



***Universidad Nacional de Loja***

***AREA DE LA SALUD HUMANA***

***CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA***

**TÍTULO:**

**“ CONDUCTA DESADAPTATIVA Y SU RELACIÓN CON LA BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO Y SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “FRANCIA” DEL CANTÓN QUILANGA, PERIODO DICIEMBRE 2014- MAYO 2015”**

Tesis, previa a la obtención el Título de Psicóloga Clínica

**AUTORA :**

***Katheryne Eloisa Jiménez Alverca***

**Director:**

***Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc***

**2014 - 2015**




Loja, 29 de Junio del 2015

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. SC.

**DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA.**

**CERTIFICA:**

Que el presente trabajo de investigación titulado **“CONDUCTA DESADAPTATIVA Y SU RELACIÓN CON LA BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DEL SEXTO Y SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “FRANCIA” DEL CANTÓN QUILANGA. PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015”**, elaborado por la aspirante Katheryne Eloisa Jiménez Alverca, previo a optar el grado de Psicóloga Clínica, que ha sido cuidadosamente revisado bajo mi dirección, el mismo que cumple con las normativas legales y académicas, por lo que autorizó su presentación para la sustentación y defensa pública.



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.  
**DIRECTOR DE TESIS**

## **AUTORÍA.**

Yo, Katheryne Eloisa Jiménez Alverca, declaro ser autora del trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional Loja, la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**AUTORA:**



**Cédula:** 1104932866

**Fecha:** 29 de Junio del 2015.

## CARTA DE AUTORIZACIÓN.

Yo, Katheryne Eloisa Jiménez Alverca declaro ser autora de la tesis titulada: **“CONDUCTA DESADAPTATIVA Y SU RELACIÓN CON LA BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO Y SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “FRANCIA” DEL CANTÓN QUILANGA. PERIODO DICIEMBRE 2014 – MAYO 2015”**, como requisito para optar por el grado de Psicóloga Clínica, es por ello que autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido por medio del Repositorio Digital Institucional.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice una tercera persona.

Por constancia de esta autorización realizada en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de Junio, firma la autora.



Firma

Autora: Katheryne Eloisa Jiménez Alverca

Cedula: 1104932866

Dirección: Paraguay y Cofanes

Correo electrónico: [dansarahi30@hotmail.com](mailto:dansarahi30@hotmail.com)

DATOS COMPLEMENTARIO.

Director de Tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

Vocal. Dra. María Susana Gonzales García

Vocal: Lcdo. Diego Segundo Andrade Mejía.

## **DEDICATORIA.**

Dedico mi trabajo investigativo a Dios por darme la oportunidad de vivir y guiarme en cada paso que doy.

A mi padre Bolívar Jiménez, a mi madre Yolanda Alverca y hermanos Dalton, Leonel, Josselyn, Ariel, Luis y Karina quienes son un pilar fundamental en mi vida, por el apoyo y esfuerzo incondicional, que me brindaron en cada momento, lo que me permitió culminar cada una de mis metas y objetivos propuestos.

A mi esposo Pablo Tandazo e hija Sarahi Tandazo quienes siempre me brindaron su apoyo incondicional en cada etapa de mi formación profesional.

A cada una de las personas que me apoyaron con sus consejos y orientación.

Katheryne Jiménez Alverca

## **AGRADECIMIENTO.**

Al culminar el presente trabajo investigativo, extiendo mi agradecimiento a los directivos, docentes de la Universidad Nacional de Loja que permitieron mi formación profesional.

Agradezco a los directivos de la escuela Francia por la colaboración en el desarrollo de la presente investigación.

A cada una de las personas que de manera desinteresada aportaron al desarrollo de la presente investigación con sus conocimientos y asesoramiento.

La Autora

## ESQUEMA DE TESIS.

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE	VII

## CONTENIDO

<b>I. TÍTULO.....</b>	<b>.....</b>
<b>II. RESÚMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>III. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>7</b>
1. Conducta desadaptativa.....	7
1.2. Factores de riesgo.....	7
1.3. Conductas desadaptativas comunes dentro del aula.....	8
1.4. El componente estructural de las conductas desadaptativas.....	12
1.5. La escuela como espacio de prevención de las conductas desadaptativas.....	12
1.6. Tratamiento de las conductas desadaptativas.....	13
<b>Capítulo II.....</b>	<b>19</b>
2. Autoestima.....	19
2.2. Factores de formación de la autoestima.....	20
2.3. Elementos que conforman la autoestima.....	22
2.4. Tipos de autoestima.....	23
2.5. Importancia de la autoestima.....	25
2.6. Relación entre autoconcepto y autoestima.....	25
2.7. Autoestima en la infancia.....	26

6.8. Tratamiento de la autoestima .....	27
<b>Capítulo III.....</b>	<b>30</b>
3. Depresión.....	30
3.2. Etiología y factores de riesgo de la depresión.....	31
3.3. Signos y síntomas de la depresión. ....	32
3.4. Clasificación de la depresión según el cie 10. ....	34
3.5. La depresión en función de la edad del individuo. ....	36
3.6. La depresión en las escuelas. ....	38
3.7. Tratamiento de la depresión.....	39
<b>V. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>42</b>
<b>VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>VII. DISCUSIÓN. ....</b>	<b>53</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES. ....</b>	<b>57</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>X. PROPUESTA TERAPÉUTICA.....</b>	<b>59</b>
<b>XI. BIBLIOGRAFÍA. ....</b>	<b>74</b>
<b>XII. ANEXO.....</b>	<b>77</b>



**I. TÍTULO.**

**CONDUCTA DESADAPTATIVA Y SU RELACIÓN CON LA BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DEL SEXTO Y SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “FRANCIA” DEL CANTÓN QUILANGA. PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015**

## II. RESÚMEN.

Las conductas desadaptativas son comportamientos manifestados por los adolescentes tempranos, como respuesta a la falta de adaptabilidad a cambios que se presentan en su ambiente, dificultando su desarrollo, estas conductas se vinculan con el área emocional, la misma que puede intervenir en la manifestación e intensidad en las que aparecen mencionadas conductas. Es por ello que la presente investigación se enfoca en determinar la existencia de conductas desadaptativas; la relación con la baja autoestima; y, su correlación con la depresión en los niños de sexto y séptimo año de Educación Básica de la Escuela “Francia” del cantón Quilanga. El presente trabajo es de carácter deductivo–inductivo y descriptivo, de tipo cuantitativo-cualitativo, se utilizó el cuestionario de observación del comportamiento en la sala de clases TOCA-R que permite determinar la existencia de conductas desadaptativas, también se empleó el cuestionario de autoestima de Lucy Reidl y el cuestionario de depresión infantil que facilitan el análisis de la baja autoestima y la depresión en los alumnos. Con una muestra de 66 alumnos, de los cuales 24 escolares cumplían con los criterios requeridos, determinándose la presencia de conductas desadaptativas (36%), predominando las relacionadas con la aceptación de la autoridad (46%); seguidas de las vinculadas con el contacto social (42%); y, por último las que involucran el nivel de actividad (12%), se presentan mayormente en los hombres (63%); en las mujeres (37%), la baja autoestima se presenta en los alumnos con mencionadas conductas (42%), de igual manera la depresión (Sint. Depre. Leves 12%, Sint. Depre. Graves 4%). Estas conductas desadaptativas se encuentran presentes en los alumnos, siendo las afines con la aceptación de la autoridad la más frecuente, manifestadas con mayor relevancia en los hombres, la baja autoestima y depresión se encuentran presentes en los alumnos con conductas desadaptativas.

**PALABRAS CLAVES:** Conducta desadaptativa/conducta desadaptada, Autoestima, Depresión

**ABSTRACT.**

The maladaptive conducts are disorder performances usually expressed by the early adolescents, as a response to adaptability's lack in front of changes that occurred in their environment, making harder their development, these behaviors are closed link with the emotional area, which are responsible such for the manifestation like the intensity where the maladaptive behavior occurred, becoming the objective of this investigation. It is focus in determine the relation of maladaptive behaviors with low self-esteem and its correlation in sixth and seventh children depression in Francia elementary school of Quilanga canton. This work has an inductive, deductive and descriptive method, quantitative and qualitative type. It is used the Lucy Redyll self-esteem and the depression questionnaires which facilitates the analyzing of students. In the class, the work was analyzed by the Conduct Observation questionnaire TOCA-R. The research study had a sample of 66 students where 24 students fulfill the requirements. The result was 36% of the students show a maladaptive conduct where predominate 46% relation with authority acceptance, 42% the social relationship and 12% related to the activity level, we can take into consideration that men are in 63% and women in 37% about low self-esteem, in the same way about depression, Light Symptom depressing is in 12% while Strong Symptom depressing is in 4%. These maladaptive conduct are present in the students, being the ones related to the acceptance of the authority of the most frequent, expressed with greater relevance in the men, low self-esteem and depression are present in the maladaptive paternal behavior with students.

**KEY WORDS:** Adaptive / maldaptive conducts, low self-esteem, depression, light symptom depressing, strong symptom depressing, positive authority acceptance

### III. INTRODUCCIÓN.

Las conductas desadaptativas son una fuente importante de preocupación para las familias, escuelas y sociedad en general, debido a la interrupción que generan en el desarrollo de los “adolescentes tempranos” (Garbarino, Gonzales & Faragó, Argentina, 2010), dentro de los establecimientos educativos es frecuente encontrar alumnos con conductas desadaptativas, las cuales son consideradas un grave problema para la educación.

Estos comportamientos por lo general se rozan con problemas mayores como la baja autoestima e inclusive la depresión. Para estipular su correlación primero se hablará sobre las conductas desadaptativas; las cuales se presentan cuando el alumno se debe adaptar a normas, reglas, cierto grado de disciplina, tareas nuevas, que el adolescente temprano no puede afrontar; uno de los factores que contribuye a la manifestación de estas actuaciones es la presencia de un desajuste dentro del ámbito familiar, escolar y social, en razón de que en estos espacios los adolescentes tempranos no reciben los estímulos adecuados para desarrollar sus habilidades y fortalezas que le facilitarán en el futuro adaptarse a los cambios.

De acuerdo a trabajos realizados, las conductas desadaptativas son muy frecuentes, en Chile se efectuó un estudio, donde se evaluaron las conductas desadaptativas en una muestra de niños de escuelas municipales del occidente de Santiago, mediante cuestionarios dirigidos a profesores y padres de familia donde se determinó que el 45.7% de los niños presentaron un perfil de riesgo (Greve Silva, 2006, Pág., 41 – 42).

Por otro lado, en otra publicación realizada en el mismo país, en base a dos cohortes en niños de primero y sexto de básica tanto en grupos totales como grupos de seguimiento, los

profesores registraron una prevalencia de 3 a 4 veces más alta de problemas conductuales en ambos grupos, en cuanto a los resultados arrojados por los padres se tiene que un 36.4 % de los niños presentaron problemas de conducta. (Barra, Toledo & Rodríguez, 2002)

En Ecuador se elaboró un estudio, el cual fue ejecutado en la provincia de Azuay donde se examinaron a 137 niños durante el año lectivo 2008-2009, basados en instrumentos como son la observación y las entrevistas familiares, señalando que un 56% presenta problemas de conducta (Barros Pontón, 2010, Pág.116).

Estas conductas se entrelazan con la baja autoestima, la cual hace referencia a un sentimiento valorativo negativo, que ocasiona que se presenten sentimientos de desvalorización, desmotivación, desestimación, falta de aceptación de la propia persona. También se puede connotar con la depresión la cual consiste en un cambio del estado de ánimo, siendo la característica principal un sentimiento de tristeza, el cual se acompaña de otros síntomas como la falta de interés en las actividades diarias, pérdida de apetito, sueño, etc., causando un malestar significativo en el individuo.

Barra, Toledo & Rodríguez (2002), señalan que de acuerdo a un estudio ejecutado en Chile dirigido a maestros y padres de familia, tanto en grupos de control y de seguimiento, se obtuvieron resultados por parte de los padres en los cuales un 36.4% de los niños con problemas conductuales tuvieron un porcentaje mayor de baja autoestima, de igual manera los niños considerados como problemas de conducta por los maestros tenía una proporción mayor de baja autoestima representada por el 50%.

En el presente trabajo investigativo se evaluaron a los adolescentes tempranos de sexto y séptimo año de Educación Básica de la Escuela “Francia” del cantón Quilanga, para estipular la

existencia de conductas desadaptativas y cómo estas se acoplan con la baja autoestima y depresión, para ello se utilizaron reactivos como son el cuestionario de **observación del comportamiento en la sala de clases TOCA-R**, que permitió establecer la presencia de conductas desadaptativas.

Para comprobar la presencia de la baja autoestima en los adolescentes tempranos con conductas desadaptativas se empleó el **cuestionario de autoestima de Lucy Reidl**, y para identificar la realidad de la depresión en los alumnos se utilizó el **cuestionario de depresión infantil**, lo que permitió cumplir con los objetivos planteados.

## IV. REVISIÓN DE LITERATURA.

### Capítulo I.

#### 1. Conducta desadaptativa.

##### 1.1. Definición.

Las conductas desadaptativas en la infancia son entendidas como “la falta de adaptación de los niños a sus tareas tempranas y por las cuales se les evalúa, a nivel del ambiente familiar y escolar.” (Greve Silva, 2006, Pág. 37).

Las conductas desadaptativas de los niños se relacionan estrechamente con aspectos cotidianos como son los amigos, familia, juego, escuela y estado de ánimo general, dentro de las conductas desadaptativas más concurrentes en el ambiente escolar tenemos las relacionadas con la agresividad, impulsividad, timidez, inmadurez emocional e insuficientes condiciones de aprendizaje.

Niños con conductas agresivas dañan físicamente a otros niños, son poco cuidadosos con los objetos personales, no obedecen reglas, son desafiantes, reaccionan negativamente frente a críticas y al fracaso. La timidez en los niños se vincula con problemas en sus relaciones interpersonales, mostrándose poco amistoso y con dificultades para socializar, los infantes con inmadurez emocional, tienen dificultad para funcionar autónomamente, exigen una demanda de atención y colaboración por sus padres y profesores.

##### 1.2. Factores de riesgo.

**1.2.1. Individuales.** “Dentro de los factores individuales tenemos, disminución de las destrezas en el manejo de conflictos, ataques de ira, pobres habilidades sociales, experiencias de humillación o rechazo, patrón de amenazas/maltrato a otros, víctimas de abuso o negligencia (físico, emocional, sexual), relaciones pobres, aislamiento y dificultades de

aprendizaje.”(Vicente, 2006). Así como también “baja autoestima, inseguridad, impulsividad, múltiples cambios vitales estresantes (separación de padres, cambios de ciudad, de residencia, pérdida de amigo), poca tolerancia a la frustración, pensamiento precoz errático y confuso, alto retraimiento, timidez, aislamiento social, introversión.” (Garaigordobil & Maganto, 2013, Pág. 39)

**1.2.2. Grupo de iguales.** Se incluyen factores como conductas agresivas en clase, rechazo de los iguales, asociación con personas problemáticas, destrucción de la propiedad y vandalismo, respuestas ineficaces del profesorado y un clima de clases inadecuado.

