asimismo, implica la modificación cualitativa de la modalidad estructural en sí misma (Ibíd.). De este modo, se considera que la inteligencia responde a una necesidad de adaptación del individuo frente al medio que lo rodea, por lo que debe ser dinámica, flexible, abierta al cambio y puede incrementarse frente a las exigencias que el medio social exija (Fuentes, 1992).

La modificabilidad estructural, se refiere a la capacidad que tiene el individuo de cambiar de acuerdo a modalidades de funcionamiento diferentes de aquellas generalmente utilizadas. “El cambio estructural es una de las características de lo aprendido, que se manifiesta por la formación de nuevas estructuras cognitivas, que aparentemente no estaban previamente en el repertorio del individuo, y que no se manifestarán necesariamente en forma inmediata” (Assaél, 1990, p. 5).

La modificabilidad es accesible a individuos de distintas edades, con distintas etiologías y con distintos niveles de funcionamiento (Ibíd.). Feurstein

(1980) plantea que “excepto en los casos más severos de impedimentos genéticos u orgánicos, el ser humano está abierto a modificabilidad en todas las edades y estados del desarrollo” (citado en Fuentes, 1992).

La modificabilidad cognitiva se explicaría por dos tipos de causas. Primero, por los determinantes distales, que son aquellas condiciones genéticas hereditarias, orgánicas o socioculturales del entorno que afectan de un modo particular el aprendizaje del individuo (Ibíd.).

Segundo, por los determinantes proximales, que se refieren al aprendizaje mediado propiamente tal. Una modalidad de desarrollo humano es la exposición directa del estímulo. Otra, es la interacción con un mediador, que impide que el estímulo pase directamente al organismo. Esta mediación potencia la capacidad del sujeto para modificarse a través de la exposición directa del estímulo (Ibíd.).

Este autor, propone que ciertas funciones cognitivas insuficientemente desarrolladas pueden ser compensadas a partir de experiencias de aprendizaje facilitadas por un mediador; quien presenta al sujeto una serie de actividades, tareas, situaciones y problemas construidos en la interacción con el sujeto, con la intención que organice los estímulos que le llegan en forma directa de un modo nuevo, que le permita modificar un insuficiente aprendizaje cognitivo (Ibíd.).

La mediación se caracteriza por su intencionalidad y por su trascendencia. La intencionalidad del mediador se refiere a que se busca que el niño aprenda, para lo cual induce al niño para que aprenda algo en particular, creando en el sujeto un estado de alerta inducido. La trascendencia del acto de mediación, implica que se busca la permanencia de un modo nuevo de enfrentar la tarea, después de la acción inmediata que lo ha generado. Así la mediación propicia que el sujeto active capacidades que le permitan mejorar su relación con el mundo, considere otros puntos y sea más activo en su enfoque.

Los criterios de mediación, que propone este autor son los siguientes de acuerdo a Fuentes (1992):

- 1. Intencionalidad y reciprocidad:** De acuerdo a Feurstein (1980) se refiere a la “condición básica para llevar a cabo cualquier proceso de aprendizaje”. La intencionalidad en el mediador se concreta en la selección y organización de la información necesaria para alcanzar los objetivos prefijados con anterioridad. La intervención del mediador debe considerar los tres aspectos involucrados en la interacción, estímulo, sujeto y mediador, transformando la relación triangular, ayudando al niño a percibir las cosas con claridad y precisión. Asimismo, se propicia la reciprocidad, es decir, que el mediador involucre al sujeto en la experiencia de aprendizaje, para que ese desafío sea compartido.
- 2. Trascendencia:** la mediación debe extenderse más allá del proceso que la originó, es decir, que lo aprendido en relación a una situación específica pueda flexibilizar al sujeto y para que pueda proyectarse para solucionar otras situaciones futuras en los diferentes ámbitos de la vida.
- 3. Mediación del Significado:** tiene que ver con el despertar un interés por la tarea en sí, orienta al sujeto para que conozca la importancia y la finalidad que ella persigue en su aprendizaje. El mediador debe establecer puentes entre lo ya aprendido y la nueva información que presenta, permitiendo conocer el proceso mediante el cual se produce el conocimiento. Para que el estímulo sea realmente experimentado por el sujeto, debe vencer la resistencia por parte del niño, para lo cual el lazo afectivo entre el mediador y el sujeto, es fundamental.

- 4. Mediación del sentido de competencia:** se intenta potenciar las capacidades de los sujetos, aunque ellos creen que son incapaces de aprender por una autoimagen empobrecida. El sentimiento de competencia depende en gran medida del mediador, mediando los sentimientos del niño hacia la tarea para que sienta que lo que haya realizado es una demostración de su competencia. Para que ello sea posible es necesario que el mediador organice el trabajo de acuerdo a las posibilidades reales de sus estudiantes, adaptando las exigencias de acuerdo a su edad e intereses.
- 5. Regulación y control mediado de la conducta:** se orienta al sujeto a tomar conciencia de su forma de actuar frente a una tarea dada. La regulación de la conducta, exige que el sujeto enfrente la tarea de un modo ordenado, controlado y reflexivo, no impulsivo, es decir, pensando antes de actuar. El mediador debe ayudar al niño a establecer un período de latencia entre el pensar y el actuar, esto se traduce en enseñar el qué hacer, cómo, cuándo y por qué hacerlo.
- 6. Mediación del acto de compartir:** se relaciona con la interacción mediador-mediado. El mediador debe compartir las experiencias de aprendizaje con los alumnos, situándose en su lugar y actuando como uno de ellos, para estimular las discusiones reflexivas y solución de problemas de forma compartida. Se estimula la participación grupal y el respeto de las necesidades y puntos de vista de los otros.
- 7. Individualización mediada y diferenciación psicológica:** se consideran las diferencias individuales y estilos cognitivos propios. El mediador, debe ayudar a los sujetos a reconocer su singularidad, presentando nuevas formas de pensar propias y por lo tanto, diferentes a otros. Asimismo se debe potenciar el

pensamiento divergente, animando el pensamiento independiente, crítico y original.

- 8. Mediación de la búsqueda, planificación y logro de los objetivos de la conducta:** se refiere a brindar ayuda a los sujetos para que canalicen sus esfuerzos en conseguir metas futuras a corto y largo plazo y no sólo a satisfacer necesidades inmediatas. El mediador ayuda a establecer metas individuales y estimula sus logros, desarrollando al mismo tiempo la perseverancia, paciencia, agilidad y favoreciendo la creación de hábitos de estudio. La orientación dirigida hacia el futuro, implica procesos superiores del pensamiento, mecanismos de autorregulación y autocorrección de la conducta.
- 9. Mediación del cambio, búsqueda de novedad y complejidad:** se busca potenciar las capacidades para el cambio, favoreciendo la creatividad, la curiosidad intelectual y la originalidad. Para lograr esto, es importante que el mediador incluya en su hacer, metodologías, procedimientos y modalidades diferentes, incluyendo nuevas formas de presentar la información, tales como lenguaje verbal, pictórico, simbólico, gráfico y numérico.
- 10. Mediación del conocimiento del ser humano como entidad cambiante:** está dirigida a que el sujeto sienta, reconozca y participe de su propio cambio, tomando un papel activo y valorándolo como una capacidad inherente a su condición de ser persona. Una de las condiciones más importantes para que la mediación del cambio sea exitosa, es la creencia que el sujeto puede ir más allá de su funcionamiento actual observable.
- 11. Mediación de una alternativa optimista:** se relaciona con la confianza en el hombre y en la posibilidad siempre presente del cambio, de intentar ser mejor. Persigue dar al niño una visión

positiva de su competencia, de su capacidad de resolver un desafío ante una tarea cualquiera, sustentada en la confianza de sus posibilidades. Para lograr esto, el mediador debe dar su beneplácito ante sus logros y alentarlos ante sus fracasos.

12. Mediación del sentido de pertenencia: la mediación debe servir para ayudar al sujeto a darse cuenta, apreciar y valorar su pertenencia a un grupo y a una cultura. El mediador debe tratar de conocer, entender y respetar las tradiciones culturales de los sujetos y apoyarse en éstas para llevar a cabo sus intervenciones.

Modelos del desarrollo cognoscitivo y maduración cerebral

Las funciones cognitivas siguen una secuencia propia del desarrollo que se relaciona con la maduración del sistema nervioso central (SNC). Las funciones mentales se van desarrollando paralelamente a la maduración del sistema nervioso central y al proceso de mielinización de las prolongaciones axonales de las neuronas, procedentes de diferentes áreas de asociación de la corteza. Las distintas funciones se relacionan con procesos fisiológicos-estructurales y con mediatización socio-cultural, desde los sistemas más básicos como las funciones sensoriales y sus interconexiones, hasta los procesos superiores dependientes de la maduración frontal (Toro, 2004).

Se han propuesto numerosos modelos explicativos del proceso madurativo neurológico. Entre ellos destaca el modelo conexional de Geschwind (1965-1979), el estructural de Brown (1977) y el laboral de Luria (1973).

- **Principales conceptos del Modelo Conexionista de Geshwind.**

Geshwind en su modelo conexionista, reelaboró las posiciones localizacionistas, que consideran que las funciones están localizadas en zonas, áreas o regiones corticales interconectadas y específicas. La información que es procesada en una región, es posteriormente emitida a otra, donde opera un procesamiento adicional, lineal y secuencial (Da Fonseca, 1998).

Desde este modelo, la disfunción resulta de lesiones en áreas corticales específicas o de la interrupción de la conexión entre éstas, lo que provoca una desconexión entre áreas, que como consecuencia presenta alteraciones de la función normal (Ibíd.).

Desde esta perspectiva “se puede explicar el patrón específico de función deteriorada y preservada del paciente en términos de desconexión (o desconexiones) entre centros [áreas]” (Rains, 2004, p. 206). De acuerdo a este modelo, la rehabilitación de funciones puede resultar de la transferencia de la función hacia otras regiones potencialmente predisuestas y competentes, provocándose la activación de vías antes no utilizadas. Asimismo, consideró la neuroplasticidad como una respuesta del cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones para reestablecer su equilibrio alterado (Da Fonseca, 1998).

- **Principales conceptos del Modelo Estructural de Brown.**

El modelo estructural de Brown (1977) presenta al cerebro como logro del proceso de evolución: la encefalización. En este se destacan cuatro niveles estructurales en el comportamiento humano, tres de carácter filogenético, correspondiente a los estados de encefalización en la evolución, caracterizados por su simetría. Estos son el desarrollo subcortical, límbico y neocortical. El

cuarto también es neocortical, pero se caracteriza por ser más asimétrico y fundamentalmente dependiente del desarrollo ontogenético (Ibíd.).

En este modelo, la cognición se considera como una constelación de elementos perceptivos, motores, afectivos y lingüísticos, que en su conjunto constituyen el acto mental. Los elementos constituyentes de la cognición, durante el desarrollo resumen las adquisiciones propias de cada nivel filogenético y ontogenético. Los estadios sucesivos representan una transformación de los niveles previos, de tal modo que a cada estadio corresponde un nuevo nivel de cognición (Ibíd.).

De acuerdo a este autor, el efecto de la lesión en el S.N.C es una desorganización del sistema y provoca un cambio regresivo a un estadio anterior de organización. En este modelo no plantea como se realiza la rehabilitación (Ibíd.).

- **Principales conceptos del Modelo Laboral de Luria.**

Se han propuesto numerosos modelos psicológicos del desarrollo cognoscitivo, pero pocos han sido los que han intentado establecer una correspondencia entre el desarrollo cognoscitivo y la maduración cerebral. De estos distintos modelos una de las teorías más reconocidas está basada en los conceptos de Luria (1966) sobre el desarrollo de los sistemas nerviosos funcionales (Ibíd.).

Luria planteó, de acuerdo con Vygotsky (1960), que la función cognitiva se puede entender “como un sistema complejo y plástico realizando una actividad de adaptación particular, compuesta por un grupo de componentes permutables y altamente diferenciados” (Luria, 1960, citado en Da Fonseca, 1998, p. 48). De este modo, las capacidades cognoscitivas a nivel cortical están constituidas por zonas o centros de trabajo sincronizado, diferenciadas

anat6mica y funcionalmente. Cada zona tiene una contribuci3n 6nica para la organizaci3n general, pero sugiere que la localizaci3n es din6mica y estable. La unidad del sistema se basa en una heterogeneidad integrativa, en la que un grupo de estructuras cerebrales participan en una funci3n particular. Asimismo, una misma regi3n cerebral puede ser parte de varias funciones cognoscitivas diferentes. Cualquier tipo de cognici3n compleja requerir6 la participaci3n simult6nea de m6ltiples 6reas cerebrales (Ardilla, 1998).

Para Luria las lesiones del S.N.C. act6an como elementos desorganizadores del sistema de trabajo de las diferentes 6reas dispersas e interactivas. De acuerdo a lo anterior, la rehabilitaci3n de la lesi3n no se debe al regreso a un estadio anterior (Brown) ni a la desconexi3n de centros (Geschwind), sino a una reorganizaci3n estructural en un nuevo sistema din6mico que engloba las formaciones superiores e inferiores corticales y las subcorticales (Luria, 1977). As6, introduce el concepto de "organizaci3n sist6mica" (Da Fonseca, 1998), que preferencialmente ayuda a explicar la rehabilitaci3n de funciones cognitivas en ni6os y j3venes, basado en la noci3n del cerebro como un sistema en desarrollo que contiene una neurog6nesis intr6nseca y al mismo tiempo pl6stica y disponible (Toro, 2004).

De acuerdo a este autor, el modelo de organizaci3n cerebral cambia con el tiempo y con la experiencia, permitiendo la estructuraci3n de nuevos patrones de organizaci3n estructural interna, por lo que los efectos de las lesiones ser6n distintos dependiendo de la edad (Da Fonseca, 1998).

Luria propone que las estructuras cerebrales se desarrollan de acuerdo a tres sistemas funcionales, que poseen una funci3n particular. La primera unidad funcional comprende la tonicidad y el equilibrio, que recibe y emite impulsos hacia la periferia, tiene por funci3n la recepci3n, an6lisis y almacenamiento de la informaci3n (Ib6d.).

Para este autor, la tonicidad es entendida como la función de alerta y de vigilancia que permite la activación de los sistemas selectivos de información, sin los cuales, no puede ser procesado ningún proceso mental. A modo de síntesis, los sistemas de esta unidad mantienen el tono corporal y cortical, presente en todas las actividades concientes del ser humano (Ibíd.).

La segunda unidad funcional, es de proyección-asociación, procesa la información integrada y prepara los programas, permite obtener, captar, procesar y almacenar información procedente del mundo exterior. Su organización esta jerarquizada y subdividida en zonas nucleares primarias (proyectivas), secundarias (proyectivo-asociativos) y terciarias (asociativas). Originalmente, esta unidad se relaciona con el trabajo y con la estructura del lenguaje (Ibíd.).

La tercera unidad funcional, corresponde a la capacidad de organización de las actividades más complejas, permite programar, regular y verificar la actividad mental (Ibíd.).

Este autor, plantea que las unidades funcionales actúan de forma sistémica, en interacción y donde cada una tiene una participación específica en la actividad mental (Ibíd.).

Los modelos neurológicos de la cognición constituyen la base conceptual para el estudio de la relación entre alteraciones madurativas en el desarrollo neurológico y su concomitancia con la disfuncionalidad que afecta el rendimiento tanto como aspectos conductuales de un sujeto. El entrenamiento en funciones cognitivas surge como una alternativa de tratamiento, orientada a la integración funcional, responsable de un desempeño y una adaptación socio-afectiva eficaz³.

³ Ps. Matilde Toro, Directora del Instituto de Rehabilitación Neuropsicológica Nexus.

3. ENTRENAMIENTO EN FUNCIONES COGNITIVAS

Antecedentes históricos de la Rehabilitación en Funciones Cognitivas

La rehabilitación de funciones cerebrales es un campo relativamente nuevo. Hasta los años 50 aproximadamente, los clínicos del área de la medicina postulaban que la falta de capacidad de la neurona para regenerarse implicaba la imposibilidad de hacer algo cuando éstas dejaban de funcionar (Moreno, 1998).

Durante muchos años existió el “dogma anatómico”, al considerar que los cambios anatómicos en el sistema nervioso central (SNC) en sujetos adultos podían ser sólo destructivos y relacionados con lesiones. Sólo el sistema nervioso periférico (SNP) se consideraba capaz de regenerarse. Numerosas evidencias contemporáneas apoyan la plasticidad estructural de las células nerviosas y sus conexiones (Rosenzweig y Leiman, 1995).

Algunos estudios han demostrado que la experiencia, después de la lesión, puede afectar la recuperación de las lesiones (Ibíd.).

La idea del aprendizaje y la memoria mediados por la formación de contactos sinápticos nuevos fue propuesta a fines del siglo XIX y apoyada por investigadores como Ramón y Cajal (1894) y Sherrington (1897), pero se desvaneció, sin una propuesta concreta en su apoyo. No fue hasta los años setenta cuando surgieron evidencias que comprobaban esa hipótesis mediante los experimentos de ratas de laboratorio en entornos enriquecidos y empobrecidos (Ibíd.).

A finales de la década de los años 50, se divulgaron los primeros hallazgos de cambios cerebrales debidos al entrenamiento y la experiencia.

Rosenzweig (1984), realizó un estudio en ratas para establecer si las diferencias individuales en la habilidad de resolver problemas se podrían correlacionar con una medida cerebral (nivel de actividad de la enzima acetilcolinesterasa (AChE) en la corteza cerebral). Se encontraron correlaciones positivas en las dos medidas y un hallazgo inesperado, la experiencia del entrenamiento provocaba cambios en el nivel de actividad de AChE. En 1961, Rozenzweig, Krech y Bennet encontraron que a mayor dificultad del test conductual usado, los niveles de AChE corticales tendían a ser mayores. Esto sorprendió a los investigadores que suponían que el nivel de esta enzima sería una característica fija de cada animal y la investigación derivó al estudio de las respuestas cerebrales en la experiencia diferencial. Para esto se utilizó tres tipos de ambientes, una condición enriquecida (CE) que incluía la utilización de 12 ratas y de una jaula de un tamaño mayor que una estándar de laboratorio y que contenía una variedad de objetos estímulos que se cambiaban diariamente. La condición típica (CT), consistía en 3 animales en una jaula estándar de laboratorio, provista de agua y comida. Finalmente, la condición empobrecida (CA) contaba con un animal dentro de la jaula estándar, con agua y comida. Al final del período de experiencia diferencial, se diseccionó cada cerebro y se le hicieron pruebas químicas; el análisis de los datos reveló que los CE presentaban un mayor peso de corteza cerebral que los CA (Ibíd.).

Experimentos posteriores mostraron que las diferencias en peso cerebral eran extremadamente fiables, aunque pequeñas en términos de porcentajes y distribuidas no uniformemente a través de la corteza cerebral. A excepción de la corteza cerebral, el resto del encéfalo tendía a mostrar un efecto mínimo. Las diferencias en el peso cortical entre grupos se relacionaron con diferencias en el grosor cortical, se encontró en el grupo CE mayor número de espinas dendríticas, ramificaciones dendríticas y tamaño de los contactos sinápticos (Ibíd.).

El hallazgo de la experiencia como inductor de cambios cuantificables en el cerebro, incluso en animales adultos, junto con el mayor conocimiento del sistema nervioso y de las neuronas gracias a los avances tecnológicos, han permitido conocer algunos de los mecanismos del aprendizaje y de la memoria. (Ibíd.)

En el aprendizaje, ocurren muchos cambios fisiológicos que alteran la respuesta pre o postsináptica, o ambas. También en función del entrenamiento se producen cambios estructurales en las sinapsis ya presentes, entre las que se encuentran el incremento o disminución del área de contacto, el aumento de los terminales de las vías usadas y que una vía más usada puede tomar posesión de terminaciones ocupadas inicialmente por un competidor menos activo (Ibíd.).