**1.2.3. Familiares.** En cuanto a los factores de índole familiar encontramos un bajo nivel económico, actividades inadaptadas de los padres, un estilo educativo ineficaz, baja supervisión o control, conflictos familiares, bajo apoyo emocional y una disciplina inconsistente. “También se encuentran factores como padres con problemas psicopatológicos, violencia intrafamiliar entre padres, de padres a hijos, pseudoabandono infantil por estrés laboral, familias con problemas de drogodependencias, desinterés por el aprendizaje de sus hijos y falta de motivación por el rendimiento académico.” (Garaigordobil & Maganto, 2013, Pág. 39).

### **1.3. Conductas desadaptativas comunes dentro del aula.**

Dentro de estas se tiene:

**1.3.1. Conductas relacionadas con la aceptación de la autoridad (AA).** Los niños refieren conductas agresivas, desafiantes, irritables, como son las agresiones físicas habituales en algunos alumnos, este comportamiento no surge de la nada, siempre existen antecedentes, “el hecho de causar daño intencionalmente a una persona u objeto ya sea animado o inanimado tanto físico como psicológico.” (Sepúlveda, 2013, Pág. 21).



“Una conducta violenta aprendida se relaciona con la que exhibe un alumno con la intención de convertirse en el líder del grupo, con una finalidad no constructiva, más bien orientada a sentirse bien él o ella.”(Cardoze, 2006, Pág. 17).

De igual manera el alumnos desafiante es aquel que reiteradamente se niega a colaborar, seguir instrucciones, constantemente pone a prueba la paciencia de los docentes o director. Su rebeldía se fundamenta en el rechazo, obedeciendo más a una actitud irresponsable y negativa. La actitud desafiante está asociada muchas veces a la conducta agresiva, dentro de los antecedentes a esta clase de actitud tenemos: crianza con exceso de permisividad o consentimiento, estudiantes a los que hay que llamar constantemente la atención por sus conductas.

**1.3.2. Conductas relacionadas con el contacto social (CS).** Hacen referencia a la integración con la sociedad, que se ve afectada por comportamientos tímidos.

La timidez es normal en los niños, pero esta se convierte en un problema cuando interfiere en el establecimiento de una amistad con su grupo de iguales, en situaciones sociales, en la escuela. Maldonado (citado por Machado & Legón, Caracas, 2006), define a la timidez como el temor o aislamiento de otra persona o eventos sociales la cual puede tener diferentes causas, dependiendo de cada niño y cada circunstancia. “Cualquiera que sea la causa de la timidez, es una conducta que los padres no deben ignorar ya que puede ser muy dolorosa para él, se puede presentar emociones negativas que afectara diferentes aspectos de la vida de los infantes e inclusive pueden permanecer hasta la madurez”. (Machado & Legón, Caracas, 2006)

**1.3.3. Conductas relacionadas con los logros cognitivos (LG).** Se relaciona con la motivación y eficiencia que presentan los niños al momento de ejecutar una tarea, al no desarrollar estas habilidades se presentaran comportamiento que afectaran el desenvolviendo del alumnos como la

desmotivación, falta de interés en la tareas, despreocupación, lo cual origina que el estudiante se muestra reacio a los trabajo o tareas académicas, provocándole ansiedad o aburrimiento.

“Esto dependerá del equilibrio que exista entre su autoeficiencia, sus expectativas de resultados, interés personal, el valor asignado a la tarea y las reacciones emocionales que provoca abordar la tarea”. (Núñez, España, 2009).

**1.3.4. Conductas relacionadas con la madurez emocional (ME).** La inteligencia emocional como parte de las capacidades que componen la inteligencia social permite mantener relaciones sociales adaptativas.

La inteligencia emocional se la desarrolla dentro del hogar, escuela, sociedad en base a la interacción que se desarrolla dentro de estos espacios, pero cuando esta no es cultivada adecuadamente el infante no desarrolla habilidades como la confianza, curiosidad, autocontrol, capacidad de comunicarse, cooperatividad, lo cual puede desencadenar el problemas futuros debido a que no podrá afrontar las circunstancias que se le presenten (Molina, Puerto Rico, 2009).

**1.3.5. Conductas relacionadas con la atención y concentración (AC).** Estas conductas están vinculadas con la atención y concentración del niño, cuando se presenta esta falencia ocasiona serios problemas en el desenvolvimiento académico e inclusive en la vida cotidiana, como por ejemplo el niño “no termina las tareas, comete muchos errores, parece no escuchar cuando se le habla, tiene dificultad para organizar sus materiales, pierde constantemente las cosas, se distrae fácilmente, no puede responder a conversaciones debido a que no puede concentrarse, permanece inquieto, torpeza en la ejecución de actividades” (Caiza Sánchez, Ecuador, 2012).

**1.3.6. Conductas relacionadas con el nivel de actividad (NA).** El niño hiperactivo es aquel que exhibe un grado de inquietud motora mayor de la que se espera para su edad física y mental, por lo general carece de la capacidad de mantener la atención hacia un estímulo, lección o tarea. Otro rasgo común es la falta de control de sus impulsos, la hiperactividad es en muchos casos una característica de la forma de ser de la persona condicionada por su dotación genética, en otros casos puede estar relacionada con alteraciones de la fisiología del cerebro ocasionando problemas durante la gestación, el parto o en los primeros años de vida.

“Síntomas de hiperactividad:

- Distracción y escasa concentración.
- No acaba las tareas.
- Demorar mucho con las tareas o el estudio.
- Olvida donde están los útiles escolares.
- No sigue instrucciones.
- Atiende a estímulos insignificantes en menoscabo de los importantes.
- Habla demasiado.
- No puede esperar.
- Interrumpe frecuentemente.
- Atropellamiento en todo lo que hace.
- Juegos bruscos y violentos.
- Manipulación descuidada de los objetos y destrucción de los mismos.
- Poca o ninguna tolerancia a la frustración
- Propensión a las rabietas y a la agresión.” (Cardoze, 2006, Pág. 16)

#### ***1.4. El componente estructural de las conductas desadaptativas.***

Estas conductas son síntomas de problemas mayores, expresión de otras disfunciones educativas importantes que es preciso detectar, estos comportamientos no se pueden entender sin analizar otras dimensiones. Al utilizar solo la disciplina para corregir estas actuaciones es dar soluciones inefectivas, ya que solo se interviene en los síntomas más no en las causas lo que ocasiona que se mantengan las conductas desadaptadas e incluso que se agraven.

La dimensión estructural hace referencia a las contradicciones en la estructura escolar y señala una diferencia entre objetivos buscados y los objetivos realmente logrados, los centros educativos siguen manteniendo estructuras organizativas ambiguas que dificultan notablemente la atención como respuesta a las necesidades de los alumnos.

Los profesores siguen organizando los equipos de trabajo que es donde se presentan estas conductas, no existen acuerdos previos y pautas aceptadas por los maestros para impartir clases con estos alumnos, están regidos por reglamentos de disciplina rígidos, pensados en sancionar y apartar a los alumnos que presentan estas alteraciones, sin incluir en ningún momento procedimientos de recuperación e integración a estos alumnos. (Uruñuela, 2012, Pág.6)

#### ***1.5. La escuela como espacio de prevención de las conductas desadaptativas.***

Trianes (citado por García, 2004) manifiesta que en la actualidad muchas horas se permanecen en las instituciones educativas con sus iguales y profesores, desafortunadamente cada vez son más los casos de conductas desadaptativas que se presentan en dichos espacios. Es un fenómeno que impide el normal desarrollo de la enseñanza y degeneran las relaciones interpersonales en la convivencia de profesores, alumnos y de estos entre sí. El docente tiene la

posibilidad de observar una gran variedad de conductas en diferentes situaciones (académicas, interpersonales y recreativas), lo que lo ubica en una situación privilegiada para detectar signos de alerta ante conductas de riesgo.

Otero & López (citado por García, 2004) refiere que la actitud del maestro ante cualquier indicio de conducta problema será de vital importancia ya que serán las bases para una posterior intervención, debe ser un trabajador de grupo donde se informaran los efectos de los distintos componentes del ambiente escolar sobre la conducta social de los alumnos y del grupo de clase.

La escuela es considerada como una de los ámbitos más idóneos para llevar a cabo una labor preventiva ya que conlleva una serie de ventajas como es el acceso a un gran número de alumnos, posibilidad de actuaciones preventivas de bajo costo, la oportunidad de implementar diseños preventivos de carácter longitudinal, de un modo u otro en la vida de los infantes como son los padres, comunidad, amigos y medios de comunicación.

“Se considera que para prevenir y tratar estas conductas entre los escolares es necesario; que los docentes de la escuela y en cierta medida las familias tengan conciencia de la magnitud de los problemas; que los adultos decidan implicarse con cierta seriedad para cambiar la situación, todo ello redundando en conseguir mejores relaciones entre compañeros y crear las condiciones adecuadas que posibiliten desenvolverse y funcionar de mejor manera dentro y fuera de la institución educativa”(García, 2004, Pág. 124)

## ***1.6. Tratamiento de las conductas desadaptativas.***

### ***1.6.1. Análisis de la demanda.***

“Una vez recibida la demanda de intervención se realiza un análisis para llegar a una hipótesis del caso, es necesario tener conocimiento mediante una entrevista con los implicados

en determinado caso, para concretar la demanda, valorar la gravedad del caso, el grado de las conductas problema identificando los contextos implicados, la historia escolar y personal del niño” (Romera et al., 2011, Pag.64).

Es necesario que en esta primera valoración participen todos los implicados en el contexto escolar y familiar para obtener mayor información, también es importante su participación en la toma de decisiones, por último es significativo llegar a acuerdos en cuanto a las distintas actuaciones planteadas, los espacios de intervención, concretar aspectos como el tiempo y responsabilidades.

**1.6.1.1. Evaluación del contexto escolar.** En la valoración del contexto escolar hay que tomar en cuenta la información de los diferentes profesionales implicados así como el funcionamiento y organización del centro escolar. “Con el fin de obtener mayor y mejor información se propone una entrevista semiestructurada, la información más relevante a obtener será la descripción precisa de las conductas manifiestas por el alumno, sus antecedentes y consecuencias, las expectativas hacia el niño, reacciones de los compañeros y maestros ante dichas conductas y aspectos positivos del alumno” ( Romera et al., 2011,Pág.65).

La información recogida de los maestros se valorara de forma individual, para evitar el contagio con respecto a la percepción del alumno en cuestión, en cuanto al centro educativo sus características y dinámicas son igualmente importantes para plantear una intervención.

**1.6.1.2. Evaluación del alumno.** Se realizara una valoración de forma individual, donde se analiza cuáles son las características básicas de su patrón conductual a través de la descripción topográfica y un análisis funcional del mismo: “que conductas problemas son las más frecuentes, los posibles desencadenantes y cuáles son las consecuencias inmediatas. Además

se realiza una evaluación completa de su historial personal, sus capacidades cognitivas: perfil de aptitudes y desarrollo cognitivo, capacidades atencionales, grado de impulsividad/reflexividad, creatividad, estilo de pensamiento, autoestima, por último se valora las capacidades emocionales y habilidades sociales, es de vital relevancia las características de las interacciones del alumno con sus iguales y con los adultos, el estilo comunicativo, el grado de ajuste y competencia social” ( Romera et al., 2011, Pág. 66)

**1.6.1.3. Evaluación del contexto socio-familiar.** El contexto familiar es de gran importancia por ser el primer contexto de socialización, en la familia es donde se realizan los primeros aprendizajes sobre relaciones sociales y se adquieren los valores que continuaran desarrollándose. “La familia es un subsistema dentro de otros sistemas sociales más amplios: barrio, localidad, por lo tanto resulta esencial coordinarse con otros servicios de su entorno próximo para poder obtener recursos con los que se cuente, se analizara y valorara todas las características familiares: su estructura y composición, su historial previa sobre diferentes aspectos, su estilo de crianza ya sea sobreprotector, autoritaria, permisivo, asertivo” (Fernández, 2009).

“La evaluación nos permite descubrir los factores causantes de los problemas de conducta y explicar este fenómeno, la identificación de las características del procesamiento central y factores de continuidad del malestar de las personas en los diferentes niveles bio-psico-social de desarrollo cuando se somete a circunstancias específicas” (García, Ruiz & Carulla, 2010, Pág. 37).

Una vez valorado los diferentes contextos se procede a la intervención para ello debemos tener claro que si “la conducta de un niño se enmarca en una variante de normalidad o bien se debe considerar como patología tomando en cuenta los parámetros de persistencia, frecuencia e

intensidad, las malas conductas forman parte de la conducta normal de los niños sin patología, en estos casos el abordaje consiste simplemente en una intervención educativa determinado por el estilo educativo de las familias”(Rigau, García & Palladares, 2006,Pág. 84).

Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que puede suscitarlas y mantenerlas. Las terapias conductuales establecen una relación estrecha entre diagnóstico, evaluación y tratamiento; siendo los dos elementos primeros la base sobre la cual se lleva a cabo el tratamiento.

**1.6.2. Estrategias terapéuticas.** Los terapeutas conductuales se valen de toda una serie de principios de aprendizaje y de otras estrategias.

- *Principios de reforzamiento positivo:* el reforzamiento aplicado contingentemente a un comportamiento determinado, aumenta la probabilidad de que se repita el comportamiento.
- *Principio de reforzamiento negativo:* se define como aquel estímulo que elimina la probabilidad de que se repita la conducta.
- *Moldeamiento:* consiste en la aplicación de manera selectiva y planificada del principio del reforzamiento positivo, esto comienza estimulando aquellas conductas deseadas, hasta que solamente se refuerce la presencia de la conducta ansiada.
- *Economía de fichas:* se aplica los principios del reforzamiento positivo y del moldeamiento, el sujeto recibe reforzadores como fichas, puntos, estampillas, etc., que después pueden cambiar por los estímulos.



- *Control de estímulos*: cuando se presenta determinado estímulo, seguido de la presencia de determinado comportamiento, decimos entonces que ese comportamiento está bajo el control del estímulo.
- *Técnicas aversivas*: estímulos de carácter negativo que son aplicados ante determinados comportamientos, se diferencia del castigo en que el sujeto puede evitar o escapar de la situación aversiva, si evita determinados comportamientos.
- *Autocontrol*: el sujeto se aplica sus propios reforzamientos y castigos para controlar sus comportamientos.
- *Desensibilización sistemática*: la determinación de sus metas u objetivos, ocupa un lugar de importancia central en la terapia conductual.

La meta u objetivo general es el de crear nuevas condiciones para el aprendizaje, una vez que se ha realizado el análisis funcional de los comportamientos problemas, se realiza la selección de las metas u objetivos terapéuticos y se detalla el plan.

(Castillo, Ledo & Ramos, 2012, Pág. 32)

**1.6.3. Técnicas de relajación.** Se pueden aplicar cuatro procedimientos de relajación a niños: la relajación muscular progresiva, respiración con meditación, técnica autógena (repetición silenciosa de ordenes o afirmaciones), y técnicas basadas en la imaginación.

La elección de la técnica está determinada por las características de los niños, las técnicas de imaginación puede ser particularmente adecuadas debido al interés de la mayoría de los niños porque despiertan fantasías.

**1.6.4. Asesoramiento e intervención con familias.** La intervención con las familias se centran en diferentes aspectos importantes como son:

Promover la prevención de los trastornos de conducta, asesoramiento directo con las familias que se puede realizar de diferentes maneras como es por medio de entrevistas individuales, sesiones generales convocando a todos los padres.

En las intervenciones el objetivo es facilitar un espacio de reflexión entre todos los implicados en la educación de un niño, una oportunidad para intercambiar los puntos de vista y escucharse unos a otros, legitimar el funcionamiento familiar, para que la familia pueda actuar de la mejor manera, reconocer las capacidades del sistema familiar, asegurar los mecanismos de inclusión de todos los miembros evitando cualquier exclusión, tomar en cuenta en todo momento la importancia del contexto en los comportamientos, trabajar principalmente en cada momento que es importante y preocupante para la familia.(Romera et al., 2011, Pág.86).

## **Capítulo II**

### **2. Autoestima.**

#### ***2.1. Definición.***

“El autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de características corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad“(Acosta & Hernández, 2004).

Esta se relaciona con el desarrollo integral de la personalidad en los niveles: ideológico, psicológico, social y económico. Es inherente a todos los humanos, es el resultado de lo social que se desarrolla de la interrelación del hombre y el mundo, dentro del proceso de la actividad y experiencia social.

A la autoestima también se la define como el conocimiento de sí mismo, en función de velar por uno mismo, defenderse, valorarse, estimarse y observarse. “Es el valor individual que cada uno tiene de sí mismo, respetándose, aceptándose, valorándose y creer en uno mismo; es nuestra forma de pensar, sentir y actuar, siendo un sentimiento muy profundo de cada ser, aceptándose incondicionalmente a su persona, sin juicio destructivo” (Vallejo, Vidal & Barros, 2006, Pág. 4). La autoestima está relacionada con muchas formas de comportamientos, las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresivas, de la misma manera que pueden manejar adecuadamente el estrés, experimentando menos problemas de salud.

## **2.2. Factores de formación de la autoestima.**

Durante los primeros cinco años de vida la autoestima se forma dentro de la familia, al empezar la vida escolar intervienen varios factores, pero la familia es el grupo más importante para cimentar los valores. El individuo logra un desarrollo psicológico saludable, al tener una sólida autoestima. Los precursores de la autoestima son aquellas condiciones o factores que facilitan la construcción de la autoestima.

**2.2.1. La inteligencia.** Es la capacidad para conseguir y acumular experiencia, la aptitud para organizar y aplicar a la realidad las experiencias pasadas a situaciones nuevas, lo que facilita que la persona se adapte de manera adecuada y útil para la sociedad.

**2.2.2. La familia.** La autoestima se construye desde el ambiente familiar, cuando existe violencia intrafamiliar, las víctimas y victimarios tienden a poseer baja autoestima, debido a que todo padre está ubicado en una posición especial de la cual traspasa a sus hijos sus conceptos y enfoques de vida por erróneos que estos sean.

“Los niños establecen criterios según la información que reciben, y una vez establecidos los criterios durante su etapa de formación intelectual y moral, es muy difícil llegar a cambiarlos, la familia es el punto de partida para la creación de la autoestima” (Nuño Cazares, 2033, Pág. 44). De igual manera están entrelazadas la autoestima con la comunicación porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, por tal motivo los padres que dañan el autoestima del niños no lo hacen intencionalmente, pues la comunicación incluye además de las palabras, los silencios, posturas, gestos, actitudes, expresiones, tono de voz, y miradas significativas.

**2.2.3. La sociedad.** Es muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura la familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y contribuyen a la formación de la personalidad de los niños.

Las personas que tienen una baja autoestima, tienden a adoptar roles sociales sometidos, evitan situaciones que requieran asumir responsabilidad, “en la sociedad actual el nivel de autoestima de las personas está condicionado a la actividad que desempeña para ganarse la vida, por las posiciones de poder social, por el éxito o fracaso profesional, parámetros de belleza, moda, razones étnicas y religiosas.” (Nuño Cazares, 2003, Pág. 41).

**2.2.4. La escuela.** De acuerdo al enfoque sistémico, se considera que los aspectos intrapsíquicos de las personas como la autoestima tienen que ver con los elementos que forman parte del sistema relacional en el que está inmerso el niño, la escuela sobre todo en los primeros años es el lugar donde pasa muchas horas, la escuela como sub-sistema abierto ya que comparte funciones con el familiar y social los cuales deben trabajar en armonía.

En la escuela los niños tienen las mismas necesidades básicas de expresión de afecto y seguridad, del derecho de ser una persona de valor y de tener oportunidades de triunfar. Es importante tener en cuenta que el niño está incluido en tres sistemas diferenciados: la escuela, la familia y la sociedad, de los cuales elabora su conocimiento y evolución personal a partir de atribuir un significado a las situaciones que vive y aprende, en este proceso es muy importante su capacidad de autonomía, reflexión e interacción constante con otros sujetos de su comunidad. La opinión que el infante tenga de sí mismo en relación con otras personas se acentúa en la escuela, porque es el contexto donde puede compararse con muchos otros niños de su edad.

### ***2.3. Elementos que conforman la autoestima.***

Los conceptos de autoimagen, autovaloración y autoconfianza son claves para entender el proceso de la autoestima, ya que son los componentes que conllevan a la estimación propia.

**2.3.1. Autoimagen.** “La autoimagen es el retrato que las personas tienen de sí mismas, siendo esta visión indiscutible, es una imagen real del individuo, esta capacidad de verse a sí mismo no mejor ni peor de lo que en realidad es, considera un proceso de toma de conciencia de los deseos, sentimientos, debilidades, virtudes para obtener una autoimagen realista.

Una de las principales causas de una autoestima inadecuada es la falta de claridad en el conocimiento de su persona, lo que generan sentimientos de superioridad o inferioridad, además de la ignorancia acerca de los defectos y virtudes que se posee” (Álvarez, Sandoval & Velásquez, 2007, Pág. 10). Se puede decir que está formada por varios niveles como son el cognitivo – intelectual que constituyen la ideas, opiniones y creencias y procesamiento de la información exterior, lo emocional hace referencia a las cualidades personales, implicando sentimientos de lo agradable y desagradable sobre nuestra persona y por ultimo lo conductual que constituyen las decisiones de actuar, llevar a cabo un comportamiento.

**2.3.2. Autovaloración.** “La autovaloración es apreciarse como persona importante para sí y para los demás, cuando una persona tiene una buena autoimagen es porque valora positivamente lo que ve y tiene seguridad de su competitividad. Por lo contrario, cuando la persona tienen una autoimagen dañada se debe a la autoevaluación negativa que posee de su persona, lo que afecta a la capacidad de quererse y conocer sus virtudes” (Álvarez et al., 2007, Pág. 11).

**2.3.3. Autoconfianza.** Consiste en considerarse capaz de realizar diferentes cosas de manera correcta, esta convicción interna permite al individuo sentirse tranquilo al momento de enfrentar

retos y provoca cierta independencia frente a la presión que pueda ejercer un grupo, la persona que no confía en sí mismo es insegura y conformista, y la incapacidad para realizar tareas nuevas.

Ochoa (citado por Álvarez, 2013) percibe la autoconfianza como creer en sí mismo y en las propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que motiva a las personas a buscar oportunidades que les permita demostrar sus áreas de competencia.

**2.3.4. Autorespeto.** Respetarse a sí mismo, es un trabajo indispensable para vivir en armonía con uno mismo y con los demás, constantemente nos quejamos que otros nos faltan el respeto sin entender que es más frecuente que uno mismo se falte el respeto de manera inconsciente. El respeto a si mismo se manifiesta a través de diferentes formas:

- Atender y satisfacer las propias necesidades.
- Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culpase.
- Buscar y valorar todo aquello que lo haga sentirse orgulloso de sí mismo.

Las falta de respeto comienza con uno mismo, por eso es importante analizar detenidamente como y porque se lo permite y no tanto porque los demás lo hacen, sin duda, de la misma manera que las relaciones humanas profundas se establecen sobre bases de respeto, también la autoestima se fortalece cuando aprendemos a respetarnos a nosotros mismos.

#### **2.4. Tipos de autoestima.**

Los distintos tipos de autoestima que existen en el mundo de la investigación y la psicología, han sido la autoestima positiva o alta y la autoestima negativa o baja.

**2.4.1. Autoestima positiva o alta.** Otorga una serie de “ingredientes favorables para el desarrollo de nuestra salud y nivel de vida, dando lugar a la formación de una personalidad consolidada, una autoestima elevada otorga una impresión de bienestar y confianza interior dando como resultado una conducta positiva” (Alvares, 2013, Pág. 17), estos sujetos se respetan a sí mismos valorándose, aceptando sus fortalezas y debilidades y se caracterizan por ser competentes.

Robles (citado por Álvarez, 2013) refiere que estos sujetos tienen la capacidad de estimarse positivamente, se sienten capaces de resolver los problemas cotidianos sin sentirse limitados por las dificultades que se les presentan. Se considera que al poseer una autoestima adecuada los individuos sabrán escuchar y ser optimistas, teniendo una forma de pensar positivo, disfrutando de relaciones interpersonales fructíferas, serán creativos y estarán seguros de sí mismos, son más cooperadores, actuarán de manera responsable comportándose adecuadamente, presentarán mayor rendimiento escolar, confiarán en sus decisiones y afrontará los retos.

**2.4.2. Autoestima negativa o baja.** Simmons (citado por Álvarez, 2013), hace referencia a que los individuos que poseen una autoestima negativa tienen la tendencia de rechazarse a sí mismos, menospreciándose e infravalorándose con una serie de pensamientos negativos hacia su persona, suelen tener falta de confianza, mostrándose indecisos, miedosos a equivocarse y expresar sus ideas.

“Se consideran personas pasivas, sin decisión para tomar una iniciativa ante la ejecución de algún proyecto, temen hablar en público, se aíslan y sus relaciones interpersonales son negativas, la particularidad de que dichos individuos carezcan de un alto grado de confianza consiguen ocultar sus pensamientos, además son incapaces de amar y expresar sus sentimientos llegando incluso a depender de otras personas para su desarrollo en la sociedad actual. Las personas con



baja autoestima se caracterizan por actuar de manera agresiva y deprimirse, ostentan un bajo rendimiento escolar venciendo fácilmente ante los obstáculos” (Álvarez, 2013, Pág.18).

### ***2.5. Importancia de la autoestima.***

La autoestima y el autoconcepto juegan un papel importante dentro de la vida del sujeto, el tener un autoconcepto y autoestima positivo es muy importante para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco referencial desde donde se interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y motivación, contribuye a la salud y al equilibrio psíquico.

La autoestima es la suma de la confianza y respeto por uno mismo, el reflejo del juicio que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (comprender y superar problemas), y su derecho de ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades), sentirse apto, capaz y valioso. “De ahí la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta, en todas las épocas de la vida es importante la autoestima pero de manera especial en la época formativa de la infancia y adolescencia, en el hogar y la escuela, una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación recibida por los padres y educadores y los múltiples mensajes enviados por ambos y que ejercen un efecto en los jóvenes” (Steiner, 2005, Pág. 19).

### ***2.6. Relación entre autoconcepto y autoestima.***

“El autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas se realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de su vida” (Rice, 2000), hace referencia a la identidad auto-hipotetizada de la persona, desde la evidencia se plantea hipótesis sobre sí

mismos, examinan sus sentimientos y opiniones mediante sus experiencias y relaciones, estableciendo comparaciones de su persona con otras personas. “Todas las personas tiene seis aspectos del yo: lo que realmente son, lo que piensan que son, lo que piensan de otras personas, lo que creen que piensan los demás sobre ella, lo que quiere llegar a ser y las expectativas que creen que otras personas tienen sobre ellas” (Naranjo, 2007, Pág.5).

El autoconcepto puede o no tener enfoques cercanos a la realidad, debido a que está en permanente cambio, un autoconcepto básico se refiere a la visión del adolescente sobre su personalidad, las percepciones que tienen acerca de sus habilidades, estatus y sus funciones en el mundo exterior, posteriormente está el autoconcepto temporal o transitorio estas ideas sobre si mismos están influidas por el estado de ánimo del momento, una experiencia reciente y por ultimo está el yo social que es la opinión que creen que otras personas tienen sobre ellas, que a su vez influye sobre su persona.

### ***2.7. Autoestima en la infancia.***

“La autoestima positiva cultivada desde la niñez es una eficaz purificación contra los devastadores efectos de la depresión, por lo contrario la autoestima deficiente es el precursor de la depresión.”(Lima, 2007, Pág. 53).

Las actividades recreativas ofrecen oportunidades excelentes para incrementar la competencia, tienen suficiente amplitud para que cada niño pueda experimentar sus habilidades individuales, se sienten bien al realizar algo creativo, atractivo y si los materiales son armoniosos, los trabajos de los niños serán satisfactorios ampliando sus sentimientos de autoestima, también merece la pena ofrecer oportunidades donde se ponen a prueba la habilidad del niño pero teniendo en cuenta los niveles de dificultad de las actividades de manera que les sirva para probar sus propias habilidades. Para desarrollar y aumentar el autoestima en la

infancia es necesario la retroalimentación a los niños por sus trabajos y actuación en la escuela por parte de sus maestros y como lo interpretan influye significativamente en el desarrollo de la autoestima.

“Una autoestima elevada y adecuada en nuestros niños, los prepara para una vida adulta más operativa y saludable.”(Lima, 2007, Pág. 53). Los profesores de la primera infancia que desean incrementar los sentimientos de autoestima en los niños que están a su cuidado tienen a su disposición muchas formas de conseguirlo, sin embargo deben de evitarse el uso de las competencias y competitividad, ser protectores y emitir juicios a otros niños en presencia de estos debido a que esto tiende a disminuir la autoestima. Para edificar la autoestima en los infantes incluyen la expresión de mirarlos positivamente e incondicionalmente, ofrecerles conocimientos y alabarlos cuando lo merecen y expresar verdadero respeto.