Paralelamente al desarrollo de la psicología cognitiva, se desarrolló un progreso significativo en la neurociencia de sistemas y adelantos en los métodos de neuroimagen. Juntos, estos campos han permitido que por primera vez sea posible el estudio directo de las representaciones internas, sensoriales y motoras en sujetos experimentales, tanto humanos como no humanos (Ibíd.).

Bases Conceptuales

Numerosas investigaciones clínicas han llevado a la proposición general que las lesiones cerebrales provocadas en el principio de la vida tienen consecuencias menos graves que aquellas lesiones similares aparecidas más tarde. Esto se explica por la mayor plasticidad que posee un cerebro joven, aunque también se sabe que el cerebro de un niño es más vulnerable que el de un adulto, por ejemplo, a los virus (Rosenzweig y Leiman, 1995).

Otro factor que influye en la recuperación de lesiones en el S.N.C es el tiempo en que se instaura la lesión. A mayor velocidad de la lesión, mayor es el daño provocado por ella. Algunos investigadores postulan que es necesario entrenamiento para que una lesión producida más lentamente provoque un daño menor, otros no están de acuerdo (Íbid.).

Recientes hallazgos experimentales muestran que cuando una lesión provoca la pérdida de lesiones sinápticas, se pueden producir señales químicas que faciliten el rebrote de terminales. Cuando una lesión precede a otra entre 4 días y 2 semanas, la respuesta es significativamente más rápida y amplia que en la primera de ellas (Íbid.).

Existen tres fenómenos neurobiológicos a considerar de acuerdo a las teorías de la potenciación y modificación de las sinápsis responsables de la recuperación de lesiones en el S.N.C.

- 1. Reorganización de las interacciones funcionales** entre diferentes áreas o grupos neuronales dentro de una red neuronal preexistente. Existirían circuitos redundantes en el cerebro que realizan de forma paralela funciones similares. La lesión de una de estas vías hace que la otra asuma completamente la transmisión de esa información, desarrollando otras que antes existían pero estaban siendo infrautilizadas o eran más inactivas.
- 2. Incorporación de nuevas áreas**, éstas empezarían a formar parte de la red previa establecida o se activaría una red que habitualmente no era usada para esa función y se encargaba de funciones completamente distintas, lo que implica aprendizaje y uso de nuevas estrategias. Existiría un “reclutamiento” de distintas áreas del cerebro para compensar pérdidas.

3. Activación de áreas adyacentes, basado en el fenómeno de la plasticidad neuronal que se produce en las regiones cerebrales situadas en las áreas adyacentes a la región dada, con el objetivo de asumir su función. Pese a la mayor plasticidad cerebral del tejido cerebral joven, en todas las edades hay posibilidad de recuperación.

Nieto y Verdú (1998) postulan “que el conocimiento detallado de los mecanismos celulares y moleculares de la plasticidad neuronal permitirá la sustitución de las estructuras y circuitos lesionados por otros tales que hagan posible la recuperación funcional” (Ibíd., p. 964).

La rehabilitación probablemente nunca es completa tras una lesión grave, pero puede ser lo suficientemente importante como para permitir una vida activa, incluso, la vuelta a las actividades laborales (Ibíd.).

Si bien estos hallazgos tienen su base en pacientes con lesiones cerebrales, la activación de circuitos de redes neuronales, aunque en ocasiones menos exitosos y más complejos, son válidos para los cuadros de alteraciones en el desarrollo neuromadurativo, como el S.D.A. (Toro, M. 2005)

Metodología del Entrenamiento en Funciones Cognitivas

El tratamiento para estimulación de funciones cognitivas consiste en la aplicación de un elaborado software, aplicado por terapeutas especializados específicamente entrenados para ello, con el objeto de maximizar un desarrollo integrado de las funciones superiores del sistema nervioso, es decir, las funciones cognitivas. El software contiene un protocolo de entrenamiento organizado secuencialmente, y en complejidad progresiva, para restaurar cada una de las funciones susceptibles de entrenar (Toro, 2005)

Entre ellas: la función visual, auditiva, el manejo espacial y temporal, la coordinación, la memoria perceptivo-secuencial, la atención, la memoria verbal, las habilidades lógico-matemáticas, la asociación, la organización, el pensamiento abstracto y por sobre todo, el desarrollo del lenguaje, que finalmente es lo que permite la integración social adaptada y eficiente, tanto como la modulación y control de la conducta humana (Ibíd.).

Estas funciones están compuestas a su vez por sub-funciones, para las cuales el programa incorpora ejercicios metodológicamente organizados, aplicados individualmente, en sesiones personalizadas, de acuerdo a las deficiencias identificadas en el proceso de evaluación (Ibíd.).

Las funciones cognitivas no son aprendidas linealmente. Ellas requieren de un entrenamiento sistemático para ser aprendidas, que incluye instrucción, modelaje, práctica y retroalimentación (Morán, 1995, citado en Pinel 2001).

La restauración funcional a nivel neurocognitivo es eficaz en términos del logro de metas establecidas para cada caso individual, en función de un aumento en la calidad de vida y el cumplimiento de las expectativas del niño y su familia (Toro, 2004).

El proceso de rehabilitación neurocognitiva, es posible si se enfrenta desde un modelo metodológico estructurado, con un abordaje multidisciplinario coordinado conceptualmente y con las herramientas re-educativas especialmente diseñadas para ello (Ibíd.).

Durante toda la sesión el sujeto trabaja moderado por un especialista, cuya misión consiste en la mediación lingüística permanente para asociar y categorizar información relevante, donde en la ejercitación del juicio crítico, liderado por el terapeuta, logre desarrollar las destrezas para un manejo conceptual más elaborado y abstracto (Ibíd.).

En el enfrentamiento hacia la tarea, aún en aquellos ejercicios que implican lectura de instrucciones, es el sujeto quien debe explicar lo que cree que se le está demandando a fin de permitir, más allá de la comprensión, la integración y coherencia de esquemas de información (Ibíd.).

Finalmente, se hace el análisis en términos de su percepción de la utilidad que para sus dificultades tiene el trabajo realizado en la sesión y se compara con el rendimiento obtenido en sesiones anteriores para su auto-evaluación y la mantención de la motivación (Ibíd.).

La programación secuenciada de sesiones se diseña sobre la base de:

- Porcentajes obtenidos sesión a sesión.
- Tiempo empleado en los logros de las distintas tareas.
- Actitud observada en el paciente, respecto de sus logros y fracasos.
- Análisis del nivel alcanzado en la integración funcional.

Las sesiones se programan en frecuencia de dos y tres veces por semana, de una hora reloj de duración (Ibíd.).

El objetivo de este enfrentamiento terapéutico es la integración funcional, orientada a la eficiencia de las funciones ejecutivas (Ibíd.).

Dentro de las funciones cognitivas, la más compleja es la función ejecutiva, que representa un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación, establecimiento de metas, diseño de planes y programas, temporalidad de la conducta y el control de ésta de acuerdo a los resultados de las acciones (Pineda, 1998).

Las funciones estimuladas son principalmente:

a) Atención

Se entiende como el proceso de selección de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y la mantención del control permanente en el curso de éstos. Por lo que se encuentra a la base de todos los procesos cognoscitivos.

La ejercitación de esta función, parte de la concepción que los mecanismos de la atención están integrados en unidades funcionales de activación, concentración y selectividad. Por activación se entiende a la capacidad de responder ante los estímulos medio ambientales, orientándose ante los estímulos relevantes, filtrando los irrelevantes. Se denomina concentración a la habilidad por sostener la atención por períodos necesarios para llegar con éxito al final de una tarea. La selectividad de la atención, se entiende como la habilidad para seleccionar e integrar estímulos específicos y la habilidad de focalizar o alternar entre dichos estímulos, base de la atención dividida.

Se consideran 4 tipos de actividades para la ejercitación de la función atencional:

- 1. Atención y reacción:** Se entrena la velocidad de organización de la respuesta motora entre estímulos visoespaciales, auditivos y verbales.
- 2. Focalización:** Se entrena la capacidad de centrar la atención ante estímulos viso-espaciales y auditivos-verbales, en presentación uno a uno. El sujeto debe fijar su atención en los aspectos centrales del estímulo, aún en presencia de distractores.
- 3. Atención dividida:** se entrena la habilidad para alternar la focalización de la atención ante varios estímulos en presentación simultánea, un ejemplo de esto es la exposición a un estímulo visual (color de una

tarjeta), verbal (nombre escrito de un color) y auditivo (conteo de coincidencias).

4. **Mantención de la atención:** se entrena la habilidad para conservar la concentración hasta el final de una tarea, sea del ámbito perceptivo y/o verbal.

b) Memoria

La actividad orientada a retener y a reproducir el material grabado en la mente corresponde a la actividad mnémica. La memoria es un mecanismo o proceso, que permite conservar la información transmitida por una señal, después de su ocurrencia. Esta capacidad permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas con posterioridad.

Una distinción clásica de esta función, es memoria de corto⁴ y largo plazo⁵. La primera se refiere a la evocación de la información inmediatamente después de su presentación. La segunda, a la evocación de la información y conocimientos formales o experienciales almacenados a través de la historia vital del sujeto.

La ejercitación, en general intenta conocer las estrategias de almacenamiento desarrolladas por el sujeto, fenómeno conocido como metamemoria⁶.

En general, se subdivide a la memoria en perceptiva y verbal. La primera se refiere a la retención inmediata de estímulos visuales y auditivos por separado, los que deben ser recordados secuencialmente. Ello requiere de un

⁴ La memoria a corto plazo es un sistema de memoria de limitada capacidad y corta duración que retiene información sólo por cuestión de segundos. La información en la memoria a corto plazo es muy vulnerable a los efectos de la interferencia. (Rains, 2004)

⁵ La memoria a largo plazo es un sistema de memoria que almacena una cantidad enorme de información durante años, o incluso toda la vida. (Rains, 2004)

⁶ Metamemoria es la habilidad para valorar de manera precisa la capacidad de memoria de uno.

alto nivel de integración, que incluye la elaboración intelectual de la impresión acerca del objeto, el desglose en sus rasgos más esenciales y la inclusión del mismo en una categoría. Incluye abstracción y categorización.

La ejercitación comprende el desarrollo de las destrezas para memoria perceptiva y verbal en presencia de distractores, recuerdo inmediato y retardado y la memoria de trabajo.

1. **Memoria perceptiva:** ejercicios destinados al recuerdo secuencial de estímulos visuales, auditivos, espaciales, símbolos y dígitos. Se presentan varios estímulos al sujeto y se le pide que los recuerde en orden secuencial.
2. **Memoria verbal:** conjunto de ejercicios destinados al recuerdo de estímulos verbales en presencia de distractor auditivo/visual/verbal. Los estímulos presentados poseen distinto grado de complejidad, siendo el de menor dificultad el recuerdo de listas de palabras y el de mayor el recuerdo de oraciones. Se aumenta el volumen y la complejidad de la información verbal y se pide que responda a preguntas relacionadas con esta.
3. **El recuerdo retardado:** se evalúa mediante la repetición de listas de palabras memorizadas por el sujeto 30 minutos después de aprendidas.
4. **La memoria de trabajo:**⁷ se consigna a través de la ejecución de todos los programas de atención y memoria, en términos de las estrategias empleadas para la utilización de información reciente de modo alternante, base de la organización de la acción.

⁷ La memoria de trabajo corresponde a la interfase entre los registros temporales a corto plazo y la memoria a largo plazo. El contenido y los procesos que la constituyen, se derivan de la información recibida desde el ambiente y la información y los procesos ya almacenados. Rains, D. (2004).

c) Lenguaje

La relación lenguaje-pensamiento constituye un complejo sistema de procesamiento de la información, ya que requiere del nivel más alto de integración de los procesos cognitivos superiores.

El lenguaje, en el entrenamiento, está orientado a la estimulación de las destrezas metacognitivas, es decir, del autoconocimiento del proceso de cognición empleado ante una situación.

Se consideran también los aspectos estructurales involucrados en la pragmática lingüística.

Si bien se trabaja en los aspectos que constituyen los procesos lingüísticos básicos como: prosodia, repertorio lexical, manejo de la significación, aprendizaje de lectoescritura, el quehacer fundamental se orienta al desarrollo de los procesos superiores como la habilidad para asociar términos a imágenes, fluidez verbal, habilidades comprensivas y retentivas globales y de detalles, la organización secuencial de hechos, anticipación de contenidos, comparar e interpretar, inferir y deducir.

La elaboración verbal oral y escrita esta destinada a evaluar relaciones analógicas, categoriales y conceptuales, organizadas de un modo comprensible y coherente.

El lenguaje es conceptualizado no sólo en términos de destrezas comunicacionales sino también en su papel de modulador de la conducta, como en la visualización de alternativas de solución de conflictos, la toma de decisiones y la evaluación de las mismas en términos de la adaptación socio-funcional y por sobre todo, la contrastación de los esquemas de información con la realidad.

d) Temporalidad

La percepción y el manejo del tiempo son conceptualizados como la base de la organización de la conducta. La secuencialidad de la acción orientada a un fin es mediada por la percepción de tiempo transcurrido, la discriminación espontánea de unidades temporales, que deben ser previamente internalizadas y la habilidad para planificar y organizar el comportamiento previo a un evento, es decir, anticiparse. Se han diseñado ejercicios para ejercitar cada uno de estos aspectos.

e) Herramientas perceptivo-motoras

La estimulación de estas funciones se realiza a través de un conjunto de herramientas perceptivo-motoras, que incluyen las funciones:

1. Visual, con sus subcomponentes:

- Discriminación de formas simples, complejas, achurados, tamaños y diferencias de tonos en colores.
- Percepción de detalles en figuras cotidianas y asociadas a lenguaje a través de la búsqueda de elementos en una configuración perceptiva compleja.
- Habilidad para comparar y secuenciar estímulos visuales entre sí y también cuando se transcriben.
- Agudeza visual.
- Velocidad de la búsqueda para el seguimiento visual.

2. Auditiva:

- Reconocimiento de sonidos cotidianos.
- Reconocimiento de sonidos de timbres similares.
- Asociación de estructuras auditivas y visuales.

- Reproducción espontánea de patrones de sonido.
- Categorización y seriación de tonos agudos y graves.

3. Organización espacial:

- Internalización de las nociones espaciales en el propio esquema corporal, en el espacio y en el plano, ante órdenes orales y escritas.
- Organización espacial en tareas de papel y lápiz.
- Organización espacial en tareas constructivas.
- Manejo de secuencias espaciales.

4. Coordinación:

- Tareas de precisión y exactitud como encaje, arrastre y ensamblaje.
- Ejercicios destinados a desarrollar velocidad de organización de la respuesta motora ante estímulos visuales, espaciales, auditivos y verbales.

f) Integrativo

En este módulo se presentan ejercicios para asociación, comparación, organización espacial, categorización, seriación, inclusión y extensión.

Todo ello con el objetivo de ampliar los esquemas de información en un estilo de procesamiento de la información eficiente, que permita un rendimiento y una adaptación exitosas.

4. DÉFICIT ATENCIONAL

Desde que Bradley “en 1937, constató que algunos niños con conducta impulsiva y agresiva podían ser controlados con anfetaminas, hasta 1994, año en el que se publica el cuarto Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, ha variado la comprensión del síndrome” (López, 1998, p. 95), han sido muchos los especialistas que por décadas han intentado dar una definición al SDA (Ibíd.).

Una de las definiciones más utilizadas es la de la American Psychiatric Association (1994), quienes definieron que la característica esencial del SDA “es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de nivel de desarrollo similar” (American Psychiatric Association 1995, p. 82). Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad y deben presentarse en más de un lugar (Ibíd.).

Por lo general, las manifestaciones comportamentales suelen producirse en múltiples contextos. Habitualmente los síntomas empeoran en las situaciones que exigen atención y esfuerzo mental sostenido, en las actividades que carecen de atractivos intrínsecos y en actividades de grupo. El diagnóstico solo debe hacerse si el síndrome está interfiriendo objetivamente con el desarrollo social, académico, ocupacional y/o recreativo (Ibíd.). Hasta el momento no existe ningún examen de laboratorio que sirva para esclarecer el diagnóstico. Por este motivo, actualmente este se basa en los criterios diagnósticos del DSM IV, que clasifica según sean los síntomas predominantes en los siguientes tres subtipos de SDA: el hiperactivo–impulsivo dominante, el Inatento predominante y el tipo combinado. (Valdivieso, Cornejo y Sánchez, 1999)

En todos los subtipos, de acuerdo a Finkel (2000) se reconoce la impulsividad como “una dificultad para inhibir las respuestas inmediatas o automáticas con respecto a los estímulos ambientales... lo cual impide dar prioridad a las respuestas provenientes de un programa interno de prioridades” y se entiende a la inatención como “la incapacidad para extinguir o filtrar las respuestas a estímulos menos relevantes en situaciones familiares, académicas, ocupacionales o sociales” (Finkel, 2000, p. 59).

Aún cuando, se han encontrado similitudes en los distintos subtipos, también se han encontrado diferencias. Evidencias clínicas demuestran que los síntomas se pueden presentar de modo distinto de acuerdo a la edad y al género, al nivel socioeconómico y al nivel educacional alcanzado. (Nadeau, 2004) Las niñas son biológica y neurológicamente diferentes a los varones; socializan y se comunican distinto que los niños y son educadas con disímiles expectativas sociales. En consecuencia, manifiestan distintas dificultades, y conductas que los niños con SDA. (Finkel, 2000 ; Nadeau, 2004)

Si bien se postula que el síndrome es 4 veces más frecuente en niños que en niñas, (Pineda y Rosselli, 1998) la cifra de niñas con SDA puede ser mucho mayor. Una explicación de esto, es que los síntomas que guían el diagnóstico son más aplicables a niños entre 7 y 11 años de sexo masculino, pues el DSM IV fue probado en este grupo particular. (Finkel, 2000)

Las investigaciones actuales han demostrado que el síndrome de SDA es una alteración en la actividad de los lóbulos frontales con un trastorno en la Función Ejecutiva, más específicamente con el componente frontal de la atención, que corresponde a la atención tónica, atención sostenida o dirigida y atención dividida. (Castellano y Pineda, 2001)

El proceso de inhibición, que corresponde a una de las funciones ejecutivas, ha sido propuesto como una opción de localización del SDA. De acuerdo a esta postura, la deficiencia del control inhibitorio no permite al niño con SDA utilizar otras estrategias de control ejecutivo para optimizar su conducta. Directa e indirectamente la deficiencia en el proceso inhibitorio se relaciona con la memoria de trabajo, autorregulación, comunicación consigo mismo y la habilidad de reconstruir su comportamiento (Schachar, 2000).

De acuerdo a Solzi (2003), "El mundo en el que se mueve la persona con Déficit Atencional es vivido como caótico. Los espacios, los tiempos, los afectos se juntan desorganizadamente y se mezclan de tal modo que quién padece esta problemática no puede discriminar nada" (s.p.). Un niño que no es capaz de organizar las sensaciones que recibe, se confunde, lo que hace imposible que éste se concentre. Esto no responde al paradigma recompensa-castigo, pues éste no facilita que el cerebro del niño se organice ni ejecute conductas adaptativas que son las que pueden reforzar su autoestima (Ayres, 1998).

Los niños con déficit Atencional presentan dificultades en diversas áreas, en lo social, emocional y académico. Los mejores resultados de tratamiento se han observado con terapia multimodal, que además de medicación incluye principalmente las modificaciones de la conducta y estrategias y técnicas de aprendizaje (Finkel, 2000).

De acuerdo a Pineda y Rosselli (1997) la utilización de técnicas cognoscitivas ha resultado útil para aumentar el autocontrol en estos niños. Dada la alta incidencia de dificultades académicas que estos presentan, se recomienda incluir, en el programa de tratamiento, ayuda en esta área, especialmente en la resolución de problemas (Pineda, y Rosselli, 1998).

En las conclusiones de la Jornada Internacional sobre SDA de Buenos Aires se planteó como primer objetivo del tratamiento del síndrome “superar el caos de la actividad perceptiva y así que el niño-adolescente pueda construir estrategias imprescindibles de acercamiento a la realidad” (Conclusiones obtenidas en la jornada Internacional sobre el SDA, realizada en Buenos Aires, agosto 2003).

5. AUTOCONCEPTO

Para Piers y Harris, cuya escala se utilizará en la siguiente investigación, el autoconcepto es la configuración organizada de percepciones de sí mismo que pueden ser concienciadas, siendo un sistema relativamente estable de actitudes hacia el sí mismo en términos de experiencias organizadas, de percepciones, valoraciones positivas y negativas, de su relación con los otros, consigo mismo y con todos lo que lo rodea (citado en Gorostegui, 1992).

Piers y Harris utilizan indistintamente los conceptos de autoestima y autoconcepto, por cuanto para este marco teórico se considerará de igual modo (Ibíd.).

Ellen Piers (1984) resume en seis puntos sus planteamientos teóricos sobre el autoconcepto, las mismas que evalúa su escala son:

1. Primero: el concepto se considera esencialmente fenomenológico, es decir, no observable directamente, pero susceptible de ser inferido a partir de conductas o auto-reporte. Reconoce la dificultad de medir conductas, por la dificultad de replicarlas y que ellas sean consistentes en distintos contextos. En este sentido, aunque el auto-reporte es susceptible de sufrir distorsiones, es también generado por la experiencia individual directa. Desde el punto de vista de la autora, el hecho que el auto-reporte sea susceptible de distorsión es un problema metodológico y no teórico (citada en Gorostegui, 2004).
2. Se considera al autoconcepto una entidad global, pero con componentes específicos. Refleja cómo se siente el niño realmente considerando sus habilidades generales, específicas y su autoimagen física, por lo que el autoconcepto global deriva de

la autovaloración en áreas específicas del funcionamiento. Asimismo, plantea que el autoconcepto está jerárquicamente organizado, de tal modo, que las áreas que son poco valoradas por el niño probablemente tendrán poco impacto sobre la valoración total (Ibíd.).

3. El autoconcepto es relativamente estable. A pesar de la importancia que se le pueda asignar a la experiencia en su desarrollo, este no cambia con facilidad. En los niños pequeños, el autoconcepto puede depender de la situación, pero se va estabilizando progresivamente. La autora afirma que es posible cambiar el autoconcepto a través de experiencias correctivas, siempre que no sean intervenciones aisladas. Además, propone que hay ciertas áreas más difíciles de cambiar y ciertos períodos críticos para el cambio (Ibíd.).
4. El autoconcepto tiene un período crítico y uno evaluativo, que se obtiene a partir de juicios que el niño ha ido acumulando sobre sí mismo y otros, que han sido internalizados como valores, normas y nociones de lo que es socialmente deseable. Asimismo, se puede aislar un componente intraindividual, en relación a sus propios estándares internos y uno interindividual, de su valoración en relación a sus pares (Ibíd.).
5. El autoconcepto es experimentado y expresado por los niños de un modo distinto de acuerdo a su etapa de desarrollo. En la primera infancia el foco está en la diferenciación del self respecto al medio ambiente y en el establecimiento de relaciones recíprocas con sus cuidadores. Durante los años preescolares, el autoconcepto se define por las experiencias con pares y por las conductas y actitudes parentales. Durante la etapa escolar, el autoconcepto se expande para contener un gran número de

intereses, en especial los relativos al rendimiento escolar y las relaciones con pares, que cobran ahora mayor importancia. Dentro de la adolescencia ciertos aspectos del autoconcepto pueden sufrir rápidos cambios en la autoimagen, ético-morales, identidad profesional, entre otros que siguen dentro de un continuo estable (Ibíd.).

6. El autoconcepto tiene un rol clave como motivador y organizador de la experiencia, que permite mantener una imagen consistente de quiénes somos y cómo reaccionamos en distintas situaciones, disminuyendo la ambigüedad ante situaciones nuevas y estructura la conducta hacia metas y objetivos. Juicios relacionados al éxito o al fracaso ante una acción particular, puede influir motivacionalmente sobre sus resultados (Ibíd.).

Aún cuando han transcurrido más de 20 años desde que Piers formuló las bases teóricas de su Escala, las aproximaciones actuales siguen la misma línea de la autora (Ibíd.).

De este modo, el autoconcepto es un sistema estructurado, que permite al individuo categorizar y relacionar la información que posee acerca de sí mismo jerárquicamente (Shavelson, 1976, citado en Muñoz y Rivas, 2002). Asimismo, proporciona un marco para la percepción y la organización de las experiencias propias y que es sistemáticamente utilizado para organizar también la información de los demás y por ende, influye en el propio conocimiento y en el de los demás (Machargo, 1991, citado en Muñoz y Rivas, 2002).

Al autoconcepto global se subordinan autoconceptos específicos que se ordenan de acuerdo a la importancia o los valores que la persona le otorgue a los distintos roles en que se desempeña. Asimismo, es multidimensional, porque hay “conceptos asociados a cada uno de los roles del sujeto... de categorías adaptado a un individuo particular y/o compartidos por un grupo” (Aguila, 1985, citado en Muñoz y Rivas, 2002).

La escala adaptada, al igual que la original, entrega un resultado global y uno más específico, compuesto por 6 subescalas que se presentan a continuación:

1. Conducta: está compuesta por 15 ítems, que reflejan el grado en que el niño admite o niega conductas problemáticas. Contiene ítems que comprenden rangos de conductas específicas, como “en mi casa soy obediente” o declaraciones generales, del tipo “Generalmente me meto en problemas”. Las respuestas de los niños proporcionan claves importantes sobre cómo evalúa el niño su problema, los lugares donde se producen, si asume su responsabilidad en éstos o lo atribuye a terceros: “Hago muchas tonteras” o “me molestan en la casa” (Piers, 1984, citado en Gorostegui, 2004).

Un puntaje bajo, o moderadamente bajo es esta subescala, sugiere un reconocimiento por parte del niño, sobre las áreas que son problemáticas para él. Los puntajes altos son más difíciles de interpretar, ya que pueden reflejar tanto ausencia real de problemas, como un intento deliberado por negarlos (Ibíd.).

2. Estatus Intelectual y Escolar: está subescala consta de 15 ítems y refleja la autovaloración infantil respecto de su desempeño en las tareas escolares y su sentimiento general hacia el colegio. Puede ser de utilidad para identificar dificultades en el proceso de aprendizaje y formular planes para remediarlos (Ibíd.).

Un bajo puntaje en esta subescala sugiere dificultades específicas en las tareas y actividades escolares relacionadas. En niños con una historia de buen rendimiento escolar, este patrón de respuestas puede indicar expectativas desmesuradas sobre sí mismos, de ellos o de sus padres, que van acompañadas por un sentimiento de siempre poder hacerlo mejor (Ibíd.).

En niños con historia de bajo rendimiento académico o de dificultades específicas en el aprendizaje o conducta, la autovaloración negativa indica una internalización de patrones de baja autoestima, de una baja valoración del propio esfuerzo o de la capacidad para tener éxito académico (Ibíd.).

- 3. Apariencia y Atributos Físicos:** subescala compuesta por 12 ítems, que reflejan las actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas. Esta subescala es más sensible que otras a la variable sexo (Ibíd.).

Un puntaje bajo en esta escala puede significar que el niño tenga muy baja autoestima en relación a su imagen corporal y atributos relacionados o que el niño no adhiera a los roles estereotípicos sexuales tradicionales. Esto último, no debe ser interpretado necesariamente como problemático (Ibíd.).

- 4. Ansiedad:** esta subescala está compuesta de 20 ítems, que reflejan un humor disfórico o alterado. Los ítems en general expresan sentimientos de no ser tomados en cuenta, que comprenden una variedad de emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo. Más que otras escalas, ésta contiene ítems que pueden sugerir la necesidad de evaluación o terapia posterior (Ibíd.).

Un puntaje bajo en esta subescala, requiere de una evaluación específica de sus respuestas para determinar la naturaleza de sus problemas y decidir, si requiere o no, de ayuda especializada (Ibíd.).

5. Popularidad: está compuesta de 11 ítems, que reflejan la forma en que el niño evalúa su popularidad entre sus compañeros de curso, si se siente capaz de hacer amigos, si es elegible para los juegos por su compañeros y si es aceptado por su grupo de pares (Ibíd.).

Bajos puntajes en esta escala pueden indicar retraimiento social, timidez, falta de habilidades sociales o rasgos de personalidad que favorezcan que sea rechazado o aislado por sus pares. Algunos niños discapacitados físicamente o con dificultades de aprendizaje, pueden sentir que no son tomados en cuenta o que se burlan de ellos (Ibíd.).

Bajos puntajes se asocian a infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferentes. Los niños que puntúan bajo para esta escala, pueden estar pidiendo ayuda, por lo que se sugiere que sean evaluados por un especialista (Ibíd.).

6. Felicidad y Satisfacción: está compuesta de 11 ítems y refleja un sentimiento infantil general de ser feliz y estar satisfecho de vivir. (Ibíd.)

Aunque el autoconcepto es un conocimiento relativamente estable, puede ser modificado por experiencias significativas con el medio que promuevan la incorporación de nuevas percepciones a sus esquemas. El autoconcepto se va diferenciando con la edad, “con la edad no aparecen nuevos factores del autoconcepto, pero sí van apareciendo más definidos, claros y distintos, especialmente el factor autoconcepto académico”. (Mash, 1984, citado en Muñoz y Rivas, 2002, p. 57)

Se ha cuestionado la estabilidad de la valoración del autoconcepto de los niños, aduciendo que sus actitudes hacia sí mismos serían un reflejo de la situación inmediata. Seeman (1976) afirma que esto puede ser cierto para los preescolares, pero a partir de los 7 u 8 años, las investigaciones confirman que las actitudes son razonablemente estables. (citado en Gorostegui, 2004)

Autoconcepto y Competencia Académica.

Los estudios sobre autoconcepto, desde la perspectiva de la Psicología del Desarrollo, han seguido la misma línea de las de la formación del concepto. Asimismo, la mayoría de los focos de investigación consideran una relación entre las estrategias intelectuales y las formas de adquirir el autoconcepto, aunque igualmente se sabe que existen diferencias entre ambos procesos de adquisición. (Gorostegui, 2004)

Aguila (1985) propone que cuando los niños empiezan a desarrollar el pensamiento lógico concreto, el autoconcepto se hace más realista, pues son capaces de organizar las experiencias y de diferenciar los datos que obtienen de la realidad y de las acciones mentales que realizan, lo cual le permite descentrarse de sí mismo y objetivizar el conocimiento de la realidad (Muñoz y Rivas, 2002).

El escolar adquiere los mecanismos de la reversibilidad operatoria, que le permiten reflexionar sobre sí mismo, pero sin autocrítica independiente del juicio de los otros (Piaget, 1975, citado en Gorostegui, 2004).

El concepto de sí mismo primario, depende principalmente de la relación con la familia y se caracteriza por ser más egocéntrico que el secundario. Este último, se forma a partir de lo que el niño cree que piensan los otros que se relacionan con él, y “se desarrolla a partir de cómo éstas lo describen, quieren, elogian y castigan y la posición que tiene en el grupo con el que él se identifica” (Muñoz y Rivas, 2002, p. 58). El grupo de pares, es de gran importancia pues ofrece una instancia en la cual lograr un estatus, practicar roles, internalizar normas y desarrollar la regularización social. El niño, al poder realizar una evaluación personal de los hechos, puede enjuiciar su conducta y la de los demás y adquiere un sentido de obligatoriedad ante las normas que ha aceptado (Ibíd.).

El rol de la escuela en la consecución de un concepto de sí mismo adecuado es importante, pues, el período escolar ofrece un nuevo escenario que multiplica las experiencias del niño, le permite interactuar en organizaciones más complejas y tener contactos más específicos (Ibíd.).

Machargo (1997) plantea que los éxitos y fracasos académicos van a influir en el desarrollo del autoconcepto académico y este a su vez en los sentimientos de eficacia, capacidad y competencia que se tendrán en la adultez. (Ibíd.) “Las autopercepciones de competencia son críticas para la regulación de la conducta y la motivación de logro” (Gorostegui, 2004, p. 35).

Lo anterior, en el caso de niños con SDA cobra especial importancia, por las dificultades de aprendizaje que ellos tienen (Conclusiones obtenidas en la jornada Internacional sobre el SDA, realizada en Buenos Aires agosto, 2003).

Género y autoconcepto

La mayoría de las definiciones de sexo se refieren a cuestiones biológicas (anatomía, hormonas, fisiología) y a una categoría social, en cuanto a lo que la gente piensa sobre esas diferencias. Desde esta perspectiva, el concepto de género incluye lo biológico, pero está determinado por el sistema cultural (Deaux, 1984, citado en Gorostegui, 2004).

En la literatura aparecen diferencias en la valoración del autoconcepto por género. Por lo general, se postula que las niñas tendrían un autoconcepto más bajo que los niños. Una investigación realizada en Chile por Gorostegui y Milicic (1993) con la escala de autoconcepto Piers-Harris, concluyeron que “los resultados confirman, en ese momento, la desigual distribución de la autoestima en niños y niñas en etapa escolar, a favor de los varones” (citado en Gorostegui, 2004, p. 4).

El menor nivel de autoestima presente en las mujeres se explica desde la teoría del género, por la posición menos valorada de la mujer en el contexto histórico, económico y sociopolítico. Desde la teoría de la Psicología Social se destaca la importancia de la autoestima en el desempeño social, status y bienestar psicosocial de niños y niñas, que tienden a la autopropagación de las diferencias (Ibíd.).

El año 2004 se el Ministerio de Educación inicia el programa MECE, destinado a elevar la calidad y la equidad de la educación en Chile. Esta entidad realiza una evaluación a nivel nacional para comprobar el impacto positivo de los talleres TAP en la autoestima de los niños. Los resultados indican que los puntajes de niños y niñas participantes, son prácticamente similares, con una ligera superioridad de las niñas en algunas regiones (Ibíd.).

Este resultado coincide con los estudios internacionales, que indican una disminución de la brecha de la autoestima entre hombres y mujeres (Ibíd.).

En la Literatura ha comenzado a aparecer cambios en las tendencias y creencias determinadas por el género, cuestionándose la superioridad masculina. Los resultados la investigación de Stetsenko, A., uno de los estudios transculturales más importantes realizado a fines de la década de los 90, demuestran que las diferencias en la autovaloración dependen del tipo de tarea a realizar y que no necesariamente se mantienen a lo largo del desarrollo. Los resultados de este estudio comprueban que hay una alta correlación entre el rendimiento escolar y la autopercepción académica. En esta investigación se encontró que los resultados globales de autoestima son similares en niños y niñas, pero con diferencias en relación a las áreas de estudio y en la valoración que las niñas realizan de sus éxitos. Los resultados de las niñas, indican que no creen que su talento explique sus éxitos, sino que piensan que ellas se esforzaban más, que habían tenido suerte o que los profesores habían sido benevolentes al corregir (Ibíd.).

El cambio positivo del autoconcepto encontrado en las niñas de nuestro país en los últimos 10 años se puede asociar a los cambios ocurridos en este período, entre los cuales se destaca, porque incluye a toda la población, los resultados arrojados por el Censo del 2002, que mostró que las mujeres presentan un mayor acceso al campo laboral y un aumento en la proporción de jefas de hogar. Asimismo, el reconocimiento y validación de mujeres en cargos de gobierno, probablemente estén influyendo positivamente en la autoestima de las niñas, identificadas con el género (Ibíd.).

En un estudio sobre autoconcepto realizado en Santiago en niños que cursaban de tercero a sexto años de la Enseñanza General Básica por Gorostegui (2004), utilizando la escala Piers-Harris, se encontró que no había diferencias significativas en promedio para la escala total entre hombres y mujeres, aunque en las mujeres se encontró un nivel mayor de autoestima. En cuanto a las subescalas las niñas obtuvieron niveles significativamente más altos en conducta y en estatus escolar e intelectual. Los varones obtuvieron un nivel más alto en la subescala ansiedad, lo que implica que ellas continúan reportando mayor nerviosismo, timidez, tristeza, miedo y sentimientos de no ser consideradas por los otros (Ibíd.).

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

1. Indagar si existen diferencias en el autoconcepto en un grupo de niñas y niños entre 8 y 11 años (evaluados con la Escala de Piers y Harris), diagnosticados con SDA, antes y después de un programa de entrenamiento en funciones cognitivas.

1.2. Objetivos específicos

1. Describir el autoconcepto, global y por subescalas, del grupo total de niños (niños y niñas entre 8 y 11 años) diagnosticados con déficit atencional, antes de participar en el entrenamiento en funciones cognitivas.
2. Describir el autoconcepto, global y por subescalas, en el subgrupo de niños, entre 8 y 11 años, diagnosticados con déficit atencional, antes de participar en el entrenamiento en funciones cognitivas.
3. Describir el autoconcepto, global y por subescalas, en el subgrupo de niñas, entre 8 y 11 años, diagnosticadas con déficit atencional, antes de participar en el entrenamiento en funciones cognitivas.
4. Describir el autoconcepto, global y por subescalas, del grupo total de niños (niños y niñas entre 8 y 11 años) diagnosticados con déficit atencional, después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.
5. Describir el autoconcepto, global y por subescalas, en el subgrupo de niños, entre 8 y 11 años, diagnosticados con déficit atencional, después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.

6. Describir el autoconcepto, global y por subescalas, en el subgrupo de niñas, entre 8 y 11 años, diagnosticadas con déficit atencional, después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.
7. Contrastar el autoconcepto, global y por subescalas, entre el grupo de niñas y el grupo de niños diagnosticados con déficit atencional antes de participar en el entrenamiento en funciones cognitivas.
8. Contrastar el autoconcepto, global y por subescalas, entre el grupo de niñas y el grupo de niños diagnosticados con déficit atencional después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.
9. Contrastar el autoconcepto, global y por subescalas, presentado por el grupo de niñas diagnosticadas con déficit atencional, antes y después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.
10. Contrastar el autoconcepto, global y por subescalas, presentado por el grupo de niños diagnosticados con déficit atencional, antes y después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.
11. Contrastar el autoconcepto, global y por subescalas, presentado por el grupo total de niños y niñas diagnosticados con déficit atencional, antes y después de participar en un entrenamiento en funciones cognitivas.

2. HIPÓTESIS GENERAL

Los niños y niñas con déficit atencional presentarán variaciones en su autoconcepto, medido con la Escala de Piers y Haris (tanto a nivel global como por subescalas), tras haber participado en el programa de entrenamiento en funciones cognitivas.

IV. METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional. Se define como exploratoria porque tiene como objetivo examinar un problema de investigación que no ha sido abordado antes, pues si bien, se han realizado estudios similares, éstos pertenecen a otros contextos, por ejemplo, en Chile en el 2002 el programa MECE del Ministerio de Educación realizó una investigación nacional para ver el impacto del los Talleres TAP de autoestima en la autovaloración de niñas y niños participantes (Gorostegui, 2004). Es descriptivo porque, en una primera etapa, se busca describir la muestra seleccionada considerando las variables involucradas de forma más o menos independiente. Y es correlacional porque, finalmente, considera la relación entre más de una variable proveniente de los mismos sujetos (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

En su desarrollo se utilizará un diseño preexperimental de pre y postprueba con un solo grupo. De acuerdo Hernández (1998) ello consiste en que “a un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento” sin existir otro grupo que sirva como control. (Ibíd., p. 136) Cabe señalar, que los diseños preexperimentales, aunque no permiten sacar conclusiones fehacientes, sirven adecuadamente como estudios exploratorios. (Ibíd.)