### ***6.8. Tratamiento de la autoestima.***

Una vez obtenida la información acerca de la autoestima en el niño, continuamos con el diagnóstico para ello nos basamos en:

#### ***6.8.1. Diagnóstico.*** Para realizar el diagnóstico debemos tener en cuenta:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con familiares.
- Elaboración de la historia clínica.
- Pruebas psicológicas proyectivas.

*La entrevista al paciente:* se toma nota de aspectos importantes de su vida, se preguntaran sus datos de filiación, si no recuerdan uno se tomara en cuenta para la entrevista con la

familia, además se indagara la existencia de alguna enfermedad, relaciones interpersonales, el ambiente familiar, escolar y social. En la realización de la entrevista tendremos que utilizar términos adecuados para el niño, un dialogo no muy serio, brindándole toda la confianza posible para lograr una buena transferencia, para un niño una entrevista de 50 minutos puede ser muy cansado por ello se puede reducir el tiempo, todo dependerá de la actitud del niño hacia el entrevistador

*La entrevista con los familiares:* Luego de entrevistar al niño se continuara con la familia, primero los padres luego los hermanos, en caso de ser necesario se entrevistara a parientes, profesores y compañeros del aula. En la entrevista con los familiares se ampliara la información, desde el nacimiento hasta la actualidad, se recogerá información acerca de las actitudes del niño en el hogar, con las figuras parentales y hermanos, se analizaran sus costumbres, pensamientos, sentimientos de acuerdo al punto de vista de los padres, además se puede observar si existen problemas dentro de la pareja que puede influir en el comportamiento del niño. La entrevista con los profesores nos ayudara a saber la relación que tienen el alumno con los distintos profesores y compañeros, su comportamiento en clase, actitudes negativas y positivas, su participación en el salón, realización de trabajos, al dialogar con los compañeros de clase nos brindan información acerca del comportamiento, si es agresivo, callado, inquieto (Vascones, 2010, Pág 24).

**6.8.2. Pruebas psicológicas.** Además de la entrevista es necesario recurrir a pruebas psicológicas, estos instrumentos nos permite interpretar de acuerdo a la situación en la que se encuentra el niño, para realizar una interpretación adecuada es necesario tener conocimiento del manejo e interpretación de los instrumentos que se utilizaran, así como también las teorías en las que se basan los mismos y para qué sirve cada instrumento.

Dentro de las pruebas psicológicas más empleadas tenemos:

- “*CAT*: Facilita la comprensión de la relación entre el niño y las figuras importantes que lo rodean, así como sus necesidades.
- *Dibujo de la familia*: permite explorar la afectividad infantil, observa las características generales del dibujo, valoración y desvalorización, componente jerárquicos.
- *HTP*: Se basa en el dibujo de una casa, árbol y persona que permite obtener información acerca de la manera en que el individuo experimenta su yo en relación a los demás y su ambiente familiar” (Vascones, 2010, Pág. 27).

Para alcanzar los propósitos de la psicoterapia, esta hace uso de todas las técnicas que se encuentran a su disposición, la elección de la técnica se adapta a las necesidades del cliente y a su estado de consciencia.

“El terapeuta debe tener conocimientos teóricos y prácticos sobre las técnicas psicoterapéuticas existentes y de esa manera contar con la posibilidad de hacer uso de ellas” (Steiner, 2005, Pág. 46).

“Branden propone seis pilares básicos para trabajar la autoestima:

1. Mejorar la conciencia de uno mismo.
2. Practicar la autoaceptación.
3. Ser autoresponsable.
4. Practicar la autoafirmación.
5. Vivir con determinación.
6. Practicar la integridad personal” (Branden, 2001)

## **Capitulo III.**

### **3. Depresión.**

#### ***3.1. Definición.***

La depresión se la considera “un problema común de la salud mental, afecta el estado de ánimo de las personas que se describe como un sentimiento de tristeza, se acompaña de una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, afecta los hábitos alimentarios, ciclos de sueño y autoestima” (Acosta et al.,2011,Pág. 2)

“La tristeza es el síntoma principal de la depresión pero debemos aprender a diferenciar la tristeza normal de la patológica, el ser humano tiende al gozo y a la tristeza la cual no es algo patológico, todos los seres humanos pasan por estados de tristeza en alguna ocasión, como al suspender un examen, enfadarnos con un amigo, perder a un ser querido pero esta tristeza es considerada como algo natural, se convierte en algo patológico cuando se opone a la razón, cuando deprime al hombre hasta dejarlo sin ganas de nada, alejándolo del bien” (Martin, 2013, Pág. 13), la depresión al igual que otra enfermedad se pone de manifiesto de diferentes formas, caracterizándose por variaciones en sus síntomas, severidad y persistencia de los mismos, su característica principal es una alteración del estado de ánimo.

La depresión no solo afecta a los adultos, actualmente existen varios casos de “niños que padecen depresión infantil el cual es un cuadro muy complejo y de reconocimiento relativamente

reciente como entidad clínica dentro de la psicología, la depresión infantil es una realidad que rara vez se presenta igual que en los adultos, esta se muestra de manera más heterogénea, lo cual implica un obstáculo para su tratamiento, se manifiesta con múltiples síntomas a los que se añaden los siguientes:

- a) Características propias de los niños, quienes por estar en proceso de desarrollo presentan a menudo dificultades para identificar y verbalizar emociones.
- b) Las diferentes expresiones sintomatológicas según sus edades.
- c) Las características propias e individuales del niño.
- d) La posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas” (Loubat, Aburto & Vega, 2008).

En los niños las consecuencias inmediatas hacen referencia a manifestaciones anímicas, conductuales y fisiológicas, teniendo repercusiones en las áreas escolares y socio-afectivas, dependiendo de la edad del niño pueden haber intentos de suicidio, accidentes por la tendencia a correr riesgos, fracaso escolar, aislamiento social.

### ***3.2. Etiología y factores de riesgo de la depresión.***

Los factores implicados en la etiología son:

***3.2.1. Factores genéticos.*** Una historia familiar con antecedentes depresivos representa alrededor del 39% de la varianza de la depresión en ambos sexos

***3.2.2. Factores endocrinológicos.*** Algunas enfermedades endocrinológicas aumentan el riesgo de depresión, como “la diabetes, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison e hiperprolactinemia” (García, Nogueras, Muñoz & Morales, 2011, Pág.17).

**3.2.3. Factores neurofisiológicos.** Los avances en neuroimagen han reforzado la idea de la depresión como trastorno de la estructura y función cerebral.

**3.2.4. Factores psicológicos.** Los rasgos de personalidad como, neuroticismo, también aumenta el riesgo de depresión al enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes.

**3.2.5. Factores socio-familiares.** “Experiencias en la primeras etapas de la vida como una mala relación padres-hijos, conflicto en el matrimonio y divorcio, abandono, maltrato infantil y abuso sexual aumenta la vulnerabilidad de una persona a desarrollar depresión posteriormente. Las circunstancias sociales que aumenta el riesgo de depresión incluye la pobreza, falta de vivienda y desempleo” (García et al., 2011, Pág.18).

### **3.3. Signos y síntomas de la depresión.**

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizada por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados.

**3.3.1. Síntomas emocionales.** Dentro de ellos tenemos pérdida interés y capacidad de disfrutar por las cosas de la vida cotidiana, sentimientos de culpa, inutilidad y falta de ilusión, motivación y baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismo.

**3.3.2. Síntomas físicos y conductuales.** Se encuentra el llanto, irritabilidad, aislamiento social, exacerbación de dolores preexistentes, aparición de otros como los secundarios a un aumento de tensión muscular, disminución de la libido, fatiga y disminución de la actividad, aunque también es frecuente la inquietud y ansiedad marcada.



Es característico que haya una disminución del sueño y del apetito, en ocasiones se producen pérdidas significativas de peso, cambios significativos en el apetito, dificultad para dormir o dormir demasiado.

**3.3.3. Síntomas cognitivos.** Se manifiesta la pérdida de concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo, del pasado y del futuro, enlentecimiento mental y pensamientos rumiativos, dificultad para concentrarse.

“Los pensamientos ocupan un lugar importante, se caracterizan por un contenido perjudicial, distorsiones cognitivas y la triada cognitiva que se refiere a pensamientos automáticos negativos acerca de si mismo, del mundo, y el futuro, también se produce un aumento de pensamientos automáticos negativos absolutos y generalizados, disminución de los pensamientos automáticos positivos” (Gómez, 2007).

Durante la infancia los síntomas se expresan de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, los síntomas asociados con la depresión que son más comunes en niños y adolescentes en relación a los adultos son: quejas de problemas físicos vagos (dolores de cabeza, dolores de estómago), ausencia frecuente a la escuela o insólito rendimiento escolar, negativa a asistir a la escuela, explosiones de gritos, irritabilidad sin explicación alguna, aburrimiento crónico o apatía, falta de interés en el juego, abuso de drogas y alcohol, retraimiento, aislamiento social y poca comunicación, demasiada sensibilidad hacia el rechazo o fracaso, rabietas inusuales, oposición o conductas de oposición, regresión (comportamientos infantiles, volver a mojarse en la cama o ensuciarse después de haber aprendido a hacer sus necesidades), pero la presencia de uno o algunos de estos signos y síntomas no necesariamente quiere decir que está deprimido, pero si varias de las características

mencionadas en todo el apartado están presentes podría ser causa de preocupación y sugerir una evaluación profesional. (Ralph, 2004, Pág. 37)

### ***3.4. Clasificación de la depresión según el cie 10.***

***3.4.1. Episodios depresivos (F32).*** Los episodios depresivos típicos se caracterizan por un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso con un esfuerzo mínimo.

- “Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
- Trastornos de sueño.
- Pérdida del apetito” (Salgado, CIE 10, Pág. 153).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas, la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia, en algunos casos, la ansiedad, malestar y agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico del episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

**3.4.2. Episodio depresivo leve (F32.0).** Pautas para el diagnóstico: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes, además dos del resto de los síntomas mencionados anteriormente, ninguno de estos síntomas deben estar presentes en un grado intenso.

Un enfermo con episodio depresivo leve tienen dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo.

**3.4.3. Episodio depresivo moderado (F32.1).** Pautas para el diagnóstico: deben presentarse dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodios depresivo leve, así como al menos tres o cuatro de los demás síntomas, es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales y domésticas.

**3.4.4. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).** Durante un episodio depresivo grave el enfermo presenta una considerable agitación o angustia o al menos que la inhibición sea más marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa y el riesgo de suicidio sean importantes. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos de los episodios depresivos leves y moderados y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, deben ser de intensidad grave. La agitación o inhibición psicomotriz pueden estar presentes, el enfermo puede estar o ser incapaz de describir muchos síntomas, los episodios depresivos deben durar normalmente dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede justificar su diagnóstico sin cumplirse la duración requerida.

**3.4.5. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).** Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas para el F32.2, y además estén presentes las ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo, las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas suelen ser voces difamatoria o acusaciones, las olfatorias corresponden a olores a podrido o carne en descomposición, la inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta llegar al estupor, las alucinaciones o ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

### **3.5. La depresión en función de la edad del individuo.**

Durante años se considera que el trastorno de la depresión, no era propio en niños; sin embargo se ha observado que incluso en los primeros meses de vida se puede presentar la depresión infantil. A partir del momento en que se acepta la depresión en la infancia, hay un marcado énfasis en la necesidad de adoptar una perspectiva evolutiva que permita discriminar algunas especificidades sintomáticas en diversos momentos del ciclo de la vida.

Las limitaciones cognitivas, afectivas y de lenguaje impiden al niño comprender la noción del futuro, anticipar las consecuencias de su conducta o incluso mantener el estado de ánimo más allá de un lapso de tiempo corto, no es fácil de enfrentar, ya que algunos adultos les parece

inconveniente que en la infancia se sientan acongojados, tristes, sin ánimos de vivir, ya que se considera que los niños como los más felices, y se piensa que no tienen responsabilidades, ni problemas graves, el fracaso escolar y la depresión están a menudo muy relacionados, el bajo rendimiento escolar puede ser la expresión de un desinterés por participar, rechazo escolar se refiere a una incapacidad o negativa bastante dramática por parte del niño a asistir a clases, aferrarse al hogar, ansiedad por la separación, preocupación por la muerte.

El niño y la familia describen frecuentemente el miedo al maestro, ansiedad por los rendimientos escolares y rechazo de sus compañeros. Diferentes estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión infantil, efectivamente la sintomatología es más frecuente en las niñas que en los niños sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años.

Desde bebés hasta la edad preescolar, la depresión infantil suele presentarse como llanto permanente, decaimiento, pasividad, disminución del peso corporal, mayor propensión a presentar procesos de tipo infecciosos, retraso en el desarrollo psicomotriz, inexpresividad en mirada y rostro, inmovilidad y rechazo al contacto. Los síntomas son casi exclusivamente psicósomáticos: enuresis, manipulación genital, miedos nocturnos, llanto y puede desarrollarse en tres fases de la conducta: 1. Una etapa de protesta que corresponde a una ansiedad de separación, 2. Un periodo de desesperación en caso de que la separación con la madre se fortalezca con expresiones de pena y duelo y 3. Un estado de separación en que se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, puede incluso que se apeguen desesperadamente a quienes los cuiden o dejen de comunicarse, la depresión en estos niños esta por lo general relacionada con la pérdida o cambio de la persona responsable de su cuidado.

En los preescolares se evidencia a menudo la falta de sonrisa, apatía hacia el juego, falta de implicación en cualquier actividad, se irritan o lloran con facilidad, agreden y pueden realizar actividades destructivas hacia objetos, personas y hacia ellos mismos, hay quejas físicas constantes como dolores de cabeza y abdominales u otras molestias gastrointestinales. También se observa disminución en la capacidad y expresividad verbal, adicionalmente puede presentarse rechazo a la escuela o síntomas de desagrado notorio hacia ella, dificultad para separarse de los padres y dificultad para adaptarse a un nuevo centro educativo. (Carrillo & Muñoz, 2010, Pág. 21)

### ***3.6. La depresión en las escuelas.***

Las escuelas pueden contribuir con la prevención, identificación y tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, los alumnos pasan mucho tiempo en las escuelas donde son constantemente observados y evaluados, y entran en contacto con muchos profesionales especializados. Las intervenciones efectivas deben incorporar la colaboración entre escuelas y comunidades para contrarrestar las condiciones que producen frustración, apatía y desesperación que experimentan los alumnos, la participación de las instituciones en diferentes programas de prevención pueden mejorar bastante los esfuerzos de las escuelas para organizar programas de intervención para la depresión, algunos pasos que se considera que las escuelas deben de seguir son:

Desarrollar en la escuela un ambiente afectuoso, de apoyo para niños, padres y maestros.

Asegurarse de que todos los niños y padres se sientan bienvenidos en las escuelas.

Prevenir toda forma de intimidación entre niños, como política de escuela que se aplique enérgicamente.