2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

La población en la que se enfoca la presente investigación está compuesta por niños y niñas que asisten al Instituto de Restauración Neuropsicológicas Nexos y participan en un entrenamiento en funciones cognitivas realizado por la institución.

Esta institución trabaja con un número promedio mensual de 70 pacientes, de los cuales 50 son niños con diagnóstico de déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo y cuadros orgánicos cerebrales de etiología diversa. Las edades de los niños van entre los 4 y los 18 años de edad.

La elección de este lugar se realizó considerando dos aspectos: su amplia experiencia en el desarrollo de programas computarizados para el entrenamiento en funciones cognitivas (desarrollados desde hace más de una década); y que es la única institución en la región Metropolitana que brinda este tratamiento a un número de pacientes suficiente para la realización de esta investigación.

3. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

La muestra utilizada en la presente Memoria está compuesta por todos aquellos participantes del programa de entrenamiento de funciones cognitivas del Instituto de Restauración Neuropsicológicas Nexos, niños y niñas, diagnosticados con SDA.

Para facilitar los procedimientos de comparación, se seleccionó a aquellos niños y niñas que, además de cumplir los criterios anteriores, tuvieran entre 8 años 0 meses hasta 10 años y 7 meses de edad cumplidos al 30 de Septiembre del 2004.

Con estos criterios la muestra inicial estaba compuesta por 17 niños y 9 niñas, sin embargo, debido al abandono del programa de 9 niños (y por la ausencia de reemplazos), la muestra quedó conformada por 8 niñas y 9 niños.

4. INSTRUMENTO

En esta investigación se utilizó la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris, adaptada y estandarizada en Chile por María Elena Gorostegui (1992).

La escala original utiliza la definición de Autoconcepto como un conjunto de actitudes relativamente estables del sí mismo, que reflejan una descripción y una evaluación personal de sus conductas y atributos (Gorostegui, 2004). Esta definición, es la misma que emplea la versión adaptada.

La escala adaptada consta de 70 ítems, 10 menos que la original, que son puntuados en dirección positiva o negativa de acuerdo a la autoevaluación. Una puntuación alta sugiere una autoevaluación positiva, mientras un puntaje bajo es indicador de una evaluación negativa.

El instrumento permite evaluar el autoconcepto en niños de entre 8 y 12 años. La forma de responder es mediante el auto reporte, por lo que su aplicación puede ser realizada en forma grupal o individual.

El puntaje total obtenido por el niño puede ser convertido a puntajes T y a percentiles. Los puntajes de las subescalas pueden ser convertidos a puntajes T y no son convertidos a percentiles, pues un puntaje máximo en ellas es de 15 puntos, lo que no justifica su uso (Gorostegui, 2004). Las subescalas, también se puntúan en la dirección de un autoconcepto positivo, por lo que un puntaje alto significa una alta valoración en la dimensión evaluada.

Adicionalmente la escala cuenta con índices de simulación o mentira y de respuestas al azar. En el índice de simulación se puede encontrar una distorsión positiva, relacionada con respuestas asociadas a la “deseabilidad social” y una negativa, que es la tendencia a presentarse en forma negativa. En general los puntajes que se desvían 1,5 o más en una dirección positiva, es

decir, que obtengan más de 65 puntos brutos, deben ser considerados con cautela.

En cuanto a las respuestas dadas al azar, la escala cuenta con un listado de 45 pares de respuestas que habitualmente no podrían darse juntas, pues son mutuamente excluyentes. El puntaje total para el índice de inconsistencia corresponde al número total de pares de respuestas identificadas como inconsistentes. Se considera crítico reunir más de 5 puntos en este índice (Gorostegui, 2004).

Piers (1977) comparó la validez convergente de su Escala Original con la del Coopersmith Self-Esteem Inventory encontrándose una alta correlación (0.78).

Con respecto a la confiabilidad del instrumento Adaptado, Gorostegui (1992) encontró en su estandarización un índice de 0.819 puntos, de acuerdo al coeficiente de Kuder Richardson N-20.

5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

Autoconcepto

- **Definición conceptual:** “conjunto relativamente estable de actitudes hacia el sí mismo, no sólo descritas sino también evaluativas”. (Piers y Harris, 1984, citado en Gorostegui, 1992, p.3).

- **Definición operacional:** corresponde al puntaje obtenido por cada sujeto en la escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris, de acuerdo a la adaptación realizada por Gorostegui 1992, el cual puede ir entre un mínimo de 0 un máximo de 70 puntos.

Esta variable se considerará a un nivel de medición ordinal.

Variables independientes

Déficit atencional

- **Definición conceptual:** “La característica esencial del síndrome de SDA es la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y severo que lo observado en los otros niños de la misma edad y nivel de desarrollo. Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad y deben presentarse en más de un lugar. El diagnóstico solo debe hacerse si el síndrome está interfiriendo objetivamente con el desarrollo social, académico, ocupacional o recreativo”. (Pineda y Rosselli, 1997, p. 253).

- **Definición operacional:** corresponde al diagnóstico de SDA realizado por un psicólogo mediante una evaluación neuropsicológica que incluye entrevista al niño y a sus familiares. Se utiliza: Software para Evaluación de Funciones Cognitivas y Perceptivo-Motoras (Nexos 1.0), WISC, Bender St. y Bender BIP, Prueba de Homogeneidad y Preferencia Lateral (HPL), Prueba del Bestiario (Zazzo), Test de la Familia, Entrevista Clínica Estructurada y el análisis clínico durante toda la evaluación de los procesos atencionales, iniciativa, impulsividad, estrategias de resolución de problemas, entre otros factores afectivo-emocionales.

Entrenamiento en Funciones Cognitivas

- **Definición conceptual:** “es el procedimiento mediante el cual se potencian las conexiones de circuitos neuronales, existentes pero no utilizadas para una respuesta eficiente a las demandas medio ambientales a través del proceso de mediación y con los instrumentos específicamente diseñados para ello”. (Toro, 2004).

- **Definición operacional:** Corresponde a la asistencia a dos sesiones semanales de entrenamiento de una hora de duración cronológica por un período de 32 sesiones.

Esta variable se considerará a un nivel de medición nominal.

Género

- **Definición conceptual:** género se refiere al sexo biológico, masculino o femenino, “la forma en que actuamos y pensamos como hombres y mujeres son nuestros roles sexuales” (Rice, 1997).

- **Definición operacional:** corresponde al sexo biológico hombre mujer.

Esta variable se considerará a un nivel de medición nominal.

Variables intervinientes controladas:

- a) **Edad:** se consideró niños y niñas entre los 8 años 0 meses, hasta los 10 años 7 meses.
- b) **Nivel socioeconómico:** se trabajó con sujetos pertenecientes al nivel socioeconómico alto, de acuerdo al puntaje asignado en la Escala de Estratificación del nivel socioeconómico de Erika Himmel y colaboradores (1981), modificada por Pinto, Gallardo y Wenk en 1991.
- c) **Ausencia de fracaso escolar:** la muestra incluyó a niños que hasta el momento hayan cursado todos los cursos de Enseñanza general básica correspondientes, sin haber repetido ninguno de ellos, lo que se determinará a través de historia familiar informada por los padres.
- d) **Ausencia de antecedentes psicoterapéuticos:** se consideró sólo a niños que no hayan recibido ayuda psicoterapéutica hasta el final de la evaluación.
- e) **Presencia de tratamiento farmacológico:** se consideró sólo a niños que estén con tratamiento farmacológico con psicótrpos de larga duración (CERACTIV) durante el entrenamiento en funciones cognitivas.

6. PROCEDIMIENTOS

La etapa aplicada de esta investigación se realizó en el Instituto Nexos, previa autorización de su directora en junio de 2004. Es necesario destacar que este Instituto cuenta con una autorización firmada de los progenitores o de los representantes legales de los niños atendidos para la realización de investigaciones anónimas en la institución.

El primer paso consistió en la revisión de las fichas de los niños, para delimitar así la muestra que cumplía con los requisitos para ser incorporados al estudio (edad, diagnóstico, participación en el programa de entrenamiento). Luego fueron citados individualmente para la aplicación de la escala.

Esta evaluación se realizó en una oficina del instituto Nexos, la que cuenta con las condiciones físicas óptimas necesarias para tal procedimiento (buena iluminación, nivel de ruido muy bajo, privacidad, comodidad). Al inicio de la aplicación de la escala, se leyó las instrucciones a cada niño y se les explicó que el encuestador respondería dudas. Cabe destacar que la aplicación de la escala de Autoconcepto de Piers- Harris se realizó en forma individual, para disminuir la interferencia que conlleva una aplicación grupal.

Luego de la evaluación, los niños comenzaban su participación en el entrenamiento de funciones cognitivas.

El entrenamiento es realizado por expertos, quienes se encargan de hacer el papel de mediadores, para entrenar las funciones cognitivas de los niños de un modo específico de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado por ellos en cada función en particular. Así, se estimulan funciones de acuerdo al perfil funcional de cada niño, a través de la mediación lingüística y de ejercitación en un computador (Toro, 2004).

Cabe mencionar que el uso de programas computacionales en la práctica neuropsicológica desde hace aproximadamente 30 años. Hoy en día, la

computadora se utiliza en la mayoría de las unidades de rehabilitación neuropsicológicas aunque, de acuerdo a Brady (1985), la computadora es solamente una herramienta (citado en Seron y Lories 1996).

Luego del entrenamiento individual en el que participaron los sujetos por un periodo de 32 sesiones, se aplicó nuevamente la escala, del mismo modo en que se realizó en la primera oportunidad.

Finalmente, tras haber realizado la recolección de datos, estos fueron ingresados y sistematizados con los programas Microsoft Excel y el paquete computacional SPSS, que permitió realizar el análisis estadístico que se expone a continuación.

V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos del análisis descriptivo y correlacional realizado en esta investigación para evaluar las variables de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris.

Así, se presentan tanto estadísticos descriptivos como cálculos orientados a indagar la existencia de alguna variación de los puntajes de los niños antes y después de la intervención, y del grupo de niñas y niños antes de la evaluación, después de la evaluación, y entre estos, antes y después de la evaluación.

En el análisis de las variables para las comparaciones en los resultados obtenidos con el instrumento antes y después del entrenamiento por sujeto, se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar hipótesis entre dos muestras relacionadas. Para la comparación del resultado obtenido entre los grupos niños y niñas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.

Finalmente, se realizó un análisis de las respuestas en cada uno de los ítems, utilizando la metodología propuesta por M. Gorostegui (2004), considerando que esta forma de análisis permite la complementación de los datos cuantitativos con aspectos cualitativos, facilitando la elaboración de conclusiones de manera integrada.

1. Grupo total antes y después de la intervención

Tabla 1: Primera y segunda evaluación del grupo total.

RESULTADOS ESCALA GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Resultado general en la Escala total antes del entrenamiento	17	40,59	10,253
Resultado general en la Escala total después del entrenamiento	17	49,82	9,422

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 40,59 puntos ($s = 10,253$) y en la segunda 49,82 puntos ($s = 9,422$) en la escala total. Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -3,391$; $p = 0,001$).

Gráfico 1: Subescalas grupo total antes y después de la intervención.

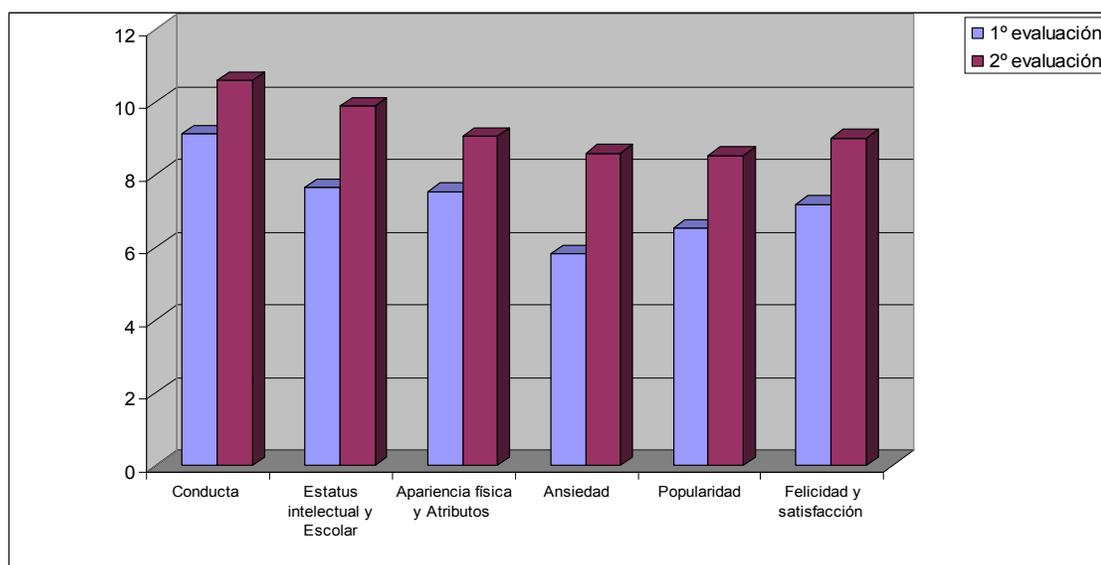


Tabla 2: Variable conducta del grupo total antes y después de la intervención.

CONDUCTA GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	17	9,12	2,205
Después del entrenamiento	17	10,59	2,526

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron en la variable conducta un promedio de 9,12 puntos ($s = 2,205$) y en la segunda 10,59 puntos ($s = 2,526$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -2,050$; $p = 0,040$).

Tabla 3: Variable estatus intelectual y escolar grupo total antes y después de la intervención.

ESTATUS INTELECTUAL Y ESCOLAR GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	17	7,65	3,121
Después del entrenamiento	17	9,88	3,160

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron en la variable estatus intelectual y escolar un promedio de 7,65 puntos ($s = 3,121$) y en la segunda 9,88 puntos ($s = 3,160$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,889$; $p = 0,004$).

Tabla 4: Variable apariencia física y atributos grupo total antes y después de la intervención.

APARIENCIA FÍSICA Y ATRIBUTOS GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	17	7,53	2,601
Después del entrenamiento	17	9,06	2,045

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron en la variable apariencia física y atributos un promedio de 7,53 puntos ($s = 2,601$) y en la segunda 9,06 puntos ($s = 2,045$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -2,574$; $p = 0,010$).

Tabla 5: Variable ansiedad grupo total antes y después de la intervención.

ANSIEDAD GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	17	5,82	3,046
Después del entrenamiento	17	8,59	3,083

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron en la variable Ansiedad un promedio de 5,82 puntos ($s = 3,046$) y en la segunda 8,59 puntos ($s = 3,083$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -3,199$; $p = 0,001$).

Tabla 6: Variable popularidad grupo total antes y después de la intervención.

POPULARIDAD GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	17	6,53	2,695
Después del entrenamiento	17	8,53	1,972

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron en la variable Popularidad un promedio de 6,53 puntos ($s = 2,695$) y en la segunda 8,53 puntos ($s = 1,972$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -2,618$; $p = 0,009$).

Tabla 7: Variable felicidad y satisfacción Grupo total antes y después de la intervención.

FELICIDAD Y SATISFACCIÓN GRUPO TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	17	7,18	3,005
Después del entrenamiento	17	9,00	2,646

Los sujetos del grupo total en la primera evaluación obtuvieron en la variable felicidad y satisfacción un promedio de 7,18 puntos ($s = 3,005$) y en la segunda 9,00 puntos ($s = 2,646$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,752$; $p = 0,006$).

2. Análisis resultado del grupo varones antes y después de la intervención.

Tabla 8: Primera y segunda evaluación del grupo de varones.

RESULTADOS ESCALA TOTAL GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Resultado general en la Escala total antes del entrenamiento	9	41,89	11,624
Resultado general en la Escala total después del entrenamiento	9	53,78	10,872

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 41,89 puntos ($s = 11,624$) y en la segunda 53,78 puntos ($s = 10,872$) en la escala total. Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,549$; $p = 0,011$).

Gráfico 2: Varones por Subescalas antes y después de la intervención.

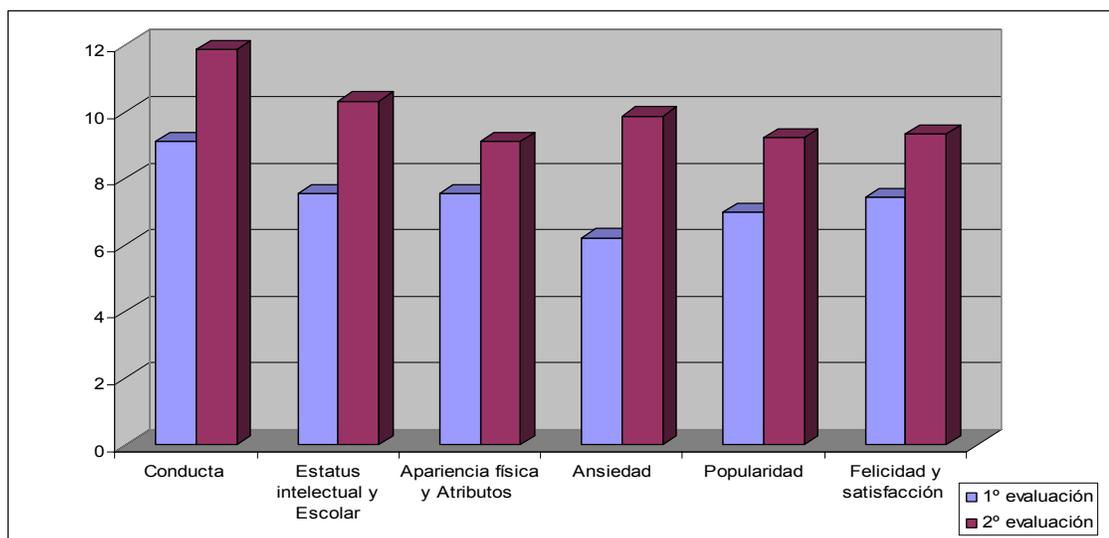


Tabla 9: Variable conducta varones antes y después de la intervención.

CONDUCTA GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	9	9,11	2,088
Después del entrenamiento	9	11,89	2,147

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron en la variable conducta un promedio de 9,11 puntos ($s = 2,088$) y en la segunda 11,89 puntos ($s = 2,147$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -2,371$; $p = 0,018$).

Tabla 10: Variable estatus intelectual y escolar varones antes y después de la intervención.

ESTATUS INTELECTUAL Y ESCOLAR GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	9	7,56	3,432
Después del entrenamiento	9	10,33	3,536

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron en la variable estatus intelectual y escolar un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,432$) y en la segunda 10,33 puntos ($s = 3,536$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,546$; $p = 0,011$).

Tabla 11: Variable apariencia física y atributos varones antes y después de la intervención.

APARIENCIA FÍSICA Y ATRIBUTOS GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	9	7,56	3,127
Después del entrenamiento	9	9,11	2,421

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron en la variable apariencia física y atributos un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,127$) y en la segunda 9,11 puntos ($s = 2,421$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -2,154$; $p = 0,031$).

Tabla 12: Variable ansiedad varones antes y después de la intervención.

ANSIEDAD GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	9	6,22	2,906
Después del entrenamiento	9	9,89	3,257

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron en la variable Ansiedad un promedio de 6,22 puntos ($s = 2,906$) y en la segunda 9,89 puntos ($s = 3,257$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,527$; $p = 0,012$).

Tabla 13: Variable popularidad varones antes y después de la intervención.

POPULARIDAD GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	9	7,00	2,646
Después del entrenamiento	9	9,22	1,922

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron en la variable Popularidad un promedio de 7,00 puntos ($s = 2,646$) y en la segunda 9,22 puntos ($s = 1,922$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -1,973$; $p = 0,049$).

Tabla 14: Variable felicidad y satisfacción varones antes y después de la intervención.

FELICIDAD Y SATISFACCIÓN GRUPO VARONES	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	9	7,44	3,167
Después del entrenamiento	9	9,33	2,915

Los sujetos del grupo varones en la primera evaluación obtuvieron en la variable felicidad y satisfacción un promedio de 7,44 puntos ($s = 3,167$) y en la segunda 9,33 puntos ($s = 2,915$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,047$; $p = 0,041$).

3. Análisis resultado de niñas antes y después de la intervención.

Tabla 15: Primera y segunda evaluación de niñas.

RESULTADOS ESCALA NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Resultado general en la Escala total antes del entrenamiento	8	39,13	9,015
Resultado general en la Escala total después del entrenamiento	8	45,38	5,012

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 39,13 puntos ($s = 9,015$) y en la segunda 45,38 puntos ($s = 5,012$) en la escala total. Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -2,252$; $p = 0,024$).

Gráfico 3: Niñas antes y después de la intervención por subescalas.

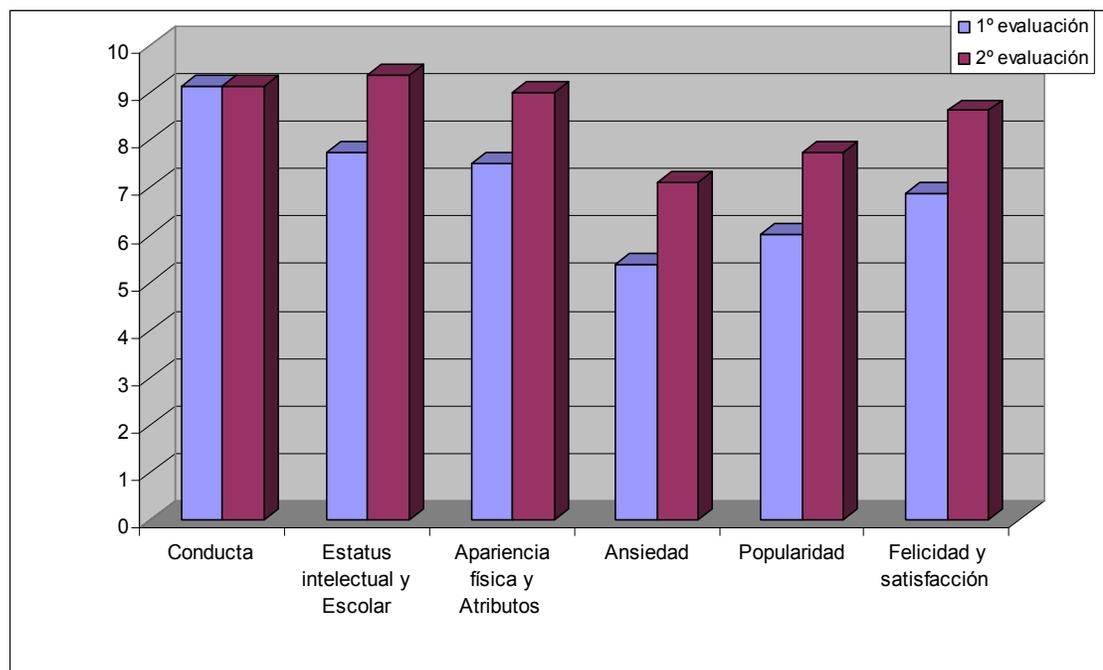


Tabla 16: Variable conducta niñas antes y después de la intervención.

RESULTADO VARIABLE CONDUCTA GRUPO NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	8	9,13	2,475
Después del entrenamiento	8	9,12	2,167

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron en la variable conducta un promedio de 9,13 puntos ($s = 2,475$) y en la segunda 9,12 puntos ($s = 2,167$). Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = 0,85$; $p = 0,932$).

Tabla 17: Variable estatus intelectual y escolar niñas antes y después de la intervención.

ESTATUS INTELECTUAL Y ESCOLAR GRUPO NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	8	7,75	2,964
Después del entrenamiento	8	9,37	2,825

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron en la variable estatus intelectual y escolar un promedio de 7,75 puntos ($s = 2,964$) y en la segunda 9,37 puntos ($s = 2,825$). Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -1,378$; $p = 0,168$).

Tabla 18: Variable apariencia física y atributos niñas antes y después de la intervención.

APARIENCIA FÍSICA Y ATRIBUTOS GRUPO NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	8	7,50	2,070
Después del entrenamiento	8	9,00	1,690

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron en la variable apariencia física y atributos un promedio de 7,50 puntos ($s = 2,070$) y en la segunda 9,00 puntos ($s = 1,690$). Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -1,620$; $p = 0,105$).

Tabla 19: Variable ansiedad antes y después de la intervención.

ANSIEDAD GRUPO NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	8	5,38	3,335
Después del entrenamiento	8	7,13	2,232

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron en la variable ansiedad un promedio de 5,38 puntos ($s = 3,335$) y en la segunda 7,13 puntos ($s = 2,232$). Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -1,876$; $p = 0,061$).

Tabla 20: Variable popularidad niñas antes y después de la intervención.

POPULARIDAD GRUPO NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	8	6,00	2,828
Después del entrenamiento	8	7,75	1,832

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron en la variable Popularidad un promedio de 6,00 puntos ($s = 2,828$) en la segunda 7,75 puntos ($s = 1,832$). Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en comparación con la segunda ($Z = -1,687$; $p = 0,092$).

Tabla 21: Variable felicidad y satisfacción niñas antes y después de la intervención.

FELICIDAD Y SATISFACCIÓN GRUPO NIÑAS	N	Media	Desviación estándar
Antes del entrenamiento	8	6,87	2,997
Después del entrenamiento	8	8,63	2,446

Los sujetos del grupo niñas en la primera evaluación obtuvieron en la variable felicidad y satisfacción un promedio de 6,87 puntos ($s = 2,997$) y en la segunda 8,63 puntos ($s = 2,446$). Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en la primera evaluación en contraste con la segunda ($Z = -1,904$; $p = 0,057$).

4. Análisis resultados contrastando los resultados del grupo de niñas con el de varones antes de la intervención.

Tabla 29: Escala global varones y niñas antes de la intervención.

RESULTADO GENERAL EN TODA LA ESCALA ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	41,89	11,624
Niñas	8	39,13	9,015

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 41,89 puntos ($s = 11,624$) y el grupo niñas 39,13 puntos ($s = 9,015$) en la escala total. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,674$; $p = 0,500$).

Gráfico 4: Niñas y varones por subescalas en la primera evaluación.

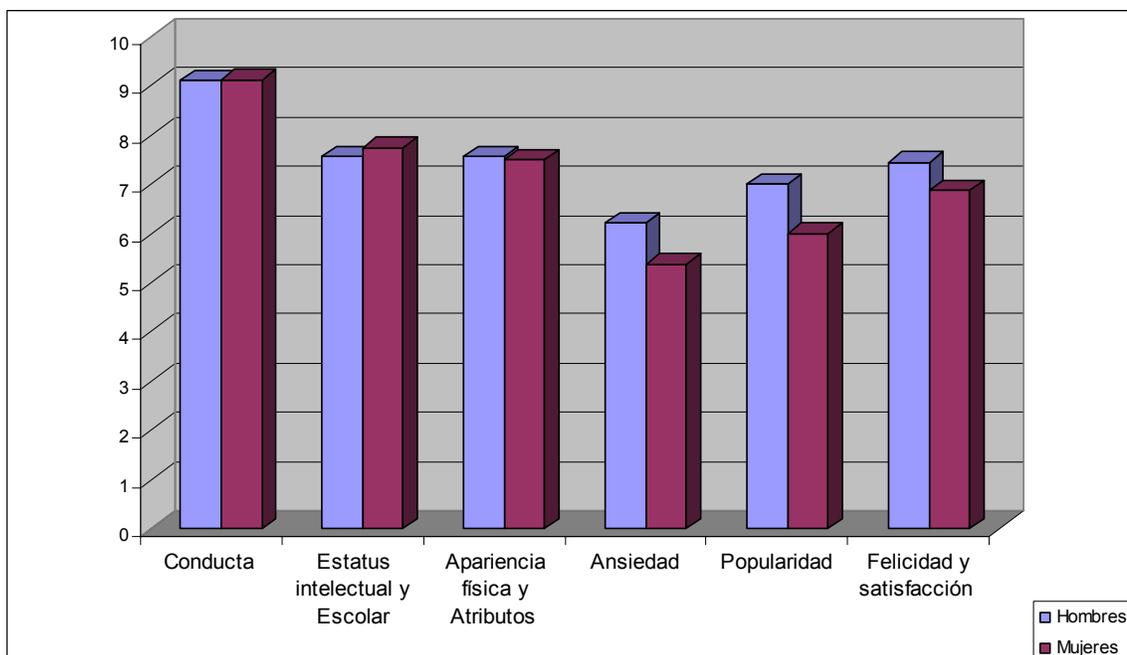


Tabla 30: Varones y niñas antes de la intervención.

RESULTADO VARIABLE CONDUCTA ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	9,11	2,008
Niñas	8	9,13	2,475

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 9,11 puntos ($s = 2,008$) y el grupo niñas 9,13 puntos ($s = 2,475$) en la variable conducta. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,49$; $p = 0,961$).

Tabla 31: Varones y niñas por variable estatus intelectual y escolar antes de la intervención.

RESULTADO VARIABLE ESTATUS INTELLECTUAL Y ESCOLAR ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	7,56	3,432
Niñas	8	7,75	2,964

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,432$) y el grupo niñas 7,75 puntos ($s = 2,964$) en la variable estatus intelectual. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,146$; $p = 0,884$).

Tabla 32: Variable apariencia física y atributos varones y niñas antes de la intervención.

APARIENCIA FÍSICA Y ATRIBUTOS ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	7,56	3,127
Niñas	8	7,50	2,070

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,127$) y el grupo niñas 7,50 puntos ($s = 2,070$) en la variable apariencia física y atributos. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,098$; $p = 0,922$).

Tabla 33: Variable ansiedad varones y niñas antes de la intervención.

ANSIEDAD ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	6,22	2,906
Niñas	8	5,38	3,335

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,127$) y el grupo niñas 7,50 puntos ($s = 2,070$) en la variable ansiedad. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,628$; $p = 0,530$).

Tabla 34: Variable popularidad varones y niñas antes de la intervención.

POPULARIDAD ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	7,00	2,646
Niñas	8	6,00	2,828

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 7,00 puntos ($s = 2,646$) y el grupo niñas 6,00 puntos ($s = 2,828$) en la variable popularidad. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,872$; $p = 0,383$).

Tabla 35: Variable felicidad y satisfacción varones y niñas antes de la intervención.

FELICIDAD Y SATISFACCIÓN ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	7,44	3,167
Niñas	8	6,87	2,997

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 7,44 puntos ($s = 3,167$) y el grupo niñas 6,87 puntos ($s = 2,997$) en la variable felicidad y satisfacción. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -0,291$; $p = 0,771$).

5. Análisis resultados contrastando los resultados del grupo de niñas con el de varones después de la intervención.

Tabla 36: Escala total varones y niñas después de la intervención.

RESULTADO GENERAL ESCALA TOTAL	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	53,78	10,872
Niñas	8	45,38	5,012

El grupo niños en la segunda evaluación obtuvieron un promedio de 53,78 puntos ($s = 10,872$) y el grupo niñas 45,38 puntos ($s = 5,012$) en la escala total. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas después de la intervención ($U = -1,835$; $p = 0,067$).

Gráfico 5: Subescalas de niñas y varones después de la intervención.

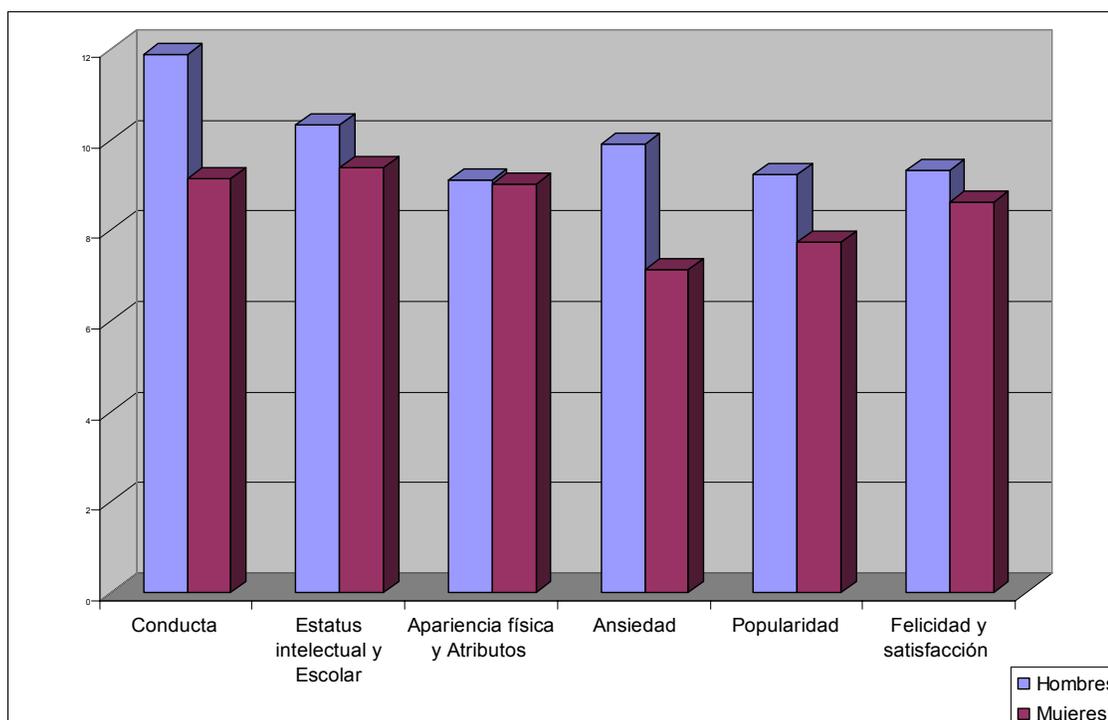


Tabla 37: Variable conducta de niñas y varones después de la intervención.

RESULTADO VARIABLE CONDUCTA DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	11,89	2,147
Niñas	8	9,12	2,167

El grupo niños en la segunda evaluación obtuvieron un promedio de 11,89 puntos ($s = 2,147$) y el grupo niñas 9,12 puntos ($s = 2,167$) en la variable conducta. Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas después de la intervención ($U = -2,249$; $p = 0,024$).

Tabla 38: Variable estatus intelectual y escolar de niñas y varones después de la intervención.

RESULTADO VARIABLE ESTATUS INTELECTUAL Y ESCOLAR DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	10,33	3,536
Niñas	8	9,37	2,825

El grupo niños en la segunda evaluación obtuvieron un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,432$) y el grupo niñas 7,75 puntos ($s = 2,964$) en la variable estatus intelectual. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas después de la intervención ($U = -0,921$; $p = 0,357$).

Tabla 39: Variable apariencia física y atributos de niñas y varones después de la intervención.

APARIENCIA FÍSICA Y ATRIBUTOS DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	9,11	2,421
Niñas	8	9,00	1,690

El grupo niños en la segunda evaluación obtuvieron un promedio de 9,11 puntos ($s = 2,421$) y el grupo niñas 9,00 puntos ($s = 1,690$) en la variable apariencia física y atributos. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas después de la intervención ($U = -0,391$; $p = 0,696$).

Tabla 40: Variable ansiedad de niñas y varones después de la intervención.

ANSIEDAD DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	9,89	3,257
Niñas	8	7,13	2,232

El grupo niños en la segunda evaluación obtuvieron un promedio de 7,56 puntos ($s = 3,127$) y el grupo niñas 7,50 puntos ($s = 2,070$) en la variable ansiedad. Con estos resultados se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas después de la intervención ($U = -2,042$; $p = 0,041$).

Tabla 41: Variable popularidad de niñas y niños antes de la intervención.

POPULARIDAD ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	9,22	1,922
Niñas	8	7,75	1,832

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 9,22 puntos ($s = 1,922$) y el grupo niñas 7,75 puntos ($s = 1,832$) en la variable popularidad. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -1,609$; $p = 0,108$).

Tabla 42: Variable felicidad y satisfacción de niñas y niños antes de la intervención.

FELICIDAD Y SATISFACCIÓN ANTES DEL ENTRENAMIENTO	N	Media	Desviación estándar
Niños	9	9,33	2,915
Niñas	8	8,63	2,446

El grupo niños en la primera evaluación obtuvieron un promedio de 7,44 puntos ($s = 3,167$) y el grupo niñas 6,87 puntos ($s = 2,997$) en la variable felicidad y satisfacción. Con estos resultados no se aprecian diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo niños y el de niñas antes de la intervención ($U = -1,407$; $p = 0,159$).