Establecer reglas claras, hacerlas públicas y ponerlas en práctica.

Desarrollar planes para lidiar con los medios de comunicación, los padres, maestros y estudiantes, posterior a periodos de violencia, desastres naturales.

Asegurarse de que un adulto se haga responsable en la escuela y tome interés especial por cada estudiante.

Poner énfasis y facilitar la colaboración entre maestros y padres de familia.

Capacitar a maestros y padres de familia para que sean capaces de reconocer factores de riesgo y señales de peligro de la depresión. (Ralph, 2004, PAG. 38)

### ***3.7. Tratamiento de la depresión.***

El modelo de psicoterapia más extensamente evaluado y utilizado es el cognitivo-conductual, aunque la terapia interpersonal también ha demostrado una eficacia superior.

“La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, en las diferentes conductas disfuncionales, pensamientos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva” (Cabezas & Estopeñan, 2012, Pág. 76).

Otra terapia utilizada como principal recurso es la terapia psicosocial cuando: a) el paciente y la familia la prefieren, b) el paciente presenta contraindicaciones para la medicación, c) cuando el paciente está sometido a factores vitales estresantes complejos y d) el paciente no ha respondido al tratamiento farmacológico.

La depresión influye en la manera de pensar de una persona, como se relaciona y ve el mundo. También se pueden desarrollar estrategias terapéuticas psicosociales para abordar de manera específica trastornos comórbidos o factores estresantes psicosociales. Los tratamientos psicosociales analizados hasta la fecha han demostrado su eficacia en la relación con condiciones de control o con intervenciones alternativas, es necesario considerar en algunos casos intervenciones sistémicas cuando la psicoterapia o el tratamiento farmacológico resultan insuficientes, hay que considerar la posibilidad de recurrir a servicios auxiliares educativos ( tutoría, educación especial), intervenciones recreativas (actividades deportivas, clubes, campeonatos) o servicios sociales (alojamiento, comida, formación profesional), que es probable que ayuden al paciente y la familia.

Se han utilizado diversas “estrategias psicosociales para trabajar la depresión, la edad de comienzo de la depresión, su gravedad, la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, la falta de apoyo, la psicopatología de los progenitores, el conflicto familiar, la exposición a acontecimientos vitales estresantes, así como la ansiedad comórbida y la distimia, predicen una mala respuesta y pueden persistir después del episodio depresivo” (Gabbard, 2010, Pág. 5).

**3.7.1. Terapia cognitivo – conductual (TCC).** Se basa en la premisa de que todos los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en su visión como persona, del mundo y del futuro que contribuyen a la depresión. Esta terapia enseña al paciente a identificar y contrarrestar estas distorsiones.

Los estudios clínicos sobre la TCC demuestran una elevada incidencia en recaída en el seguimiento lo que sugiere la necesidad de un tratamiento de continuidad, también demuestran una eficacia tanto a nivel individual como en grupo.



**3.7.2. Terapia interpersonal (TIP).** Esta terapia se centra en áreas problemáticas de duelo, roles interpersonales, disputas, transiciones de rol y dificultades personales, ha resultado útil el tratamiento agudo de adolescentes con trastornos depresivos mayores. Después de las TIP los índices de recaída pueden ser muy bajos, las terapias interpersonales se basan en el supuesto de que la depresión evoluciona en un contexto social, la respuesta al tratamiento y el desenlace de los episodios depresivos son influidos por las relaciones interpersonales con otras personas significativas. Los principales objetivos son disminuir los síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento interpersonal, potenciando las habilidades de comunicación en las relaciones interpersonales.

**3.7.3. Terapias basadas en la familia.** La necesidad de incluir a la familia en el tratamiento es sugerida por los estudios que demuestran la importancia de la actitud familiar y de los patrones de interacción en los pacientes deprimidos, la observación de que los episodios depresivos maternos y del hijo pueden tener una relación temporal sugiere la presencia de síntomas en un miembro de la díada progenitor – hijo potenciando los síntomas del otro, estos datos apoyan un modelo de interacción en el cual el estrés familiar aumenta el riesgo de depresión en los niños y otros miembros de la familia.

## **V. MATERIALES Y MÉTODOS.**

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación de campo en razón de que se desarrolló directamente en la escuela “Francia” del cantón Quilanga, manteniéndose un contacto directo con las fuentes de información.

Es de tipo cuantitativo - cualitativo, el cual admitió “examinar datos de manera numérica y describir las cualidades de un fenómeno” (Rudy Mendoza, Perú, 2006), lo que facilitó la representación y análisis de los datos obtenidos.

Se empleó el método deductivo – inductivo el cual “consiste en partir de premisas generales para desprender enunciados específicos; el método deductivo radica en crear enunciados a partir de la experiencia obtenida de un fenómeno y revisando repetidamente fenómenos comparables” (Lafuente & Ainhoa, Colombia; 2008), los cuales permitieron conocer la realidad de la problemática, así como también establecer las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

También se utilizó el método descriptivo el cual permite observar las características de un fenómeno en condiciones naturales, sin la intervención o manipulación del factor de estudio (García Salinero, 2004).

**UNIVERSO:** Encontramos todos los adolescentes tempranos que participaron en el proceso investigativo, dentro de los cuales tenemos 66 niños.

**MUESTRA:** Se encuentran todo los adolescentes tempranos que presentaron las conductas desadaptativas, dentro de los cuales tenemos 24 niños.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Todos los alumnos de primero a quinto año de educación básica de la escuela “Francia “del Cantón Quilanga.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Todos los alumnos de sexto y séptimo año de educación básica de la escuela “Francia” del Cantón Quilanga.

El proceso investigativo se realizó en dos fases:

**FASE 1:** Se realizó un tamizaje (aplicación de pruebas concretas, para estipular la existencia o no de un fenómeno), para el cual se utilizó el reactivo denominado **observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA-R**, el mismo que fue aplicado a los docentes responsables de los sextos y séptimos años de educación básica de la escuela “Francia”, con el objetivo de comprobar la existencia de conductas desadaptativas.

**FASE 2:** Una vez establecida la presencia de conductas desadaptativas, se procedió a conformar dos grupos, el primero lo constituyeron los alumnos con conductas desadaptativas y el segundo conjunto, conformado por quienes no presentan estas manifestaciones; posteriormente se administró los cuestionarios: **de autoestima de Lucy Redyll y de Depresión Infantil** dirigido a los integrantes de cada grupo.

## **MATERIAL 1:**

### **OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES. TOCA-R**

Este instrumento fue elaborado por Sheppard Kellam Werthamer – Larson, el cual permite describir de manera confiable las conductas de los adolescentes tempranos escolares, mostrando

la variabilidad suficiente entre ellos para identificar aquellos factores de riesgo y conductas desadaptativas.

El cuestionario consta de 31 ítems, con una escala de 1 (casi nunca), 2 (rara vez), 3 (a veces), 4 (frecuentemente), 5 (muy frecuentemente) y 6 (casi siempre), cada ítem describe una conducta del niño en la sala de clases, es administrado al profesor o jefe de grupo quien debe responder las preguntas del cuestionario sobre cada uno de sus alumnos, con un tiempo de duración de 3 a 5 minutos por estudiante, los diferentes ítems se agrupan en factores que corresponden a diferentes áreas del comportamiento como son.

1. *Aceptación de autoridad (AA)*. Se relaciona con las conductas agresivas y desobedientes.
2. *Contacto social (CS)*. Se refiere a la integración con pares, participación en actividades y relación con profesores.
3. *Logros cognitivos (LG)*. Se relaciona con la motivación y eficiencia en el trabajo escolar.
4. *Madurez emocional (MD)*. Se refiere a comportamientos de independencia esperados para la edad.
5. *Atención y concentración (AC)*. Evalúa la capacidad de prestar atención, persistir en la tarea y la distractibilidad.
6. *Nivel de actividad (NA)*. Se relaciona con la capacidad de permanecer tranquilo y las conductas hiperactivas.

Los ítems que corresponden a cada factor se presentan a continuación.

1. *Aceptación de autoridad (AA)*. 5, 8, 11, 13, 18, 24, 28, 29
2. *Contacto social (CS)*. 2, 6, 14, 25, 30,31
3. *Logros cognitivos (LG)*. 1, 7, 12, 17

4. *Madurez emocional (ME)*. 3, 10, 16, 19, 20, 27
5. *Atención y concentración (AC)*. 4, 9, 15, 21
6. *Nivel de actividad (NA)*. 22, 23,26

Una vez aplicado el test se prosigue a sumar los valores obtenidos en las diferentes áreas de estudio, para su análisis y determinar si es un puntaje de riesgo de acuerdo a los siguientes valores. (**VER ANEXO 1**)

<b>Factor</b>		<b>AA</b>	<b>CS</b>	<b>LC</b>	<b>ME</b>	<b>AC</b>	<b>NA</b>
<b>Hombres</b>	>o=	24	18	15	23	19	15
<b>Mujeres</b>	>o=	18	18	15	23	19	12

## **MATERIAL 2:**

### **ESCALA DE AUTOESTIMA (Lucy Redyll)**

La presente escala fue elaborada por Lucy Redyll, la cual está orientada a la evaluación de los niveles de constitución del autoconcepto y autoestima del niño, para determinar cómo se está incorporando el alumno el mundo escolar.

Un autoconcepto positivo permite una mejor integración al medio escolar, mientras que un signo negativo lo obstaculiza, este cuestionario accede a una valoración tanto en el área emocional, social y conductual.

La escala consta de 20 afirmaciones, las cuales solo tienen como respuesta: A= de acuerdo, N=no sé, y D= estoy de acuerdo; estas variables tienen una valoración de 1 a 3, las alternativas A, N y D equivalen 3,2 y 1 punto respectivamente en los ítems siguientes:

1,2,4,6,7,8,9,13,15,17,20; y 1,2 y 3 en los ítems siguientes: 3,5,10,11,12,14,16,18,19. Para la obtención de los resultados nos basaremos en la suma de todos los ítems y se ubicaran en la categoría que corresponde de acuerdo a los siguientes valores. **VER ANEXO 2)**

Muy buena	35 – 60
Buena	46 – 54
Suficiente	37 – 45
Insuficiente	28 – 36
Deficiente	20 – 27

### **MATERIAL 3:**

#### **CDI. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.**

El inventario CDI (Children´s Depression Inventory) fue elaborado por M. Kovacs, es un test utilizado en todo el mundo para la evaluación de la depresión infantil, su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta los 15 años de edad. El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 15 minutos, en función de la habilidad lectora del niño, aunque también puede ser contestado por adultos de referencia como padres o maestros.

Para su administración se debe dar la siguiente instrucción: este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres, escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido en las últimas dos semanas, luego coloca una marca

como una X en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni mala, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones, la ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia de una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total oscila entre 0 y 54 puntos. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva tomaremos en cuenta los siguientes valores. **(VER ANEXO 3)**

Hombres		Mujeres	
Sintomatología normal	0 - 19	Sintomatología normal	0 - 21
Sintomatología leve	20 - 26	Sintomatología leve	22 - 27
Sintomatología severa	27 - 54	Sintomatología severa	28 - 54

## VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

1. Determinar la existencia de las conductas desadaptativas en los alumnos de sexto y séptimo año de Educación

Básica, de

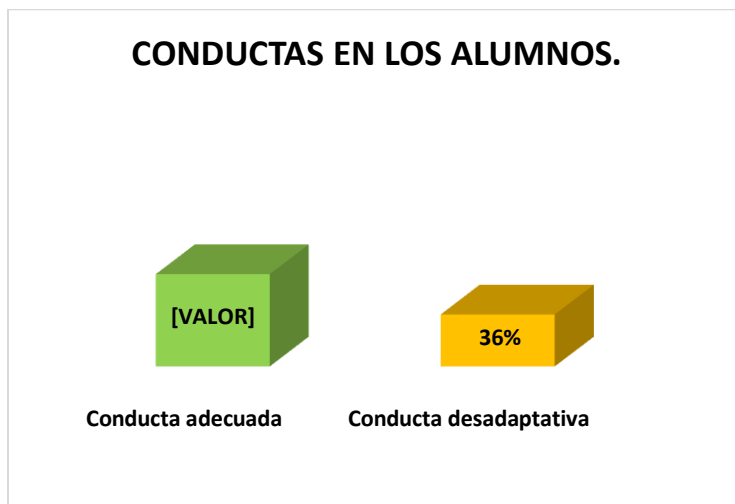
la

escuela

“Francia”.

<b>CONDUCTAS EN LOS ALUMNOS</b>		
<b>CONDUCTA</b>	<b>FREC.</b>	<b>PORC.</b>
Conductas adecuadas	42	64%
Conductas desadaptativas	24	36%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

Fuente: Observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA - R  
Elaborado por: Katheryne Jiménez Alverca



Fuente: Observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA –  
Elaborado por: Katheryne Jiménez Alverca

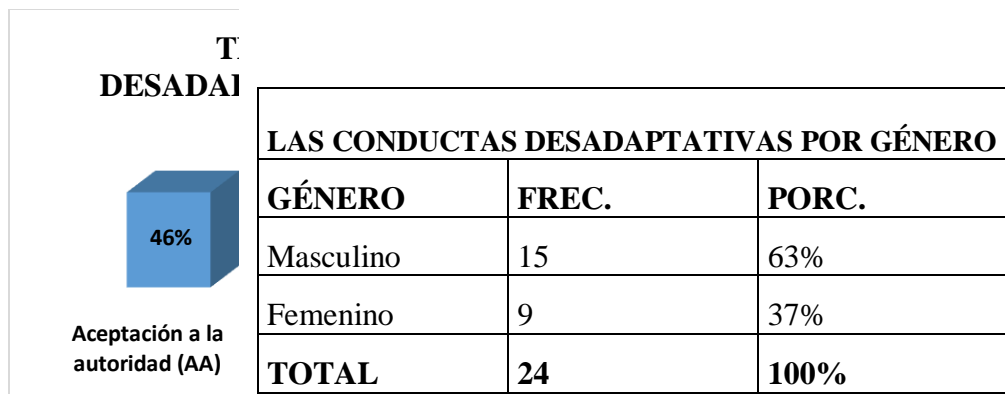


Los resultados obtenidos de acuerdo al cuestionario de observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA-R, los estudiantes de la escuela “Francia” reportaron en un 64% conductas adecuadas y un 36% indican conductas desadaptativas

<b>TIPOS DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS EN LOS ALUMNOS.</b>		
<b>CONDUCTAS DESADAPTATIVAS</b>	<b>FREC.</b>	<b>PORC.</b>
Aceptación a la autoridad (AA)	11	46%
Contacto social (CS)	10	42%
Logros cognitivos (LC)	0	0%
Madurez emocional (ME)	0	0%
Atención - concentración (AC)	0	0%
Nivel de actividad ( NA)	3	12%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**TIPOLOGÍAS DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS.**

Fuente: Observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA - R  
Elaborado por: Katheryne Jiménez Alverca

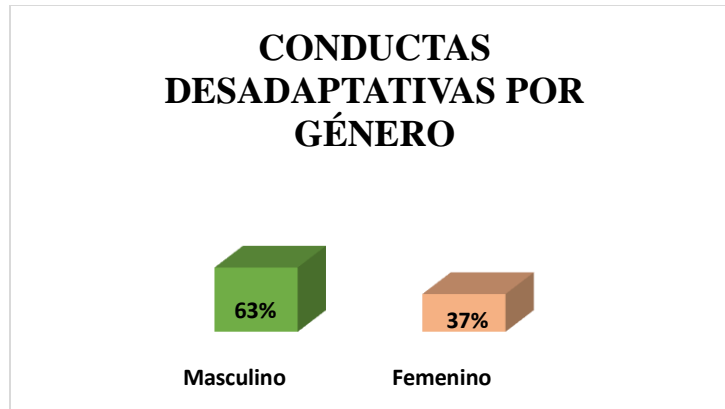


Fuente: Observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA - R  
Elaborado por: Kathyryne Jiménez Alverca

Se puede observar que las conductas desadaptativas más frecuentes son: las conductas relacionadas con la aceptación de la autoridad (conductas agresivas, desobedientes) con un 46%; las concernientes con el contacto social (conductas deficientes en cuanto a la integración con los pares, participación con los pares y relación con los profesores) en un 42 % y por ultimo las conductas afines con el nivel de actividad (conductas hiperactivas) con un 12%.