5.1. RESULTADOS POR ÍTEMS.

Tabla 43: Comparación en la dirección de la autoestima positiva en términos de diferencias porcentuales.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	66,7	77,8	11,1	55,6	87,5	31,9	66,7	62,5	4,2	77,8	87,5	-9,7	65	82	18
2	55,6	72,7	17,1	55,6	75	19,4	55,6	62,5	-6,9	72,7	75	-2,3	59	82	24
3	55,6	77,8	22,2	33,3	50	16,7	55,6	37,5	18,1	77,8	50	27,8	47	65	18
4	66,7	66,7	0,0	66,7	75	8,3	66,7	75	-8,3	66,7	75	-8,3	71	71	0
5	66,7	77,8	11,1	77,8	87,5	9,7	66,7	87,5	-20,8	77,8	87,5	-9,7	76	82	6
6	33,3	88,9	55,6	11,1	50	38,9	33,3	12,5	20,8	88,9	50	38,9	24	71	47
7	44,4	77,8	33,3	44,4	87,5	43,1	44,4	50	-5,6	77,8	87,5	-9,7	47	82	35
8	11,1	44,4	33,3	11,1	37,5	26,4	11,1	12,5	-1,4	44,4	37,5	6,9	12	41	29
9	88,9	88,9	0,0	55,6	75	19,4	88,9	62,5	26,4	88,9	75	13,9	71	82	12
10	77,8	100,0	22,2	66,7	62,5	-4,2	77,8	75	2,8	100,0	62,5	37,5	71	82	12
11	55,6	66,7	11,1	66,7	62,5	-4,2	55,6	75	-19,4	66,7	62,5	4,2	65	65	0
12	66,7	44,4	-22,2	55,6	87,5	31,9	66,7	62,5	4,2	44,4	87,5	-43,1	65	65	0
13	33,3	33,3	0,0	33,3	50	16,7	33,3	37,5	-4,2	33,3	50	-16,7	35	41	6
14	66,7	55,6	-11,1	77,8	87,5	9,7	66,7	87,5	-20,8	55,6	87,5	-31,9	71	71	0
15	88,9	77,8	-11,1	88,9	75	-13,9	88,9	100	-11,1	77,8	75	2,8	88	76	-12
16	44,4	77,8	33,3	33,3	62,5	29,2	44,4	37,5	6,9	77,8	62,5	15,3	41	71	29
17	22,2	66,7	44,4	44,4	75	30,6	22,2	50	-27,8	66,7	75	-8,3	35	71	35
18	55,6	77,8	22,2	33,3	0	-33,3	55,6	37,5	18,1	77,8	0	77,8	41	41	0
19	55,6	77,8	22,2	55,6	50	-5,6	55,6	62,5	-6,9	77,8	50	27,8	59	65	6
20	66,7	66,7	0,0	55,6	62,5	6,9	66,7	62,5	4,2	66,7	62,5	4,2	59	65	6
21	66,7	88,9	22,2	66,7	75	8,3	66,7	75	-8,3	88,9	75	13,9	65	82	18
22	55,6	44,4	-11,1	44,4	50	5,6	55,6	50	5,6	44,4	50	-5,6	53	47	-6
23	66,7	100,0	33,3	77,8	75	-2,8	66,7	87,5	-20,8	100,0	75	25,0	76	88	12
24	11,1	77,8	66,7	22,2	12,5	-9,7	11,1	25	-13,9	77,8	12,5	65,3	18	47	29
25	44,4	66,7	22,2	44,4	50	5,6	44,4	50	-5,6	66,7	50	16,7	47	59	12
26	22,2	44,4	22,2	22,2	50	27,8	22,2	25	-2,8	44,4	50	-5,6	24	47	24
27	66,7	77,8	11,1	55,6	75	19,4	66,7	62,5	4,2	77,8	75	2,8	59	76	18
28	22,2	33,3	11,1	11,1	37,5	26,4	22,2	12,5	9,7	33,3	37,5	-4,2	18	35	18
29	66,7	77,8	11,1	33,3	37,5	4,2	66,7	37,5	29,2	77,8	37,5	40,3	47	59	12
30	44,4	77,8	33,3	22,2	37,5	15,3	44,4	25	19,4	77,8	37,5	40,3	35	59	24
31	44,4	66,7	22,2	77,8	50	-27,8	44,4	87,5	-43,1	66,7	50	16,7	59	59	0
32	55,6	77,8	22,2	33,3	50	16,7	55,6	37,5	18,1	77,8	50	27,8	47	65	18
33	33,3	77,8	44,4	44,4	50	5,6	33,3	50	-16,7	77,8	50	27,8	41	65	24
34	44,4	77,8	33,3	55,6	50	-5,6	44,4	62,5	-18,1	77,8	50	27,8	53	65	12
35	55,6	77,8	22,2	33,3	87,5	54,2	55,6	37,5	18,1	77,8	87,5	-9,7	47	82	35
36	55,6	88,9	33,3	33,3	50	16,7	55,6	37,5	18,1	88,9	50	38,9	41	71	29
37	44,4	77,8	33,3	22,2	50	27,8	44,4	25	19,4	77,8	50	27,8	35	65	29
38	77,8	55,6	-22,2	44,4	75	30,6	77,8	50	27,8	55,6	75	-19,4	59	65	6

39	77,8	88,9	11,1	88,9	100	11,1	77,8	100	-22,2	88,9	100	-11,1	82	94	12
40	66,7	66,7	0,0	44,4	50	5,6	66,7	50	16,7	66,7	50	16,7	59	59	0
41	44,4	100,0	55,6	44,4	37,5	-6,9	44,4	50	-5,6	100,0	37,5	62,5	41	71	29
42	88,9	77,8	-11,1	100,0	100	0,0	88,9	112,5	-23,6	77,8	100	-22,2	94	88	-6
43	44,4	66,7	22,2	55,6	62,5	6,9	44,4	62,5	-18,1	66,7	62,5	4,2	53	65	12
44	100,0	100,0	0,0	100,0	100	0,0	100,0	112,5	-12,5	100,0	100	0,0	100	100	0
45	77,8	88,9	11,1	66,7	100	33,3	77,8	75	2,8	88,9	100	-11,1	76	94	18
46	88,9	100,0	11,1	66,7	87,5	20,8	88,9	75	13,9	100,0	87,5	12,5	76	94	18
47	66,7	77,8	11,1	55,6	62,5	6,9	66,7	62,5	4,2	77,8	62,5	15,3	65	71	6
48	66,7	77,8	11,1	55,6	75	19,4	66,7	62,5	4,2	77,8	75	2,8	65	76	12
49	44,4	44,4	0,0	11,1	0	-11,1	44,4	12,5	31,9	44,4	0	44,4	29	24	-6
50	88,9	100,0	11,1	77,8	75	-2,8	88,9	87,5	1,4	100,0	75	25,0	82	88	6
51	66,7	88,9	22,2	55,6	87,5	31,9	66,7	62,5	4,2	88,9	87,5	1,4	65	88	24
52	88,9	100,0	11,1	88,9	75	-13,9	88,9	100	-11,1	100,0	75	25,0	88	88	0
53	88,9	88,9	0,0	77,8	62,5	-15,3	88,9	87,5	1,4	88,9	62,5	26,4	82	76	-6
54	66,7	66,7	0,0	44,4	75	30,6	66,7	50	16,7	66,7	75	-8,3	59	71	12
55	55,6	100,0	44,4	55,6	50	-5,6	55,6	62,5	-6,9	100,0	50	50,0	53	76	24
56	66,7	88,9	22,2	55,6	75	19,4	66,7	62,5	4,2	88,9	75	13,9	65	82	18
57	44,4	55,6	11,1	55,6	62,5	6,9	44,4	62,5	-18,1	55,6	62,5	-6,9	53	59	6
58	33,3	66,7	33,3	11,1	50	38,9	33,3	12,5	20,8	66,7	50	16,7	24	59	35
59	100,0	88,9	-11,1	100,0	87,5	-12,5	100,0	112,5	-12,5	88,9	87,5	1,4	100	88	-12
60	88,9	77,8	-11,1	100,0	87,5	-12,5	88,9	112,5	-23,6	77,8	87,5	-9,7	94	82	-12
61	22,2	77,8	55,6	11,1	12,5	1,4	22,2	12,5	9,7	77,8	12,5	65,3	18	47	29
62	66,7	88,9	22,2	88,9	100	11,1	66,7	100	-33,3	88,9	100	-11,1	76	94	18
63	55,6	88,9	33,3	55,6	87,5	31,9	55,6	62,5	-6,9	88,9	87,5	1,4	59	88	29
64	77,8	88,9	11,1	66,7	87,5	20,8	77,8	75	2,8	88,9	87,5	1,4	71	88	18
65	77,8	77,8	0,0	55,6	62,5	6,9	77,8	62,5	15,3	77,8	62,5	15,3	71	71	0
66	77,8	100,0	22,2	100,0	87,5	-12,5	77,8	112,5	-34,7	100,0	87,5	12,5	88	94	6
67	55,6	88,9	33,3	11,1	50	38,9	55,6	12,5	43,1	88,9	50	38,9	35	71	35
68	22,2	55,6	33,3	33,3	75	41,7	22,2	37,5	-15,3	55,6	75	-19,4	29	65	35
69	77,8	77,8	0,0	88,9	50	-38,9	77,8	100	-22,2	77,8	50	27,8	82	65	-18
70	100,0	100,0	0,0	100,0	100	0,0	100,0	112,5	-12,5	100,0	100	0,0	100	100	0

1. N° pregunta.
2. Porcentajes de respuestas positivas de los varones antes de la intervención.
3. Porcentajes de respuestas correctas de los varones después intervención.
4. Diferencia entre (3) y (1).
5. Niñas antes de la intervención.
6. Niñas después de la intervención.
7. Diferencia entre (6) y (5).
8. varones antes de la intervención.
9. varones antes de la intervención.
10. Niñas antes de la intervención.
11. Diferencia entre (9) y (8).
12. varones después.
13. Niñas después.
14. Diferencia (12) y (11).
15. grupo total antes.
16. grupo total después.
17. Diferencia (15) y (14).

VI. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta una caracterización global de los sujetos evaluados en las que se resumen los resultados del análisis de las variables de la escala de autoconcepto de Piers Harris antes descrita. Posteriormente y sobre la base de dicha caracterización, se realiza una descripción de las variaciones del autoconcepto, enfatizando las diferencias estadísticamente significativas. En cada una de estas etapas se incorporan elementos teóricos que permiten realizar un análisis integral de los resultados obtenidos en los sujetos, antes y después de la intervención.

Es importante destacar que en los resultados obtenidos no se encontraron niños que hayan dado respuestas de un modo notoriamente sesgado (respondiendo sólo si o no) ni exceso de respuestas al azar, el nivel de inconsistencia no superó a las 5 respuestas por niño, máximo aceptado por la prueba. En cuanto a la influencia de la deseabilidad social, su efecto es más difícil de cuantificar, por lo que deberá ser considerada como factor influyente al momento de la interpretación de los resultados.

5.1. CARACTERIZACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO NIÑAS Y EL GRUPO NIÑOS ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos en el grupo niños y niñas antes de la intervención, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Para verificar la presencia de diferencias cualitativas entre ambos grupos, se utilizó el análisis por ítems antes mencionado⁸. Desde este procedimiento, se observa que las niñas manifestaron que se portan mejor en su casa y los varones, que los otros niños son mejores que ellos. Esto se puede interpretar como que las niñas perciben que en sus casas tienen un mejor comportamiento y que los varones manifestarían ciertos problemas en su nivel de autoestima, al creer que los otros niños son mejores que ellos.

En el análisis por subvariables tampoco se encontró diferencias significativas ni en conducta, estatus intelectual y académico, apariencia y atributos físicos, ansiedad, popularidad y tampoco en felicidad y satisfacción. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que los niveles del autoconcepto por género en la muestra evaluada, son equivalentes antes de la intervención.

⁸ De acuerdo al análisis planteado por Gorostegui (2004), se realizó la comparación por ítems por lo útil que resulta la información que entrega. Para esto se utilizó la diferencia porcentual entre las evaluaciones consideradas. Es importante considerar que cada ítem posee un valor puntual, por lo tanto, no se pueden utilizar estadígrafos de significación. Es por esto, que se decidió utilizar el criterio propuesto por esta autora, que determina los ítems que serían considerados, para este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 40.

5.2. CARACTERIZACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO NIÑAS Y EL GRUPO NIÑOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En el análisis de los resultados obtenidos tras la intervención, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo niños y niñas en el autoconcepto global.

En cuanto al análisis de las variables del autoconcepto, se encontró diferencias significativas en la variable conducta y ansiedad.

Se realizó el análisis ítem por ítem⁹ en esta etapa, porque se consideró adecuado para dilucidar los factores que influyeron en la variable conducta, porque los puntajes altos serían más difíciles de interpretar, ya que pueden reflejar tanto ausencia real de problemas, como un intento deliberado por negarlos (Gorostegui, 2004).

Comparativamente con las niñas, después de la intervención, los varones piensan que se portan mejor en el colegio, que hacen muchas tonteras y que generalmente se meten en problemas, que casi siempre andan con flojera y que los molestan en la casa.

Los varones reconocieron mayoritariamente tener ciertos conflictos específicos en mayor proporción que las niñas, por lo tanto, se puede plantear que disminuyeron las áreas de conflicto en esta variable, aunque ellos todavía tienden a responsabilizar a terceros de sus acciones.

Tras la intervención, los mejores resultados alcanzados por los varones en la variable ansiedad son factibles de ser interpretados como una disminución de los sentimientos de no ser tomados en cuenta, lo que comprende una

⁹ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

variedad de emociones específicas que incluirían preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza y miedo (Gorostegui, 2004).

Esto, aún considerando que los varones se definieron desde las respuestas entregadas como más tímidos, nerviosos y preocupados y que en general declaran sentir que no son tomados en cuenta. Lo anterior puede ser interpretado como una autopercepción de su propia valoración que, si bien ha aumentado después de la intervención, aún aparece relativamente disminuida.

5.3 CARACTERIZACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO TOTAL, COMPARANDO LOS RESULTADOS OBTENIDOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

El análisis de los resultados obtenidos mediante la escala Piers-Harris en el grupo total antes de la intervención y después de ésta, muestran diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto global y en cada una de las variables que lo conforman. De este modo, el autoconcepto del grupo evidencia una variación positiva después del entrenamiento.

El nivel mayor de autoconcepto global encontrado después de la intervención en relación a los obtenidos antes de ella, alude a que en el grupo total de niños mejorarían las actitudes hacía el sí mismo en términos de experiencias organizadas, de percepciones, valoraciones positivas y negativas, de su relación con los otros y consigo mismo y con todo lo que los rodea.

En el análisis de la subvariables se encontró en todas ellas un incremento significativo del autoconcepto. El caso particular de la subescala conducta puede implicar, por una parte, que los sujetos negaron más sus áreas problemáticas, o bien, que efectivamente tienen menos áreas de conflicto. Para dilucidar esto, se consideró el análisis ítem por ítem.¹⁰ En la escala conducta se destacaron las premisas “puedo hacer bien mis tareas” y “a veces pienso que puedo hacer maldades que después no hago”. El pensar en hacer maldades y después no hacerlas, podría disminuir, en la práctica, la cantidad de maldades realizadas. De acuerdo a ello, es posible postular que las áreas de conflicto de la conducta de los niños habrían disminuido tras la intervención. La autodescripción de los niños como capaces de realizar mejor sus tareas, por otro lado, podría ser interpretada de un modo similar, considerando que una

¹⁰ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

disminución de la tendencia a actuar o de la impulsividad, permitirá un mejor desempeño en las tareas.

En cuanto a la **Subescala Estatus Intelectual y Escolar**, es necesario considerar para su análisis que en niños con historia de bajo rendimiento académico o de dificultades específicas en el aprendizaje y conducta, la autovaloración negativa se encuentra asociada a una internalización de patrones de baja autoestima, de una baja valoración del propio esfuerzo y/o de la capacidad para tener éxito académico. El incremento significativo de los puntajes de la subescala estatus intelectual y escolar, indicaría, por lo tanto, un aumento de la autovaloración del grupo sobre su desempeño en sus tareas y en el colegio en general. Para ilustrar de un modo más específico el cambio de esta variable tras la intervención, se utilizó el análisis ítem por ítem antes descrito¹¹. Con este procedimiento se advierte que pese a que sienten que los otros niños son mejores que ellos y que se les olvida lo que aprenden, se autoperceben como más capaces de hacer sus tareas.

Analizando los resultados obtenidos en la subescala estatus intelectual y escolar a nivel global, se puede postular que los niños mejoraron su autovaloración en general, sintiéndose capaces, por ejemplo, de realizar mejor sus tareas, aunque reconociendo que se les olvida lo que aprenden. Esto podría ser interpretado como un reconocimiento de que tienen ciertas dificultades propias del SDA (como son las dificultades para recordar lo que aprenden). Esta “toma de conciencia” de sus dificultades podría tener relación con el sentir que los otros niños son mejores que ellos.

En la **Subescala Apariencia y Atributos Físicos**, los puntajes obtenidos

¹¹ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

por los niños reflejan diferencias estadísticamente significativas en la autovaloración tras la intervención. Ello involucra actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas.

Para un análisis más específico de esta variable fue realizado el análisis ítem por ítem anteriormente mencionado¹². Con este procedimiento se observó que los niños se definían tras la intervención con un mayor nivel de gusto hacia cómo se ven, sin embargo, al mismo tiempo refieren que ahora consideraban que los otros niños eran mejor que ellos. Esto podría interpretarse como una parcialización de los factores involucrados, es decir, se considerarían más atractivos físicamente, pero probablemente en los otros aspectos que considera esta variable (como en su capacidad de liderazgo y su habilidad de expresar ideas), no perciben un cambio.

Aunque en otras investigaciones se había encontrado que esta variable era más sensible que otras al realizar una separación de los sujetos por sexo, estos resultados no se confirman en este estudio en particular, ya que no se observan diferencias significativas entre niños y niñas.

En la **Subescala Ansiedad** se encontraron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención, lo que reflejaría en este grupo una disminución del humor disfórico o alterado, ya que esta escala considera sentimientos de no ser tomados en cuenta y una variedad de emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo. Más que otras escalas, ésta contiene ítems que pueden sugerir la necesidad de evaluación o terapia posterior (Gorostegui, 2004).

¹² En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

Se utilizó el análisis ítem por ítem antes descrito¹³, para reconocer en qué elementos en particular los niños concentraron las diferencias de la evaluación. Los niños, se autopercebieron como más tímidos, pero al mismo tiempo declaran que les gusta como son y como se ven. A partir de los cambios encontrados en el modo como los niños se definen, es posible interpretar que ellos luego de la evaluación reconocen tener cierta dificultad para manejar algunos aspectos de su conducta, pero al mismo tiempo les gusta más como son y como se ven.

En la **Subescala Popularidad** se advierten diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos antes y después de la intervención. Esto mostraría que el niño evalúa mejor su popularidad entre sus compañeros de curso, en cuanto se percibe como más capaz de hacer amigos, como elegible para los juegos por sus compañeros y aceptado por su grupo de pares. Considerando, el análisis ítem por ítem ya mencionado,¹⁴ se encontró que los niños se autodefinen como más tímidos, lo que implica que aunque sienten que han mejorado en su interacción con sus pares, aún presentan indicadores de cierto grado de retraimiento social.

Finalmente en la **Subescala Felicidad y Satisfacción** también aparecen diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación realizada antes y después de la intervención. Esto en general implicaría que los niños se sienten más felices y tienden a aceptarse en mayor medida tal como son. Esto se

¹³ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

¹⁴ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

refleja, al considerar el análisis ítem por ítem, en que los niños describen que les gusta más como son y como se ven¹⁵.

¹⁵ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 30.

5.4. CARACTERIZACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO VARONES, COMPARANDO LOS RESULTADOS OBTENIDOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

Al realizar la comparación de los resultados obtenidos por los varones, antes y después de la intervención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el autoconcepto global y para cada una de las subescalas. De acuerdo a esto, tras la intervención el autoconcepto global del grupo niños tuvo una variación positiva, lo que implica que la organización de sus experiencias, percepciones de su relación con los otros, consigo mismos y con lo que los rodea, es mayor tras el entrenamiento en funciones cognitivas.

En el análisis por subvariables se encontró diferencias significativas en la **Subescala Conducta** antes y después de la intervención. En general, los cambios en esta variable indicarían el reconocimiento de áreas de conflicto, por lo que un nivel alto en ella, podría ser interpretado tanto como la ausencia de áreas de conflicto como la negación de las mismas. Se debe ser muy cuidadoso en el análisis de los resultados obtenidos en esta subescala, ya que un incremento en ella no necesariamente se puede considerar como positivo.

Para dilucidar esto, se considerará el análisis por ítems utilizado anteriormente¹⁶. En este caso, la premisa seleccionada con mayor frecuencia tras la intervención es “me molestan en la casa”. Esto puede ser interpretado como una tendencia de los niños a no hacerse cargo todavía de lo que les sucede, tendiendo a responsabilizar más a terceros. Sin embargo, no es posible, con esta sola información, concluir específicamente qué factores se estarían conjugando en el incremento de esta variable.

¹⁶ En este caso se decidió que la diferencia absoluta entre los valores porcentuales fuese mayor a 40.

En el análisis de la **Subescala Estatus Intelectual y Escolar** se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los varones, antes y después de la intervención. Esto implica que a la autovaloración infantil respecto de su desempeño en las tareas escolares y su sentimiento general hacia el colegio, han sido asignados puntajes más altos. Es destacable que al realizar el análisis ítem por ítem antes descrito, se advierte que los niños reconocen con mayor frecuencia que ahora pueden hacer mejor sus tareas.

La **Subescala Apariencia y Atributos Físicos**, refleja un incremento de las actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas, pues se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación antes-después.

En el análisis de la **Subescala Ansiedad** se observaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entregadas por los niños después de la intervención. Esto indicaría una mejoría en su humor y, en algún grado, en el resto de los factores involucrados.

Finalmente en la **Subescala Popularidad** también aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos antes y después de la evaluación. En general los niños evaluaron que ahora son más populares entre sus compañeros de curso, se sienten más capaces de hacer amigos y más aceptados por sus grupos de pares.