### **CONDUCTAS DESADAPTATIVAS POR GÉNERO.**

Fuente: Observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA - R  
Elaborado por: Kathyryne Jiménez Alverca



Fuente. Observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA - R  
Elaborado por: Katheryne Jiménez Alverca

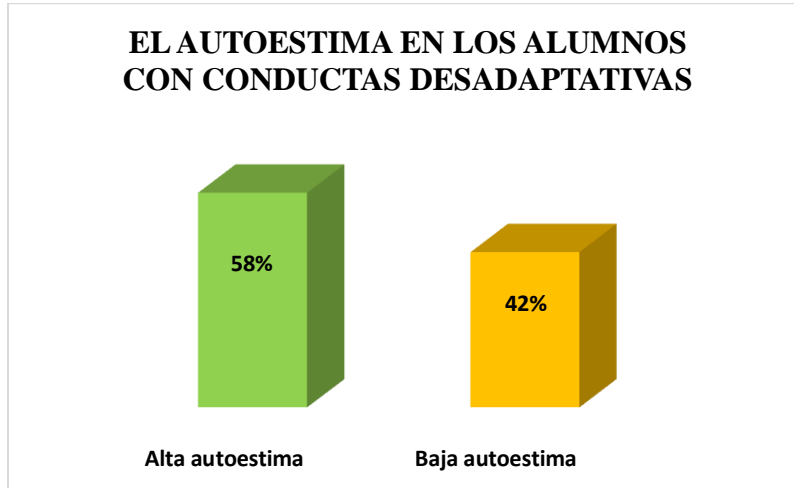
De acuerdo a la distribución por género, las conductas desadaptativas son más frecuentes en el género masculino con el 63% y en cuanto al género femenino se presentan en un 37%

- Examinar la relación existente entre las conductas desadaptativas y la baja autoestima de los alumnos de sexto y séptimo año de Educación Básica de la escuela “Francia”

<b>EL AUTOESTIMA EN LOS ALUMNOS CON CONDUCTAS DESADAPTATIVAS</b>		
<b>AUTOESTIMA</b>	<b>FREC.</b>	<b>PORC.</b>
Alta autoestima	14	58%
Baja autoestima	10	42%

<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>
--------------	-----------	-------------

Fuente: Cuestionario de autoestima de Lucy Redyll  
Elaborado por: Katheryne Jiménez Alverca



Fuente: Cuestionario de autoestima de Lucy Redyll  
Elaborado por: Katheryne Jiménez Alverca

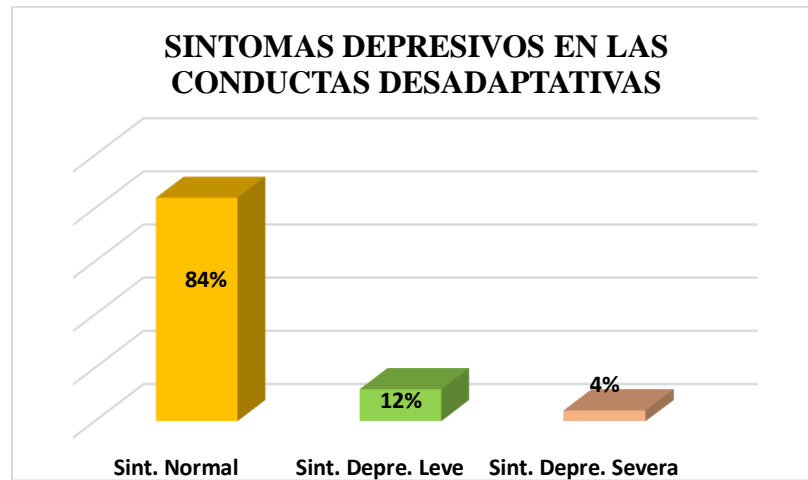
De acuerdo a los resultados obtenidos, acerca de la autoestima en los alumnos con conductas desadaptativas se tiene que el 58% revelo una alta autoestima y el 42% indico una baja autoestima (34% autoestima insuficiente y el 8% una autoestima deficiente).

3. Comparar la relación existente entre las conductas desadaptativas y la depresión en los alumnos de sexto y séptimo año de Educación Básica de la escuela “Francia”

<b>SINTOMAS DEPRESIVOS EN LOS ALUMNOS CON CONDUCTAS DESADAPTATIVAS</b>		
<b>SINTOMAS</b>	<b>FREC.</b>	<b>PORC.</b>
Síntomas Normales	20	84%
Síntomas Depresivos Leves	3	12%

Síntomas Depresivos Severos	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario de depresión infantil.  
Elaborado por: Kathyryne Jiménez Alverca



Fuente: Cuestionario de depresión infantil.  
Elaborado por: Kathyryne Jiménez Alverca

En cuanto a los síntomas depresivos en los alumnos con conductas desadaptativas, se tienen que el 84% exhibe síntomas normales, el 12 % muestra síntomas depresivos leves y el 4% síntomas depresivos severos.

## VII. DISCUSIÓN.

El propósito de la presente investigación fue la identificación y descripción de las conductas desadaptativas que se presentan en los alumnos de 10 a 14 años denominados adolescentes tempranos (Garbarino, Gonzales & Faragó, Argentina, 2010), se examinaron las conductas desadaptativas más frecuentes, su prevalencia en relación al género, así como también se identificó la presencia de baja autoestima y depresión en los adolescentes tempranos que presentan tales conductas.

Para la obtención de los resultados se emplearon reactivos como: el cuestionario denominado **observación del comportamiento dentro de la sala de clases TOCA-R**, el cual permitió establecer la existencia de conductas desadaptativas.

Determinándose que el 36% de la población investigada presenta **conductas desadaptativas**, este valor es comparable con el 45.7% que reportaron conductas desadaptativas en un estudio realizado en Chile, donde se examinaron las conductas desadaptativas, en los alumnos de las escuelas municipales del Occidente de Santiago, basados en el **cuestionario para padres (PSC) y el cuestionario de observación dentro de la sala de clases (TOCA-R)**. (Greve Silva, 2006, Pág. 41 – 42).

También se pudo comparar con un trabajo realizado en nuestro país, en la provincia de Azuay donde se evaluaron a 137 niños durante el año lectivo 2008-2009, basados en instrumentos como son la observación y las entrevistas familiares, lo que permitió determinar que un 56% presentó problemas de conducta (Barros Pontón, 2010, Pág.116), este valor es comparable con el 36% que reportaron conductas desadaptativas en la presente investigación.

En cuanto a las conductas desadaptativas más frecuentes, se tiene las siguientes:

En la presente investigación, las conductas relacionadas con la **aceptación de la autoridad** se presentaron en un 46%, tal valor se acerca en gran medida al 39.43% que reportaron conductas irritables en un estudio realizado en la provincia de Loja en las escuelas fiscales “José Ingenieros” y “18 de Noviembre”, donde se emplearon técnicas como la observación y encuestas (Delgado & Tinoco, 2011, Pág.48).

De los involucrados en el proceso investigativo que mostraron conductas desadaptativas, el 42% indica conductas relacionadas con el **contacto social**, las que también se manifestaron en

un estudio realizado en Chile en las escuelas del Occidente de Santiago donde se empleó el **cuestionario de observación dentro de la sala de clases TOCA-R** como instrumento de investigación (Greve Silva, 2006, Pág. 41 – 42), cabe recalcar que no existe un valor estadístico para su comparación, pero se puede resaltar que en las dos investigaciones, las conductas relacionadas con el contacto social se encuentran presentes. Por último en el presente estudio, con un 12% se ostentan las conductas relacionadas con el **nivel de actividad**.

A continuación se enuncian los valores obtenidos en cuanto a las conductas desadaptativas según su distribución por género: en **los varones las conductas desadaptativas** se mostraron en un 63%, este valor es comparable con el 55% que reportaron problemas de conducta, en un estudio realizado en la provincia de Azuay, con una muestra de 137 alumnos, empleando instrumentos de investigación como la observación y entrevistas familiares (Barros Pontón, 2010, Pág. 116).

Otro estudio que permitió comparar, es aquel realizado en el “2006 en Cataluña con 2.200 participantes donde se determinó que el 9% de los problemas de conducta se ostentan en los varones” (Petitbo, Matalí & Serrano, España, 2009), este valor varía con el 63% que reportaron conductas desadaptativas en la presente investigación; en cuanto al “**género femenino**, se tiene que los problemas de conducta se presentan en un 4.1%” (Petitbo, Matalí & Serrano, España, 2009), el cual difiere con el 37% que reportan las conductas desadaptativas en la reciente investigación.

Para la obtención de los resultados acerca de la autoestima de los adolescentes menores se empleó el **cuestionario de autoestima de Lucy Redyll**, el cual evalúa la baja autoestima en insuficiente y deficiente.

En cuanto a los resultados acerca de la **autoestima en los adolescentes tempranos que presentaron conductas desadaptativas**, se obtuvo que el 42% reportó una **baja autoestima** (34% autoestima insuficiente, 8% autoestima deficiente) este valor es comparable con el 36.4% que reportaron baja autoestima en un estudio realizado en Chile, en donde participaron los padres de familia de los alumnos de primero y sexto años (Barra, Toledo & Rodríguez, 2006).

En el mismo estudio (Chile), en este caso dirigido a maestros reveló que la baja autoestima se presenta en un 50% (Barra, Toledo & Rodríguez, 2006), tal valor es comparable con el 42% que reflejaron **baja autoestima** (34% autoestima insuficiente, 8% autoestima deficiente) en la presente investigación.

Para determinar la existencia de síntomas depresivos se utilizó el **cuestionario de depresión infantil de M. Kovacs**, en cuanto a los síntomas depresivos presentes en los **adolescentes tempranos con conductas desadaptativas**, se asume que el 12% expresaron **síntomas depresivos leves** y un 4% **síntomas depresivos severos**, estos valores difieren con el 100% que revelaron síntomas depresivos, en un estudio realizado en la provincia de Loja, con los alumnos de las escuelas fiscales “José Ingenieros” y “18 de Noviembre”, en base a una **escala de depresión dirigida a maestros de EDELMIRA MOMENECH** (Delgado & Tinoco, 2011, Pág.48).

Por otro lado, también se los puede comparar con otro estudio realizado en Chile a 162 alumnos de las escuelas estatales de la República Metropolitana, obteniéndose prevalencias de desórdenes depresivos de un 2.4% y desórdenes depresivos mixtos en un 2.9% Barra, Toledo & Rodríguez (citado por Laubat. Et al., 2008), estos valores difieren con el 12% que indicaron **síntomas depresivos leves** en la actual investigación, sin embargo los valores anteriormente



señalados son comparables con el 4% que exteriorizaron **síntomas depresivos severos** en la reciente investigación.

## VIII. CONCLUSIONES.

Al finalizar la presente investigación denominada: Las conductas desadaptativas y su relación con la baja autoestima y depresión en los niños de sexto y séptimo año de educación básica de la escuela “Francia” del cantón Quilanga, se concluye lo siguiente:

- Los estudiantes en un 36% se presentan conductas desadaptativas; dentro de las cuales las más frecuentes con un 46% son las relacionadas a la aceptación de la autoridad en las que se encuentran las conductas agresivas, desobedientes, irritables; en cambio con el 42% se asume las conductas relacionadas con el contacto social, en las cuales están los

comportamientos deficientes en la integración y participación con los pares, la relación con los profesores; por último con un 12% se encuentran las vinculadas con el nivel de actividad dentro de las cuales se localizan las actuaciones hiperactivas; en cuanto a la distribución por género, son más frecuentes en los varones con el 63% y en la mujeres con el 37%.

- Se determinó que los adolescentes tempranos con conductas desadaptativas, existe la baja autoestima, donde el 42% reporta baja autoestima (34% manifiesta una autoestima insuficiente y el 8% una autoestima deficiente).
- De los estudiantes involucrados en el proceso investigativo que reportaron conductas desadaptativas el 12%, presentan síntomas depresivos leves y el 4% síntomas depresivos graves.

## **IX. RECOMENDACIONES.**

Una vez finalizada la presente investigación se pudo determinar la existencia de las conductas desadaptativas, así como también determinar la relación con la baja autoestima y la depresión en los adolescentes tempranos que presentaron conductas desadaptativas, lo cual dificulta su desarrollo y proceso de aprendizaje, considerándose de vital importancia afrontar la presente problemática, se recomienda:

- A las autoridades del plantel educativo, realizar la gestión pertinente encaminada trabajar conjuntamente con los organismos gubernamentales, para la implementación de un departamento de bienestar estudiantil que incluya médico general, psicólogo clínico, con el propósito de cubrir las demandas que existen dentro del establecimiento.

- Realizar la educación continua, dirigido a directivos, personal administrativo, maestros y padres de familia, en dónde se aborde temáticas relacionada con la problemática establecida, lo que favorecerá en la solución de los inconvenientes que presenten los miembros de la comunidad educativa.
- Ejecutar un plan de intervención dirigido a los adolescentes tempranos con conductas desadaptativas, baja autoestima y depresión; para mejorar su comportamiento dentro y fuera del establecimiento educativo.

## **X. PROPUESTA TERAPÉUTICA.**

### **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LOS ADOLESCENTES MENORES CON CONDUCTAS DESADAPTATIVAS, BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN.**

El tratamiento psicológico es considerado como la alternativa más eficaz para el alivio de síntomas y conductas que alteran la calidad de vida de los individuos. El tratamiento debe incluir varios elementos de diversas terapias para responder de manera eficaz a la complejidad de las alteraciones que se presentan y a las características particulares de cada individuo.

Para la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico se toma en cuenta las siguientes fases:

**ENCUADRE:** Se informa al alumno y padres de familia o representantes sobre la importancia de recibir la atención psicológica, manifestando las ventajas de la misma. En el encuadre el profesional compromete al paciente y a la familia a contribuir con el proceso terapéutico, para ello se elabora un convenio donde se especifican las terapias que se aplicarán, el periodo de duración, así como también se establecen las bases de la relación terapéutica y los objetivos a lograrse.

**DIAGNÓSTICO:** El diagnóstico es de vital importancia para estipular el tratamiento que se empleará de acuerdo a las necesidades de cada paciente, para obtener el diagnóstico es necesario elaborar la Historia Clínica de individuo, la cual permitirá evaluar y diagnosticar la sintomatología, detallando las diferentes experiencias personales, familiares y sociales; así mismo se aplicarán diferentes reactivos que contribuirán a establecer con mayor fiabilidad el diagnóstico.

**PLANIFICACIÓN DE SESIONES:** Para elaborar el tratamiento dirigido a los adolescentes tempranos con conductas desadaptativas, baja autoestima y depresión se emplearán técnicas de diferentes enfoques con el objetivo de abarcar las necesidades terapéuticas de los mismos.

Objetivo General.

- ❖ Mejorar el estilo de vida de los adolescentes tempranos que presentan conductas desadaptativas de la escuela “Francia” del cantón Quilanga.

Objetivos específicos.

- ❖ Ofrecer información acerca de las alteraciones que manifiestan los adolescentes tempranos, dirigida a la familia y personal de la institución, que permita modificar el concepto que tienen sobre el (la) paciente.
- ❖ Intervenir las conductas desadaptativas de los alumnos, por medio de técnicas de moldeamiento de la conducta.
- ❖ Fortalecer la autoestima de los adolescentes tempranos, y con ello lograr la aceptación personal.
- ❖ Contrarrestar la sintomatología depresiva, para resguardar la integridad del individuo.

## **PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA INDIVIDUAL.**

### **ETAPA 1: REDUCIR LAS CONDUCTAS DESADAPTATIVAS.**

<b>SESION 1</b>
<b>TÉCNICA:</b> Psicoeducación
<b>OBJETIVO:</b> Informar, analizar y orientar a los alumnos sobre las conductas desadaptativas, sus causas, efectos y motivar su participación en el tratamiento.
<b>DURACIÓN:</b> Dos sesiones (30 - 35 minutos), dependerán de las necesidades del paciente.
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Se utilizaran materiales como diapositivas, carteles con los cuales se presentara la información a los alumnos, brindando una explicación acerca de las conductas desadaptativas y sus consecuencias, para ello la psicoeducación se centrara en temas como son:

- Conceptos acerca de las conductas desadaptativas.
- Causas y efectos de las conductas desadaptativas.
- Importancia del tratamiento.

## SESIÓN 2

**TÉCNICA:** Extinción.

**OBJETIVO:** Eliminar o disminuir la manifestación de las conductas desadaptativas.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 - 35 minutos), dependerán de las características personales.

**PROCEDIMIENTO:** Esta técnica consiste en eliminar los estímulos que contribuyen a la manifestación y permanencia de la conducta desadaptada, por ejemplo si el adolescente temprano presenta la conducta desadaptativa y el maestro para evitar la conducta expulsa al alumno de la sala de clases, ocasiona que el alumno incurra en esta conducta para evitar estar en clases, al eliminar este estímulo la conducta empezara a extinguirse.

## SESIÓN 3

**TÉCNICA:** Moldeamiento

**OBJETIVO:** Reforzar las conductas adecuadas en los alumnos por medio de reforzamientos.

**DURACIÓN:** Dos a tres sesiones (30 – 35 minutos), de acuerdo a las necesidades del paciente

**PROCEDIMIENTO:** Esta técnica consiste en reforzar consistentemente conductas semejantes a la conducta que se pretende adquirirla. Para realizarlo correctamente debemos:

- Definir de forma precisa la conducta que se pretende obtener.
- Elegir conductas semejantes a la que se desea obtener.
- Reforzar dicha conducta hasta que la misma se presente de forma frecuente.
- Reducir las conductas semejantes, para que se centren más en la conducta establecida como el objetivo.

Pero es importante resaltar que las conductas se deben reforzar según sus avances, es decir se debe reforzar las conductas más próximas, dejando de reforzar las anteriores.

## SESIÓN 4

**TÉCNICA:** Economía de fichas

**OBJETIVO:** Reforzar conductas adecuadas y eliminar las conductas indeseables a través de fichas que después se intercambiaran por cosas o actividades que desee el sujeto.

**DURACIÓN:** Tres o más sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Para su aplicación es necesario establecer los objetivos en los que se va a trabajar, así como los premios que se obtendrán por la ejecución de las conductas que se desean reforzar.

Para ello debemos tener en cuenta:

- Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta.
- El tipo de fichas dependerán de las características y gustos del individuo.
- La persona tienen la opción de elegir entre diversos premios.
- El costo de los premios deben estar ajustados a su consumo, a la preferencia de la persona y su coste económico.
- Es conveniente estipular cuando se realizaran los intercambios.

## **ETAPA 2: MEJORAR EL AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES MENORES.**

### **SESIÓN 1**

**TÉCNICA:** El árbol de los logros

**OBJETIVO:** Reflexionar sobre los logros alcanzados y cualidades positivas para reforzar su autoconcepto.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 – 35 minutos), de acuerdo a las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Este ejercicio consiste en elaborar una lista de todas las cualidades personales, sociales o físicas, intentando que la lista sea la más larga posible, una vez culminada se elabora una lista con todos los logros sean grandes o pequeños.

Una vez elaborada las listas, se dibuja un árbol de logros, que ocupe toda una hoja incluidas las raíces, ramas y frutos de diferente tamaño, en cada una de las raíces se colocaran cada una de sus cualidades, se deben ubicar de acuerdo a su importancia, es decir si una cualidad le ha permitido lograr varios logros debe colocarlo en la raíz más grande y si no ha tenido mucha influencia debe ir en la raíz más pequeña.

En los frutos se colocaron los logros de igual manera de acuerdo a su importancia, el más importante en el fruto más grande, y el menos relevante de los logros será ubicado en los frutos más pequeños, una vez culminado el árbol nos permitirá analizarlo y destacar sus cualidades y logros alcanzados.

### **SESIÓN 2**

**TÉCNICA:** Identificación de los sentimientos

**OBJETIVO:** Explicar que son los sentimientos y su importancia.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las requeridas por el paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Se realiza una lista de los sentimientos, y para cada uno de los sentimientos se elabora una lista de las cosas que le hacen sentir de determinada manera, posteriormente se analizan cada uno de los sentimientos.

### SESIÓN 3

**TECNICA:** Frente al espejo

**OBJETIVO:** Modificar el autoconcepto del alumno.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones(30 – 35 minutos), de acuerdo a las necesidades del paciente

**PROCEDIMIENTO:** Se ubica al paciente frente a un espejo y por medio de preguntas podemos guiar al paciente para que se observe y realice una introspección y exprese que ve en el espejo cuando se observa.

Es importante obtener información previa, para ello elaboramos una serie de preguntas que nos permita obtener una opinión sobre si mismos:

- ¿Cuándo te miras en el espejo te ves guapo/a?
- ¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás?; ¿Cuáles?
- ¿Crees que les gustas a tus amigos y compañeros tal y como eres?
- ¿Qué cambiarías de tu apariencia?
- ¿Cuándo te sientes y te ves bien, te sientes más seguro de ti mismo?

Una vez que se obtenido su punto de vista, se pasa al espejo, situándolo a su altura, en un sitio que sea cómodo y realizando preguntas como son:

- ¿Qué ves en el espejo?
- ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?
- ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona?
- ¿Cambiarías algo de la persona del espejo?

Es importante resaltar los aspectos positivos del paciente y que aprenda a valorarlos.

### ETAPA 3. DISMINUIR LOS SINTOMAS DEPRESIVOS.

El tratamiento de la depresión se lo realizara en dos módulos, anticipadamente se debe establecer una relación entre el terapeuta con el paciente y familiares, donde se establecerán las pautas del tratamiento a seguirse, y el compromiso de la familia a colaborar con el tratamiento.

#### **MODULO 1:** Pensamientos.

El propósito de este módulo es presentar al paciente información acerca de lo que es la depresión, de cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo y fomentar que comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión.



### SESIÓN 1

**TÉCNICA:** Psicoeducación

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de información que posee el paciente acerca de la depresión y brindar información acerca de la depresión, causas y efectos.

**DURACIÓN:** Una o dos sesiones (30 – 35 minutos), de acuerdo a las necesidades del paciente

**PROCEDIMIENTO:** Por medio de diapositivas, reportajes, carteles, informar al paciente sobre la depresión, en base a temas concretos.

- Conceptualizaciones de la depresión.
- Causas de la depresión.
- Síntomas de la depresión.
- Efectos de la depresión.

Así como también es importante dar a conocer la terapia que se aplicara, aclarando las normas para su desarrollo, las responsabilidades del paciente y del terapeuta.

### SESIÓN 2

**TÉCNICA:** Registro de pensamientos

**OBJETIVO:** Entrenar al paciente en la identificación de los pensamientos negativos.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 – 35 minutos), depende de las requeridas por el paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Se informa al paciente acerca de los pensamientos que se presentan, los diferentes tipos de pensamientos y cómo influyen en el estado de ánimo, entrenar al paciente para manejar adecuadamente los pensamientos y modificarlos.

Se entrega una hoja donde se encuentra una lista con varios pensamiento negativos, a lado se encuentran registrados los días de la semana, el paciente debe marcar los días en los que se presentaron estos pensamiento, en la siguiente sesión se analizara estos pensamientos.

### SESIÓN 3

**TÉCNICA:** Detención del pensamiento

**OBJETIVO:** Entrenar al paciente en la identificación y detención de los pensamientos dañinos.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Esta técnica consiste en detener o interrumpir el curso del pensamiento, cuando al paciente le sobrevenga un pensamiento negativo, el terapeuta hace un ruido fuerte o dice “STOP” con voz fuerte.

El paciente también lo puede realizar, cuando le sobrevenga el pensamiento negativo, el paciente dice la palabra calve (se la grita a si mismo interiormente) o puede remplazar el pensamiento por uno alternativo. Esta técnica necesita de su práctica diaria para su dominio y eficacia.

#### SESIÓN 4

**TÉCNICA:** Método ABCD

**OBJETIVO:** Identificar, describir y analizar los pensamientos del paciente

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Se le entrega al adolescente temprano la hoja de trabajo del método ABCD, que consiste en cuatro secciones, donde A: se refiere a evento ¿Que sucedió?; B: Belief. Creencia de lo que sucedió, lo que pensaste acerca de lo que sucedió y lo que influyo en tú reacción; C: Consecuencia ¿Cómo reaccionaste?; D: Discutir y debatir la creencia (los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable).

**MODULO 2:** Actividades.

#### SESIÓN 5

**TÉCNICA.** Lista de actividades

**OBJETIVO:** Motivar al paciente en la realización de actividades que le sean placenteras.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones (30 – 35 minutos), de acuerdo a las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Esta técnica consiste en investigar las actividades que son placenteras para el paciente, para ello se entrega al paciente un listado de actividades placenteras, donde el paciente debe marcar la actividad que realizo diariamente.

El paciente puede incrementar una actividad que le sea placentera y no se encuentre en el listado o a su vez tachar una actividad que no le es placentera. En las próximas sesiones se analizaran las actividades placenteras realizadas.

#### SESIÓN 6

**TÉCNICA:** Cronograma de actividades

**OBJETIVO:** Planificación de sus actividades de acuerdo a sus expectativas.

**DURACIÓN:** Dos sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las necesidades del paciente

**PROCEDIMIENTO:** Se realiza un cronograma de actividades, tomando en cuenta el tiempo, ocupaciones y economía del paciente, aspectos que podrían interferir en su realización, etc.

Este cronograma será por semana donde incluirá actividades placentera para el paciente.

Esta actividad permite al paciente tener más control sobre su vida.

#### SESIÓN 7

**TÉCNICA:** Metas a largo y corto plazo

**OBJETIVO:** Enfatizar en la realización de metas personales.

**DURACIÓN:** Tres o cuatro sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** Consiste en plantearse metas que el paciente debe cumplir, explicando que estas metas le ayudaran a combatir su depresión, para ello se deben establecer metas claras y especificas por ejemplo:

<b>Metas no claras</b>	<b>Metas claras</b>
Estar menos aburrida	Ir al centro comercial por lo menos una vez a la semana.

Tomando en cuenta las metas claras, procedemos establecer metas a corto plazo, a largo plazo y metas de vida, se debe tomar en cuenta que las metas planteadas deben ser realistas y razonables, también se analizaran los obstáculos que pueden llegar a interrumpir el cumplimiento de la meta establecida. Una vez analizado todos los aspectos relevantes, se procede a escribir las metas, empezando con las metas a corto plazo, las metas a largo plazo y por ultimo las metas de vida.

## **PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR.**

En la terapia familiar es importante tomar en cuenta diferentes aspectos para su abordaje efectivo a nivel familiar.

- ❖ Establecer una alianza adecuada y tomar en cuenta la situación y las necesidades de la familia.
- ❖ Es importante valorar a los miembros de la familia, sus emociones, pensamientos, comportamientos para esclarecer la situación familiar.
- ❖ Explicar en qué consisten las patologías que presentan los adolescentes tempranos, dar información clara de lo que sucede con el paciente, para intentar cambiar la opinión que tienen los familiares del paciente.
- ❖ Incluirlos en las terapias individuales.
- ❖ Escucharlos, tomar en cuenta sus opiniones, pedir información, hacerles saber que son un pilar fundamental en el tratamiento.

### SESIÓN 1

**TECNICA:** Psicoeducación

**OBJETIVO:** Informar a la familia sobre las conductas desadaptativas, baja autoestima y depresión, implicarlos en los objetivos terapéuticos, mejorar la relación con el paciente, mejorar la comunicación.

**DURACIÓN:** Dos sesiones o las que se consideran necesarias dependiendo de cada familia.

**PROCEDIMIENTO:** Se provee información acerca de las patologías, sus características, causas y efectos tanto a nivel individual, familiar y social. Permite brindar la posibilidad de desarrollar y fortalecer las capacidades de afrontar las situaciones diversas de un modo adecuado.