Cabe mencionar que en ninguna de las 3 últimas subescalas mencionadas (Apariencia, Ansiedad y Popularidad) se presentaron ítems que, específicamente, marquen la diferencia entre los puntajes obtenidos en las distintas evaluaciones realizadas

5.5. CARACTERIZACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO NIÑAS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En el análisis de los resultados obtenidos con la Escala de Autoconcepto Piers-Harris, en el grupo de niñas antes y después de la intervención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto global. En términos generales, esto denota que en el grupo de niñas tras la intervención, se habría producido una valoración más positiva de sí mismas, de los otros y del mundo en que viven.

En cuanto a los resultados obtenidos en las subescalas del autoconcepto, no se encontraron diferencias significativas. Por lo tanto, las variaciones de los subcomponentes individualmente no son suficientes como para que por sí mismas impliquen una diferencia significativa, pero sí en su conjunto. Por lo mismo, no se puede especificar en que ámbito en particular se produjo esta mejoría general, a través del análisis de los resultados por subescalas.

Se puede determinar qué premisas sienten ahora que las describen más en comparación a las respuestas entregadas antes de la intervención, a partir del análisis ítem por ítem anteriormente mencionado. Con Este procedimiento se observa que las niñas reportan que les gusta más como son y como se ven después de la intervención, reconociendo que con mayor frecuencia piensan en hacer maldades que después no hacen. Esto puede ser interpretado como un aumento en el grado de aceptación de sí mismas y a una disminución de la impulsividad, lo que permitiría un mejor manejo conductual.

VII. CONCLUSIONES

La presente investigación comparó el autoconcepto de un grupo de niños/niñas diagnosticados con SDA antes y después de un entrenamiento en funciones cognitivas. Se comparó entre el grupo niñas y niños antes de la intervención y después de ella y también se comparó el grupo total, niñas y varones, consigo mismos en distintos momentos.

La hipótesis inicial de esta investigación suponía que se iban a encontrar variaciones en el autoconcepto entre la primera y la segunda evaluación de los sujetos. Efectivamente, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo total antes y después de la intervención, en todas las variables de la escala. En los varones se advirtieron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención, tanto a nivel global como en cada una de las subescalas; mientras que en las niñas las diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención se hallaron sólo en el autoconcepto global.

Cabe destacar que en la evaluación inicial del autoconcepto, antes de la intervención, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo varones y niñas; tales discrepancias se advirtieron solamente después de la intervención.

Al comparar los puntajes obtenidos **antes y después de la intervención en el grupo total**, se evidencia que la muestra, tras participar en el entrenamiento, logró alcanzar mayores puntajes en el instrumento total y en cada una de sus subescalas. Esto implica una mejoría en el autoconcepto

global y en las variables específicas de conducta, estatus intelectual y escolar, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad y felicidad y satisfacción.

Los niños se perciben a sí mismos, a los otros, y al mundo, más positivamente, mejoraron en su conducta, se sienten más capaces de cumplir en sus tareas, con mayor frecuencia piensan en hacer maldades que luego no ejecutan, creen verse mejor, presentan un grado menor de ansiedad y se sienten más felices, aunque al mismo tiempo, creen que se les olvida lo que aprenden y que los otros niños son mejores que ellos.

Al respecto, es posible postular que los niños han moderado de un mejor modo la impulsividad, lo que permite enfrentarse a las tareas más adecuadamente y planifican y anticipan más las consecuencias de sus actos.

Aunque en general los niños presentan un incremento en su autoconcepto, éste aún presenta ciertas áreas de dificultad, pues creen con mayor frecuencia que se les olvida lo que aprenden y que los otros niños son mejores que ellos.

El que los niños refieran con mayor frecuencia dificultades para recordar lo que aprenden puede ser relacionado con un reconocimiento de un aspecto antes ignorado.

Al analizar los puntajes obtenidos **antes de la intervención entre niños y niñas**, se observa que inicialmente presentan un autoconcepto en un nivel similar, sin que se adviertan diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en cada grupo. Sin embargo al observar los ítems, las niñas manifiestan que se portan mejor en sus casas, mientras que los varones reportan con mayor frecuencia que los otros son mejores que ellos.

Es relevante destacar que los varones tienden a reportar con mayor frecuencia que los otros niños son mejores que ellos, lo que en sí, es un importante indicador de dificultades en la autovaloración.

Los puntajes del autoconcepto **después del entrenamiento en funciones cognitivas entre niños y niñas** muestran, en términos generales, un autoconcepto en un nivel similar, donde tampoco se evidencian diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos según sexo. Especialmente relevante es la percepción de una mejoría en su conducta y de menores dificultades en el manejo de la ansiedad.

Más específicamente, los varones refieren la creencia de tener un comportamiento mejor en el colegio, aunque también opinan que tienen más flojera, que hacen más tonteras y se involucran más en problemas y que los molestan más en sus casas. Se puede inferir que los varones, aún cuando refieren un mejor comportamiento, todavía presentan dificultades en esta área y evidencian una tendencia a atribuir a terceros la responsabilidad de sus actos.

En el manejo de la ansiedad, las respuestas de los varones indican que, en general, sienten que son más considerados por los otros, pero se reconocen como más tímidos, nerviosos y preocupados que las niñas. A pesar de la prevalencia de estos sentimientos, se observa un mejor manejo de la ansiedad en los varones.

En este contexto, se puede plantear que pese a los resultados positivos en el autoconcepto tras la intervención, todavía existen áreas con ciertas dificultades que deben ser abordadas.

El grupo de **varones después de la intervención** percibe un incremento en el nivel de su autoconcepto global y en su conducta, estatus intelectual y escolar, apariencia física y sus atributos, manejo de ansiedad, popularidad y felicidad y satisfacción. Los niños declaran que sienten que los molestan más en sus casas y que hacen mejor sus tareas.

Esto se puede interpretar como una mejor percepción de su conducta, pero al mismo tiempo, con la presencia de tendencias a establecer atribuciones causales a terceros de sus actos. De este modo, la mejoría en la percepción de su propia conducta no implica, necesariamente, que hayan alcanzado niveles altos de adecuación.

El aumento percibido por los niños en su propia capacidad para realizar sus tareas se puede relacionar con el entrenamiento en funciones cognitivas, específicamente, con la mediación del aprendizaje de estrategias, que influye tanto en la mejoría en el desempeño como en la valoración de los logros obtenidos como consecuencia de la competencia desarrollada.

El grupo **de niñas después de la intervención** presentó un incremento estadísticamente significativo en su autoconcepto general. No se observan variaciones estadísticamente significativas en la percepción de su conducta, estatus escolar e intelectual, apariencia física y sus atributos, manejo de ansiedad, sentimientos de popularidad, felicidad ni satisfacción. Ellas declaran que les gusta más como se ven y que con mayor frecuencia pueden pensar en hacer maldades y luego evitarlo.

Se puede postular que las niñas tras la intervención presentan un mejor nivel en su autoconcepto y que este incremento se encuentra uniformemente distribuido en todas las variables involucradas, por lo que no se puede deducir un efecto diferenciado de la intervención en cada una de ellas.

Es más, ellas perciben que presentan más áreas de conflicto en su conducta tras la intervención, lo que puede ser interpretado como parte del desarrollo de un mayor grado de conciencia de sí mismas en la interacción con su entorno.

En este contexto, el reconocimiento que implica el aumento de la frecuencia con que piensan en hacer maldades que luego no hacen, se puede interpretar como una disminución de la impulsividad, un aumento de la latencia entre el pensar y el actuar y una mayor consideración de las consecuencias de sus actos.

El análisis de los resultados permite destacar los siguientes aspectos:

Primero, se observó que no había diferencias entre niñas y niños antes del entrenamiento en funciones cognitivas, de tal modo, que los hallazgos encontrados después de la intervención se pueden atribuir a ella. Por ser una investigación de diseño pre-experimental, no tenemos un grupo de control que permita realizar esta aseveración con mayor certeza

Segundo, es posible concluir que la intervención influyó en la percepción de la autovaloración de modo distinto en niñas y en niños. En los varones fue mayor el incremento tanto en el número como en el nivel de los componentes del autoconcepto, especialmente, en la percepción de su conducta y en el manejo de su ansiedad.

Tercero, en el grupo total y en el de varones, en la evaluación antes y después de la intervención, se observó un incremento en la percepción del autoconcepto global y en forma específica en su conducta, estatus intelectual y escolar, apariencia física y sus atributos, manejo de ansiedad, popularidad y satisfacción y felicidad. En las niñas se observó sólo un incremento en la percepción de su autoestima global.

Considerando el carácter exploratorio de esta investigación es necesario remarcar que los resultados obtenidos son válidos para el grupo que se investigó y deben ser interpretados en ese contexto.

Debe reiterarse que los datos se obtuvieron por auto-reporte de los sujetos evaluados y que esta información no fue triangulada con otras fuentes, como integrantes del grupo familiar o profesores. Por este motivo es imprescindible considerar el sesgo propio de la deseabilidad social, de las respuestas sesgadas (tendencia a responder si o no) y de las respuestas entregadas al azar.

También se debe considerar que la muestra extraída no es representativa de todos los niños diagnosticados con SDA, por lo que resultaría incorrecto cualquier intento de inferencia o generalización de los resultados.

No obstante, a partir de ellas se pueden vislumbrar interesantes aspectos de la valoración que los niños realizan de sí mismos y del modo en que en ellos influyó el entrenamiento en funciones cognitivas en que participaron.

Los resultados obtenidos permiten concluir que el entrenamiento en funciones cognitivas incide positivamente en el autoconcepto de estos niños, pero donde aún aparecen ciertas áreas con dificultades, que impedirían el desarrollo de un nivel de autovaloración adecuada. Sin embargo, el número de sesiones (32), corresponde sólo a un primer período, lo que permite postular que, con un mayor tiempo de estimulación, las diferencias podrían ser más relevantes.

El entrenamiento en funciones cognitivas está orientado a mejorar la atención, el procesamiento de la información y el manejo de estrategias eficientes, lo que incide en el rendimiento, en el desempeño y también se relaciona con un incremento en el autoconcepto. Sin embargo, el hecho que no mejore la totalidad de los componentes del autoconcepto y que además los resultados sean diferentes en el grupo de varones y niñas, indica que las variables involucradas en el autoconcepto son múltiples y probablemente

corresponden a otras áreas experienciales, como las afectivas y los patrones de valoración de los contextos sociales.

La consideración de estos factores sería útil para delinear programas adecuados de intervención para el desarrollo de la autoestima, que favorezca que el niño se sienta más aceptado y querido por sus padres, profesores, pares y otros.

Por lo mismo, se considera relevante la participación en otras actividades que permitan el desarrollo del autoconcepto y que facilite a estos niños el desarrollo de un sentimiento de igualdad ante los otros. Se sugiere que las futuras intervenciones destinadas a mejorar los niveles de autoestima, se realicen de un modo focalizado, considerando la etapa evolutiva en que se encuentra el niño, los aspectos sentidos por ellos como más críticos y las diferencias por género.

A diferencia de las niñas, los varones muestran una mejoría estadísticamente significativa en todas las variables. La explicación de ello sería que la mejoría en el autoconcepto académico, congruentemente con los postulados de Erikson, constituye un punto crucial en la autovaloración de los varones. Siendo este un aspecto más crítico contribuye con mayor peso relativo a la mejoría en el autoconcepto, sin desconocer el impacto que debe tener también la valoración de la familia y del ámbito escolar.

En comparación con el grupo de niñas, en los varones se observan cambios más significativos en la percepción del control de la ansiedad y de la impulsividad, lo que podría relacionarse con el desarrollo de las habilidades lingüísticas a través del entrenamiento en funciones cognitivas. Ello permite un mejor contacto con los autoprocesos y una mejor modulación de la conducta mediada por la reflexión.

La mejoría en la autovaloración significativa de las niñas podría estar puesta en otros factores del autoconcepto, probablemente en áreas socioafectivas, lo que sería interesante investigar.

Considerando lo anteriormente planteado, se podría afirmar que el entrenamiento en funciones cognitivas no tiene un impacto mayor que en otras variables, en el autoconcepto académico, contrariamente a lo que se podría pensar, ya que el entrenamiento mejora el rendimiento.

A partir de este estudio más que respuestas surgen numerosas interrogantes y propuestas que podrían ser investigadas en el futuro. Se consideró relevante destacar las siguientes líneas de investigación:

- Un incremento en el período de la intervención. A partir de los resultados obtenidos es posible hipotetizar que los cambios podrían ser mayores al aumentar el número de sesiones.
- Resulta interesante investigar otros eventos vitales significativos vividos por los niños mientras se realiza la intervención, para determinar específicamente la influencia real de ella. También se podría utilizar un grupo control que contribuyera a dilucidar otros aspectos.
- Asimismo se podría considerar en una futura investigación la influencia de la percepción de los padres y profesores, en relación con los efectos del entrenamiento en funciones cognitivas, en el autoconcepto de los niños.
- También resulta interesante investigar la jerarquización de los factores que conforman el autoconcepto, de acuerdo al sexo, edad, nivel socioeconómico, entre otros. Para esto habría que trabajar con una muestra mayor, que considerara niños con diferentes características.

Finalmente sobre la escala de autoconcepto de Piers Harris se puede señalar que entrega resultados que permiten obtener un adecuado nivel de información de la autovaloración en los niños, pero resulta necesario realizar actualizaciones que consideren las diferencias en las valoraciones que realizan los niños de acuerdo a los cambios de los contextos sociales.

Es relevante destacar, que en el caso de niños diagnosticados con SDA, desde las intervenciones terapéuticas resulta fundamental considerar todas las interacciones afectadas por el síndrome, tanto a nivel cognitivo como afectivo.

Por lo mismo, esta memoria es un aporte en la medida que, conecta estos dos ámbitos, evidenciando que un entrenamiento guiado por un mediador de procesos cognitivos, también tiene un efecto en la esfera de lo afectivo y lo emocional. Por lo tanto, este tipo de entrenamiento tendría beneficios en ambas áreas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agurto, G. (2002). Actualización Teórica del Cuadro Clínico “Trastorno por déficit Atencional e Hiperactividad”, según el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- American Psychiatric Association de Washington (1995). *DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Ardila, A. (1998). Desarrollo cognoscitivo y maduración cerebral. Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., *Neuropsicología Infantil* (2ª ed.) (pp. 155-176). Medellín: Prensa Creativa.
- Ardila, A. y Roselli, M. (1998). Trastornos específicos del aprendizaje. Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., *Neuropsicología Infantil* (2ª ed.) (pp. 155-176). Medellín, Colombia: Prensa Creativa.
- Assaél, Cecilia. (1990). Programa de enriquecimiento instrumental, Reuven Fuerstein. Curso Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Ayres, A. (1998). La integración sensorial y el niño. México: Trillas.
- Castellano, F. y Pineda, D. (2001). Neuroimágenes y neurobiología del trastorno por déficit de atención. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 3, 15-31.
- Da Fonseca, V. (1998). *Manual de observación psicomotriz*. España: Inde publicaciones.

- Eytel, M. (2000). *Psicología del desarrollo del niño y del adolescente*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Finkel, F. (2000). El déficit de atención/hiperactividad a través de la vida. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2, 58-61.
- Fuentes, S. (1992). Teoría de la modificabilidad cognitiva estructural. *Programas PEI y LPAD del Dr. Feuerstein*. Programa de Educación Parvularia, Facultad de Educación, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
- González, J. (1998). Estudio exploratorio descriptivo sobre la presencia de las características de la mediación de la teoría de la modificabilidad estructural de Reuven Feuerstein, en la actividad pedagógica de un grupo de profesores de enseñanza básica, de escuelas rurales y urbanas municipales de la comuna de Chimbarongo, VI región. Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- González, N. y Toledo, S. (2001). Estudio descriptivo comparativo del desarrollo socio-afectivo en el ámbito familiar, de niños con y sin trastorno de aprendizaje de lectura, a través del test de apercepción infantil (CAT-H). Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Gorostegui, M. (1992): Adaptación y Construcción de Normas de la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

- Gorostegui, M. (2004). *Genero y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E.G.B. 1992 y 2003*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto Juvenil, Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Hernández, A., García, J., Shea III, L. y Coello, E. (1996). *Organización e implementación de una unidad neuropsicológica*. Ostrosky, F. Ardila, A. y Chayo, R. *Rehabilitación Neuropsicológica*. México, México: Grupo Editorial Planeta de México.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2001). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Kandel, E; Schwartz, J y Jessel, T (1997). *Neurociencia y Conducta*. Madrid, España: Prentice Hall.
- López, I., Troncoso, L., Förster, J. y Mesa, T (1998): *Síndrome de déficit atencional: neurobiología, diagnóstico y tratamiento*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Luria, A. (1977): *Las funciones corticales superiores del hombre* (2ª ed.). México: Distribuciones Fontamara.
- Muñoz, J., y Rivas H. (2002). *Estudio descriptivo y comparativo de las variables autoestima, autoconcepto académico, competencia social y percepción del profesor en niños con trastornos específicos de aprendizaje y niños de aprendizaje lento, en una muestra de escolares de 8 a 10 años de nivel socioeconómico lento, en una muestra de escolares de 8 a 10 años de nivel socioeconómico medio de la región metropolitana*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Nieto, M y Verdú (1998). Lesiones en el sistema nervioso: respuesta neuronal y reparación. Delgado, J., Ferrús, A., Mora, F. y Rubia, F., *Manual de Neurociencia* (pp. 929-968).
- Papalia, E. (1992). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología* (8ª ed.). Argentina: Ariel.
- Piaget, J. (1992). *Psicología de la Inteligencia*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veinte.
- Pineda, D. (1998). Desarrollo cognoscitivo y maduración cerebral. Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., *Neuropsicología Infantil* (2ª ed.) (pp. 279-298). Medellín: Prensa Creativa.
- Pineda, D. y Rosselli, M. (1998). Desarrollo cognoscitivo y maduración cerebral. Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., *Neuropsicología Infantil* (2ª ed.) (pp. 31-56). Medellín: Prensa Creativa.
- Pineda, D. y Rosselli, M. (1998). Hiperactividad y Trastornos Atencionales. Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., *Neuropsicología Infantil* (2ª ed.) (pp. 253-278). Medellín: Prensa Creativa.
- Pineda, D. (1998). Las funciones ejecutivas y sus trastornos en los niños. Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., *Neuropsicología Infantil* (2ª ed.) (pp. 279-298). Medellín: Prensa Creativa.
- Pinel, J. (2001). *Biopsicología* (4ª ed.). España: Prentice Hall
- Rains, G. (2004). *Principios de Neuropsicología Humana*. México: McGraw Hill.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital* (2ª ed.). México: Prentice Hall.

- Richmond, P. (1981). Introducción a Piaget (2ª ed.). España: Fundamentos.
- Rosan, T. y Mesones H. (1997). Trastorno por déficit atencional con/sin hiperquinesia [Versión electrónica]. *Alcmeón*, 22, 6, 2, 122-135.
- Rosenzweig, M y Leiman, A (1995). *Psicología fisiológica* (2ª ed.). España: McGraw-Hill.
- Schachar, R., Mota, V., Logan, G., Tannock, R. y Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control déficit in attention-deficit/hyperactivity disorder [Confirmación del déficit del control inhibitorio en el trastorno de déficit atencional con hiperactividad]. *Journal of Abnormal Chile Psychology*, 28, 227-235.
- Seron, J. y Lories, G. (1996). El apoyo de la computadora en la valoración y rehabilitación neuropsicológica. Ostrosky, F. Ardila, A. y Chayo, R. *Rehabilitación Neuropsicológica*. México, México: Planeta de México.
- Toro, M. (2000). Nexos 1.0 Bases conceptuales Evaluación Computarizada de Funciones Cognitivas E.C.F.C. Instituto Nexos, Santiago, Chile
- Toro, M. (2004, Octubre). ¿Es posible la recuperación neurocognitiva? Ponencia presentada en el Primer Curso internacional de Postgrado en Psiquiatría, realizado en la Universidad de Chile, Facultad de medicina Sur, Santiago, Chile.
- Vygotsky, L. (1977). *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: La Pleyade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS INTERNET

- Biaggi, H. (2003). Trastorno por Déficit de la Atención. Un resumen actualizado. _Extraído el 21 de Noviembre, 2004 del sitio web: http://www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm
- Conclusiones Jornada Internacional Sobre TDA-H, Buenos Aires (2003, agosto). Extraído el 21 de Noviembre, 2004 del sitio web: <http://www.tda-h.com/Conclusiones%20Jornadas%20BA%202003.html>
- González, J. (2003). Trastorno por déficit atencional en el adulto. Cuaderno de Neurología, Vol. XXVII, 2003. _Extraído el 21 de Noviembre, 2004 del sitio web de la Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/2003/TrastornosDeficit.html>
- Los genes tras el déficit atencional (2004, Mayo 6). Noticias Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Extraído el 21 Noviembre, 2004 del sitio Universidad de Chile: <http://www.med.uchile.cl/noticias/archivo/2004/mayo/genes.html>
- Metodología del Entrenamiento en Funciones Cognitivas. Extraído el 22 de Marzo, 2005 del sitio del Instituto de Restauración Neuropsicológica NEXOS: <http://www.Nexos.cl>
- Moreno P. (2004, 6 Noviembre). Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de funciones cerebrales como base de los programas de rehabilitación en enfermos con daño cerebral. Extraído el 6 Noviembre, 2004 del sitio primer Encuentro del sitio Virtual Iberoamericano de Neurología: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-3-1.html>

- Nadeau, K. (2004). El ADHD y las niñas. Extraído el 24 de noviembre del 2004 del sitio Fundación para la investigación del déficit atencional e hiperkinesia: <http://adhd.com.ar/publicaciones10.htm>
- Roizblatt, A., Bustamante, F. y Bacigalupo, F. (2003). Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 131, 10, 1195-1201.
- Solzi, S. (2003). Hiperactividad y Déficit de Atención, El Caos Perceptivo de quien padece Deficit Atencional. Extraído el 21 Noviembre del 2004 del sitio: <http://www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-669.html>.
- Toro, M. (2005). Entrenamiento en Funciones Cognitivas. Extraído el 11 mayo del 2005 del sitio del Instituto de Restauración Neuropsicológica Nexos: <http://www.institutonexos.cl>
- Valdivieso, A., Cornejo, A y Sánchez, M. (2004, noviembre 21). Tratamiento del síndrome de déficit atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante [Versión electrónica]. *Rev. Chilena. Neuro-Psiquiatria*, 38, 1, 7-14.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO DE HIMMEL Y COLABORADORES, MODIFICADO DE ACUERDO CON EL CRITERIO DE PINTO, GALLARDO Y WENK (1991)

De acuerdo a esta escala el nivel socioeconómico (NSE) se establece en base a la educación y ocupación de la persona que se entrevista, o del jefe de hogar para el caso de estudiantes. Esto se realiza según las categorías precodificadas o puntuadas de la escala desarrollada por Erica Himmel y colaboradores, que son las siguientes:

Categorías Educativas	Puntaje asignado
• Sin estudios	0
• 1° a 4° básico	1
• 5° a 6° básico	2
• 7° a 8° básico	3
• Educación media incompleta	3
• Educación técnica, profesional o comercial incompleta	3
• Educación media completa	4
• Educación técnica, profesional o comercial completa	4
• Educación universitaria incompleta	4
• Educación universitaria completa (titulado universitario)	5
• Titulado universitario con estudios adicionales de postgrados (magíster, master o doctorado)	6

Categorías Ocupacionales	Puntaje asignado
• Cesante	0
• Dueña de casa	0
• Obrero no especializado	1
• Pensionado o jubilado (especificar entidad)	2
• Obrero especializado o Suboficial de las FF.AA	2
• Trabajador independiente (ej: gáster, carpintero)	2
• Empleado público o privado de escalafón bajo	2
• Pequeño empresario o comerciante	4
• Profesional universitario sin cargo directivo u oficiliales de las FF.AA	5
• Mediano empresario o directivo medio	6
• Profesional universitario independiente u oficiales de alto grado de las FF.AA (Generales y Coroneles)	7
• Gran empresario, directivo de alto nivel	8

Para obtener la determinación del NSE se suman los puntajes en educación y ocupación obtenidos de la persona entrevistada o del jefe de hogar. Wenk en 1999 se percató que en criterio de la escala original no permitía diferenciar adecuadamente entre el NSE alto y el medio, y entre el medio y el bajo, estableciendo un nuevo criterio de corte en 1991, el cual se utilizará en esta investigación y corresponde a:

NSE	Rango de puntuaciones
Bajo	0 a 6
Medio	7 a 9
Alto	10 o más puntos

ESCALA

N°	Ítem	SI	NO
1	Mis compañeros se burlan de mí	SI	NO
2	Soy una persona feliz	SI	NO
3	Me cuesta mucho hacerme amigo de otros niños	SI	NO
4	Generalmente estoy triste	SI	NO
5	Soy inteligente	SI	NO
6	Soy tímido	SI	NO
7	Me gusta como me veo	SI	NO
8	Me pongo nervioso cuando tengo prueba	SI	NO
9	Tengo muchos amigos	SI	NO
10	Me porto bien en el colegio	SI	NO
11	Me echan la culpa cuando algo se echa a perder	SI	NO
12	Soy fuerte	SI	NO
13	Casi siempre mis padres piden mi opinión	SI	NO
14	Soy atropellador	SI	NO
15	Soy bueno para los trabajos manuales	SI	NO
16	Me doy por vencido fácilmente	SI	NO
17	Puedo hacer bien mis tareas	SI	NO
18	Hago muchas tonteras	SI	NO
19	Casi siempre tengo ganas de llorar	SI	NO
20	Soy bueno para el dibujo	SI	NO
21	Me porto bien en la casa	SI	NO
22	Siempre termino mis tareas	SI	NO
23	Soy conocido y querido por mis compañeros	SI	NO
24	Soy nervioso	SI	NO
25	Puedo hablar bien delante del curso	SI	NO
26	Siempre estoy atento en clase	SI	NO
27	Mis hermanos (o primos) dicen que los molesto mucho	SI	NO
28	A mis amigos les gustan mis ideas	SI	NO
29	Generalmente me meto en problemas	SI	NO
30	Casi siempre estoy preocupado	SI	NO
31	En mi casa soy obediente	SI	NO
32	Tengo buena suerte	SI	NO
33	Me siento capaz de lograr todo lo que mis padres esperan de mí	SI	NO
34	Soy peleador con mis hermanos o primos	SI	NO
35	Me gusta como soy	SI	NO

36	Siento que no me toman en cuenta	SI	NO
37	Me gustaría ser diferente	SI	NO
38	Duermo bien en la noche	SI	NO
39	Lo paso bien en el colegio	SI	NO
40	Soy de los últimos que eligen para entrar en los juegos	SI	NO
41	Muchas veces me siento enfermo	SI	NO
42	Soy pesado con la gente	SI	NO
43	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas	SI	NO
44	Soy buen amigo (a)	SI	NO
45	Soy alegre	SI	NO
46	Tengo buenos amigos	SI	NO
47	Soy tonto para muchas cosas	SI	NO
48	Soy más feo(a) que los demás niños	SI	NO
49	Casi siempre ando con flojera	SI	NO
50	Les caigo bien a los niños hombres	SI	NO
51	Los demás niños me molestan	SI	NO
52	Mi familia está desilusionada de mí	SI	NO
53	Tengo una cara agradable	SI	NO
54	Cuando trato de hacer algo, todo me sale mal	SI	NO
55	Me molestan en la casa	SI	NO
56	Soy torpe	SI	NO
57	En juegos y deportes, miro en vez de jugar	SI	NO
58	Se me olvida lo que aprendo	SI	NO
59	Me gusta estar con gente	SI	NO
60	Le gusto a las demás personas	SI	NO
61	Me enojo fácilmente	SI	NO
62	Les caigo bien a las niñas	SI	NO
63	Tengo buena pinta	SI	NO
64	Mis hermanos (o primos) me caen bien	SI	NO
65	Casi siempre tengo miedo	SI	NO
66	Los demás pueden confiar en mí	SI	NO
67	Los otros niños son mejores que yo	SI	NO
68	A veces pienso en hacer maldades que después no hago	SI	NO
69	En mi casa dicen que soy llorón	SI	NO
70	Soy buena persona	SI	NO

¡MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA!

ANEXO Nº 3: CORRECCIÓN

1. NO	25. SI	49. NO
2. SI	26. SI	50. SI
3. NO	27. NO	51. NO
4. NO	28. SI	52. NO
5. SI	29. NO	53. SI
6. NO	30. NO	54. NO
7. SI	31. SI	55. NO
8. NO	32. SI	56. NO
9. SI	33. SI	57. NO
10. SI	34. NO	58. NO
11. NO	35. SI	59. SI
12. SI	36. NO	60. SI
13. SI	37. NO	61. NO
14. NO	38. SI	62. SI
15. SI	39. SI	63. SI
16. NO	40. NO	64. SI
17. SI	41. NO	65. NO
18. NO	42. NO	66. SI
19. NO	43. SI	67. NO
20. SI	44. SI	68. NO
21. SI	45. SI	69. NO
22. SI	46. SI	70. SI
23. SI	47. NO	
24. NO	48. NO	

ANEXO N° 4: CONFORMACIÓN DE LAS SUBESCALAS

1. Subescala Conducta:

N°		Ítem
10	(II)	Me porto bien en el colegio
11		Me echan la culpa cuando algo se hecha a perder
17	(II)	Puedo hacer bien mis tareas
18		Hago muchas tonteras
21		Me porto bien en la casa
29		Generalmente me meto en problemas
31		En mi casa soy obediente
34		Soy peleador con mis hermanos o primos
39		Lo paso bien en el colegio
42		Soy pesado con la gente
49		Casi siempre ando con flojera
52		Mi familia esta desilusionada de mí
55		Me molestan en la casa
68		A veces pienso en hacer maldades que después no hago
70	(VI)	Soy buena persona

El número que aparece entre paréntesis, indica la otra subescala donde también aparece el ítem.

2. Subescala Estatus Intelectual y Escolar:

N°		Ítem
5	(III)	Soy inteligente
10	(I)	Me porto bien en el colegio
13		Casi siempre mis padres piden mi opinión
17	(I)	Puedo hacer bien mis tareas
22		Siempre término mis tareas
23	(V)	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso
25		Puedo hablar bien delante del curso
26		Siempre estoy atento en clases
28	(III)	A mis amigos les gustan mis ideas
43	(III)	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas
47		Soy tonto para muchas cosas
58		Se me olvida lo que aprendo
60	(III)	Les gusto a las demás personas.
67	(III)	Los otros niños son mejores que yo
63	(III, IV)	Tengo buena pinta

El número que aparece entre paréntesis, indica la (s) otra (s) subescala (s) donde también aparece el ítem.

3. Subescala Apariencia y Atributos Físicos:

N°	Ítem
----	------

5	(III)	Soy inteligente
7	(IV y VI)	Me gusta como me veo
12		Soy fuerte
28	(II)	A mis amigos les gustan mis ideas
43	(II)	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas
48		Soy más feo(a) que los demás niños
50		Les caigo bien a los niños hombres
53	(VI)	Tengo una cara agradable
60	(II)	Le gusto a las demás personas
62	(V)	Les caigo bien a las niñas
63	(II y VI)	Tengo buena pinta
67	(II)	Los otros niños son mejores que yo

El número que aparece entre paréntesis, indica la (s) otra (s) subescala (s) donde también aparece el ítem.

4. Subescala Ansiedad:

N°		Ítem
4		Generalmente estoy triste
6	(V)	Soy tímido
7	(III y IV)	Me gusta como me veo
8		Me pongo nervioso cuando tengo prueba
16		Me doy por vencido fácilmente
19		Casi siempre tengo ganas de llorar
24		Soy nervioso
30		Casi siempre estoy preocupado
35	(VI)	Me gusta como soy
36	(V)	Siento que no me toman en cuenta
37	(VI)	Me gustaría ser diferente
65		Casi siempre tengo miedo
69		En mi casa dicen que soy llorón

El número que aparece entre paréntesis, indica la (s) otra (s) subescala (s) donde también aparece el ítem.

5. Subescala Popularidad:

N°		Ítem
1		Mis compañeros se burlan de mí
3		Me cuesta mucho hacerme amigo de otros niños
6	(IV)	Soy tímido
9		Tengo muchos amigos
23	(II)	Soy conocido y querido por mis compañeros
36	(IV)	Siento que no me toman en cuenta
40		Soy de los últimos que eligen para entrar en los juegos
46		Tengo buenos amigos
51		Los demás niños me molestan
57		En juegos y deportes, miro en vez de jugar
62	(III)	Les caigo bien a las niñas

El número que aparece entre paréntesis, indica la (s) otra (s) subescala (s) donde también aparece el ítem.

6. Subescala Felicidad y Satisfacción:

N°		Ítem
2		Soy una persona feliz
7		Me gusta como me veo
32	(III, IV)	Tengo buena suerte
35		Me gusta como soy
37	(IV)	Me gustaría ser diferente
45		Soy alegre
48	(III)	Soy más feo(a) que los demás niños
53	(III)	Tengo una cara agradable
59		Me gusta estar con gente
63	(III)	Tengo buena pinta
70	(I)	Soy buena persona

El número que aparece entre paréntesis, indica la (s) otra (s) subescala (s) donde también aparece el ítem.

ANEXO N° 4: INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE DE LA ESCALA P-H.

Interpretación del puntaje total.

El puntaje total de la escala P-H puede fluctuar entre 0 y 70 puntos y refleja el número de ítems que han sido respondidos en dirección positiva del autoconcepto, de modo que un alto puntaje indica un autoconcepto favorable y un alto grado de autoestima, mientras que los puntajes bajos se asocian a un autoconcepto negativo.

El puntaje bruto, que corresponde a la suma del valor obtenido por ítem por un niño, puede ser convertido a percentiles y a puntajes T, una desviación estándar (D.S) bajo el promedio se puede interpretar como un indicador de baja autoestima. Una D.S. o más sobre el promedio puede reflejar tanto un buen autoconcepto, como un deseo de presentarse a sí de acuerdo a la deseabilidad social.

Para la interpretación de los puntajes es importante considerarlo como no absoluto, dado que pueden por factores de la prueba como su confiabilidad y el error estándar de puntajes y por factores individuales del niño como la salud del niño al momento de ser evaluado.

Interpretación para los puntajes de las subescalas.

La utilización de las subescalas permite individualmente generar hipótesis clínicas e identificar áreas de debilidad o de fortaleza de cada niño.

Evaluación de fortalezas y debilidades individuales.

Los puntajes normalizados de la Escala, proporcionan una comparación entre los puntajes individuales y los de la muestra normativa. Esta aproximación es importante para comparar el puntaje de un niño con lo de otros niños y para clasificarlo con un alta, media o baja autoestima.

Interpretación cualitativa de las respuestas.

También se pueden interpretar las respuestas entregadas en los ítems individuales. Los puntajes considerados de modo global pueden obviar información relevante acerca del modo en que los niños actúan. Esta información sólo debe ser conocida por personas que estén capacitadas para interpretarlas adecuadamente.

Obtención del puntaje bruto

Antes de contar los puntos obtenidos en la Escala, se debe anotar el número de ítems respondidos, las respuestas dobles y las omitidas.

El puntaje bruto total corresponde al total de respuestas marcadas en dirección positiva.

El puntaje total no coincide con la suma total de las subescalas.

Algunos ítems no son contabilizados en ninguna escala.

El puntaje bruto obtenido por subescala, corresponde al total de respuestas marcadas en dirección positiva, pertenecientes a ella.

Índices de distorsión de resultados de la prueba

Esta escala considera tres índices de distorsión, estos son: simulación o mentira, tendencia a responder de forma sesgada y respuestas al azar.

- **Índice de simulación o mentira.** Se refiere a un intento del niño de distorsionar sus respuestas de modo de producir cierto efecto.

La distorsión en sentido positivo es la tendencia a falsear las respuestas en dirección positiva, generalmente se asocia a la deseabilidad social. En general, esto no representa un intento deliberado de falsear la verdad, sino más bien una confusión entre lo que sienten y cómo les han dicho que deben sentir. Ello no debiera ser interpretado como patológico.

La distorsión en sentido negativo se refiere a la tendencia a presentarse de un modo negativo. Generalmente se relaciona con un llamado de atención o como medio para enfrentar una situación no resuelta.

Como regla general, los puntajes totales que se desvían 1,5 o más D.S. en una dirección positiva ($T > 65$ y $P.B. > 62$) deben ser interpretados con cautela, ya que puede ser tanto que tengan un nivel alto de autoconcepto como también falta de autocrítica o respuestas falseadas en la línea de la deseabilidad social.

Dado que en general los niños no conocen los beneficios que conlleva el presentar un cuadro desfavorable de ellos mismos, se puede decir que los puntajes bajos en la escala representan una baja autoestima. Por esto, las distorsiones negativas aparecen en proporción menor que las con dirección positiva.

- **Tendencia a responder de modo sesgado.** Se refiere a la tendencia a responder con aceptación en la mayoría de los ítems en las pruebas que utilizan respuestas dicotómicas Si / NO. También pueden responder con tendencia a responder a todas las preguntas NO. Piers, trató de minimizar este efecto, balanceando el número de respuestas positivas y negativas. Además, proporcionó perfiles que ilustran dicha tendencia.

- **Respuestas al azar.** La prueba ofrece un listado de 15 pares de respuestas que son contradictorias en un sentido lógico. Cuando aparecen este tipo de respuestas indican que el niño contestó respuestas de modo azaroso, al menos, en algunos de los ítems.

- **Índice de inconsistencia**, corresponde al número total de respuestas identificadas como contradictorias, asignando un punto a cada par. Se considera crítico reunir más de 5 puntos de los siguientes pares.

N°	Item	Respuesta	N°	Item	Respuesta
1.	Mis compañeros se burlan de mí.	SI	51.	Los demás niños me molestan.	NO
3.	Me cuesta mucho hacerme amigo de otros niños.	SI	40.	Soy de los últimos que eligen para entrar en los juegos.	NO
4.	Generalmente estoy triste.	SI	45.	Soy alegre.	SI
5.	Soy inteligente.	SI	17.	Puedo hacer bien mis tareas.	NO
5.	Soy inteligente.	SI	47.	Soy tonto para muchas cosas.	SI
18.	Hago muchas tonteras.	NO	21.	Me porto bien en la casa.	NO
21.	Me porto bien en la casa.	NO	29.	Generalmente me meto en problemas.	SI
21.	Me porto bien en la casa.	NO	31.	En mi casa soy obediente.	SI
21.	Me porto bien en la casa.	NO	42.	Soy pesado con las personas.	NO
21.	Me porto bien en la casa.	SI	52.	Mi familia está desilusionada de mí.	SI
22.	Siempre término mis tareas.	SI	47.	Soy tonto para muchas cosas.	SI
28.	A mis amigos les gustan mis ideas.	NO	43.	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas	SI
31.	En mi casa soy obediente.	SI	66.	Los demás piensan que tengo buenas ideas.	NO
35.	Me gusta como soy	NO	37.	Me gustaría ser diferente.	NO
51.	Los demás niños me molestan	NO	9.	Tengo buenos amigos.	NO