### SESIÓN 2

**TÉCNICA:** Entrenamiento en comunicación.

**OBJETIVO:** Calmar la tensión en el ambiente familiar, contribuir a mejorar la adaptación social de la familia.

**DURACIÓN:** Dos a tres sesiones (30 -35 minutos), dependiendo de las necesidades de cada familia.

**PROCEDIMIENTO:** Basada en el formato de intervención, conjuntamente con la familia y el paciente se entrena a la familia en habilidades de comunicación tanto verbales como no verbales, iniciar conversaciones, discutir constructivamente, clarificar los mensajes, expresar sentimientos, hacer peticiones, realizar preguntas claras y escuchar activamente. La finalidad es reducir la tensión en el medio familiar y contribuir a mejorar la adaptación social de la familia y por ende mejorar la calidad de vida.

### SESIÓN 3

**TÉCNICA:** Escultura familiar

**OBJETIVO:** Observar la relación entre los miembros de la familia.

**DURACIÓN:** Una sesión (30 – 35 minutos)

**PROCEDIMIENTO:** La escultura familiar nos permite el diagnóstico y la visualización de las relaciones familiares.

En la escultura familiar se simboliza la posición emocional de cada miembro de la familia respecto a los demás, la forma de llevar a cabo esta técnica es la siguiente: el terapeuta pide a un miembro de la familia que sea el “escultor”, mientras que el resto del grupo constituye la “arcilla” humana.

La invitación es esculpir a los miembros de su familia, para ello se dirige a cualquier miembro de la familia que el terapeuta considere que puede responder más espontáneamente.

Por ejemplo, se le pide al paciente identificado que sea el escultor teniendo en cuenta la capacidad que este miembro para captar los niveles profundos de la dinámica familiar.

Una vez seleccionado al escultor, el terapeuta pide al resto del grupo que se pongan de pie y que realicen los movimientos que el escultor indique, después de haber establecido las reglas básicas, el terapeuta toma la posición de observador y comentarista, el proceso de la escultura se debe dejar desarrollar de manera libre, una vez culminada la escultura, el terapeuta pide al escultor que encuentre una posición para sí mismo en la escultura, ubicándose el mismo dentro del cuadro, posteriormente se pide a cada uno de los miembros que exprese los sentimientos que se presentaron al encontrarse es determinada posición física, es necesario que el terapeuta dirija la expresión de los sentimientos para evitar discusiones

#### SESIÓN 4

**TÉCNICA:** Resolución de problemas.

**OBJETIVO:** Reducir los niveles de ansiedad dentro del núcleo familiar.

**DURACIÓN:** Dos a tres sesiones (30 – 35 minutos), dependiendo de las necesidades de cada familia.

**PROCEDIMIENTO:** Esta técnica consiste en dar una solución adecuada a los problemas que se presentan en la familia, para ellos debemos seguir los siguientes pasos:

- Identificar las situaciones problemáticas.
- Describir con detalles el problema y la respuesta habitual a dicho problema, al describir el problema la situación y la respuesta en términos de quien, que, donde, cuando, como y porque, se verá el problema de forma más clara. Al describir la respuesta recordemos añadir que objetivos pretendemos, es decir: si se cumpliera todo o parte del objetivo significaría que el problema estaría resuelto o en vías de resolución.
- Crear una lista con las alternativas, en esta fase se utiliza la estrategia denominada “tempestad de ideas” para conseguir los objetivos recientemente formulados, durante esta fase, la técnica de tempestad de ideas debería limitarse a desarrollar estrategias generales para alcanzar los objetivos.
- Comparar las consecuencias, consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias que conlleva llevarlas a cabo.

- Evaluar los resultados, una vez que se haya intentado la respuesta seleccionada, se debe observar las consecuencias, por ejemplo: ¿sucedieron las cosas tal y como estaban previstas?, ¿las alternativas seleccionadas han resultado eficaces?, ¿las respuestas son más eficaces que las utilizadas hasta ahora?

### **PLANIFICACION DE LA TERAPIA GRUPAL.**

Para la terapia grupal es recomendable grupos compuestos por 6 0 8 personas, las cuales se reunirán 2 veces por semana, en sesiones de 1 a 2 horas. Se emplearan diferentes técnicas que contribuyan a que el adolescente menor pueda expresar sus sentimientos y mejorar sus habilidades sociales.

## SESIÓN 1

**TÉCNICA:** Role playing

**OBJETIVO:** Desarrollar las habilidades específicas para la resolución de problemas y modificar conceptos internos.

**DURACIÓN:** Dos sesiones, dependiendo de las necesidades de grupo.

**PROCEDIMIENTO:** El role playing consiste en que dos o más personas representen un caso concreto, el cual debe ser interpretado de la manera más auténtico posible, este permitirá comprender de mejor manera la conducta y actitud.

Se elegirán a los personajes necesarios para la escena y se definirá el rol que deben interpretar, se elegirá de igual manera el escenario (ambiente y mobiliario) en función de la acción. Además de los personajes se puede asignar observaciones especiales para que tengan en cuenta aspectos concretos que se quieran resaltar.

Una vez terminada la representación, los primeros en expresar sus impresiones serán los participantes, posteriormente los observadores comentaran, para realizar la discusión se debe otorgar un tiempo mínimo de 30 minutos para resaltar el objetivo de la técnica y las conclusiones.

## SESIÓN 2

**TÉCNICA:** El retrato

**OBJETIVO:** Permite reconocer sus características personales y desarrollar su autoimagen y expresión oral.

**DURACIÓN:** Dos o tres sesiones, dependiendo de las necesidades del grupo.

**PROCEDIMIENTO:** El terapeuta distribuirá sobre una mesa tarjetas con diferentes imágenes figurativas y pedirá que elijan una que simbolice sus virtudes y otra que represente sus defectos.

Los integrantes del grupo se distribuyen en círculos, luego cada uno explicara por qué eligió determinadas tarjetas, se pueden emplear algunas interrogantes.

- ¿Cuáles son tus virtudes?
- ¿Qué aspecto tuyo viste en esta tarjeta?
- ¿Tus defectos?
- ¿Quién eres?
- ¿Cómo te llamas?
- ¿Cuántos años tienes?
- ¿Qué es lo que más te gusta?
- ¿Qué es lo que no te gusta?

Posteriormente se pide a los participantes dibujar su propio retrato en una hoja y escribir sus datos personales y características más importantes, cada participante presentara su retrato ante el grupo y cada retrato formara parte del collage denominada NUESTROS RETRATOS.

El terapeuta también participara en la técnica.

### SESIÓN 3

**TÉCNICA:** Relajación Muscular de Jacobson

**OBJETIVO:** El propósito principal es calmar la mente y facilitar que los pensamientos sean más claros y eficaces y disminuir la intensidad de la sintomatología ansiosa.

**DURACIÓN:** Tres sesiones (30 – 35 minutos), dependerán de las necesidades del paciente.

**PROCEDIMIENTO:** La relajación progresiva está orientada al reposo, esta técnica permite establecer el control voluntario de la tensión y distensión de los músculos, permitiendo una relajación profunda.

Este método consta de tres fases:

1. La primera se denomina de tensión – relajación, consiste en tensionar y luego relajar diferentes grupos de músculos, con el propósito de aprender a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y relajación muscular, esto facilita un estado de relajación muscular que progresivamente es generalizada a todo su cuerpo, se debe tensionar varios segundos.
2. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos comprobando su relajación al máximo.
3. La tercera fase se denomina relajación mental, en la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva o mantener la mente en blanco.

Para la ejecución de esta técnica se da las siguientes instrucciones: Posición inicial: Sentarse en un sillón o acostarse en la cama lo más cómodamente, para que su cuerpo pueda relajarse, y cerrar los ojos.

#### 1. FASE.

Relajación de cara, cuello y hombros con la siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos), iniciamos con la respiración para ello inhalamos, contenemos el aire durante tres segundos y expiramos, este ejercicio se lo realiza varias veces.

Frente: Arrugar unos segundos y luego relajarla lentamente.

Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.

Nariz: Arrugar unos segundos y relajar lentamente.

Boca: Sonreír ampliamente y relajar lentamente.

Lengua: Presionar la lengua contra el paladar y relajar lentamente.

Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y las sienes y relajar lentamente.

Labios. Arrugar como para dar un beso y relajar lentamente.

Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial, flexionar hacia adelante y volver a la posición inicial lentamente.

Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, volver a la posición inicial lentamente.

Relajación de brazos y manos: Contraer sin mover primero un brazo y luego el otro con el puño apretando, notando la tensión en los brazos, antebrazos y manos y luego relajar



lentamente.

Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en las piernas, glúteos, muslo, rodilla, pantorrillas y pie, luego se relaja lentamente.

Relajación de tórax, abdomen y región lumbar:

Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás, notara la tensión en la parte inferior de la espalda y en los hombros.

Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones, observa la tensión en el pecho, espirando lentamente.

Estomago: Tensionamos el estómago y relajamos lentamente.

Cintura: Tensionamos los muslos y nalgas y luego relajamos lentamente.

2. FASE: repasamos mentalmente cada uno de los músculos que han sido tensionados y relajados para su comprobar que cada parte este relajada y se siga relajando aún más.

3. FASE: La relajación mental consiste en pensar en algo agradable, algo que le guste, una música, paisaje o bien deja la mente el blanco.

Cada una de las fases se debe duran un tiempo de 10 a 15 minutos, se debe realizar con tranquilidad sin prisa.

**INTERVENCIÓN:** Una vez desarrolla la planificación terapéutica se procede a su ejecución, para cubrir las necesidades terapéuticas de los adolescentes menores con conductas desadaptativas, baja autoestima y depresión.

## XI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Acosta R, Hernández J. A. (2004). *La autoestima en la educación*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/836/83601104.pdf>.
2. Álvarez A, Sandoval G, Velásquez S. (2007). *Autoestima en los alumnos de los primeros medios de los liceos con altos índice de vulnerabilidad escolar de la ciudad de Valdivia*. Chile.
3. Alvares M. D. (2013). *Como influye el autoestima en las relaciones interpersonales*. Universidad de ALMERIA.
4. Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz J, Duran. (2011). *Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo*. México. Vol. 6, No. 1.
5. *Autoestima: liderazgo y mercadeo*. Recuperado de <http://gitec3000.com/periodiquito/iute/UPTM/Autoestima.pdf>
6. Barra F, Toledo V, Rodríguez J. (2002). *Estudio de la salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidental: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos*. Santiago. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100002).
7. Barros M. E. (2010). *Influencia de la familia en las conductas de los niños y niñas en edades iniciales*. Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2634/1/tm4299.pdf>

8. Branden N. (2001). *Los Seis Pilares de la Autoestima*. Madrid – España. Editorial Temas de Hoy.
9. Cabases J, Estupiñam R. (2012). *Tratamiento de la depresión en el niño y adolescente*. Madrid – España.
10. Cardoze D. (2006). *Los problemas de disciplina en la escuela: Manual para docentes*. Panamá.
11. Carrillo D, Muñoz E. (2010). *Estudio de la depresión infantil en los niños de preescolar*. Ecuador – Cuenca.
12. Delgado P, Tinoco M. (2011). *Las crisis familiares y afectivas como factores de riesgo que originan la depresión infantil en niños y niñas de 5 a 6 años de edad cronológica en las escuelas fiscales “José Ingenieros n° 1” y “18 de Noviembre” de la ciudad de Loja*. Loja – Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3451/1/DELGADO%20ESPINOZA%20PATRICIA%20CORINA-TINOCO%20M%C3%81RQUEZ%20MAR%C3%8DA%20DANIELA.pdf>
13. Fernández. (2009). *Los estilos educativos de los padres y madres. Innovación y experiencias educativas*. Recuperado de [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_16/PILAR\\_FERNANDEZ\\_2.PDF](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/PILAR_FERNANDEZ_2.PDF)
14. Greve C. (2006). *Relación entre las conductas desadaptativas en la casa y la escuela y el maltrato físico infantil en niños de primer ciclo básico*. Santiago – Chile. Recuperado de: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/greve\\_c/sources/greve\\_c.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/greve_c/sources/greve_c.pdf)
15. García I. (2010). *Dificultades en la conducta y su incidencia en los problemas de aprendizaje en niños/as de quinto, sexto y séptimo año de educación básica de la escuela fiscal Andrés de Vera del Cantón Portoviejo, durante el año lectivo 2010*. Manabí-Ecuador. Recuperado de: [http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/10772/1/CEPGDIE\\_201000064.pdf](http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/10772/1/CEPGDIE_201000064.pdf); Pág.: 121.
16. Garaigordobil M, Maganto C. (2013). *Problemas emocionales y de conducta en la infancia: Un instrumento de identificación y prevención temprana*. Vasco.

17. García E. (2004). *Conductas desadaptativas de los adolescentes en navarra: El papel de la familia y la escuela*. Pamplona – Navarra.
18. García B, Noguera, Muñoz, Morales A. (2011). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria, Distrito sanitario Málaga-UGS Salud Mental; Hospital Regional Universitario “Carlos Hay”*. Málaga.
19. Gómez Y. (2007). *Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados*. Medellín-Colombia. Vol. 39, No. 3; Versión Impresa: ISSN: 0120-0534
20. Gabbard G. (2010). *Tratamientos de los trastornos Psiquiátricos*. Houston – Texas. LEXXUS Editores.
21. Loubat M, Abusto M, Vega M. (2008). *Aproximación de la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en Cosam de la Región Metropolitana*. Santiago – Chile. Vol. 16. No. 2. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005)
22. Lima E. (2007). *Importancia de la autoestima positiva en el desarrollo de la personalidad en niños y adolescentes*. Guatemala. Registro: 580-2006.
23. Martin A. (2013). *Depresión infantil y familia desestructurada*. Universidad Abat Oliba CEU.
24. Nuño R. (2003). *El autoestima de los adolescentes*. México.
25. Naranjo M. (2007). *Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo*. Costa Rica. Vol. 7, No.3; ISSN 1409-4703.
26. Petitbo M, Alda J, Castro J, Soutullo C, Arango C. (2014). *TRATORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: ¿Qué está sucediendo?* Barcelona – España. Impresión: Graficas Campás, S.A. Recuperado de: [http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/3r\\_informe\\_faros\\_-\\_castella.pdf](http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/3r_informe_faros_-_castella.pdf)
27. Romera Á, Arnal A. B, Bazanbide M, Bellido C. (2011). *Trastornos de conducta: Una guía de intervención en la escuela; departamento de educación, cultura y deporte*. Universidad de Aragón. Depósito legal: HU-407.
28. - Rice P. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid – España.
29. Ralph C. (2004). *Depresión en niños y adolescentes: información para padres y educadores*. Universidad Nova Southeastern de Ft. Lauderdale.

30. Sepúlveda J M. (2013). *El manejo de los comportamientos disruptivos en el aula de educación primaria*. Universidad de Valladolid.
31. Steiner D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. Maracaibo.
32. Salgado R. *Trastornos mentales y del comportamiento: CIE 10*. Madrid – España. ISBN: 84-87548-13 X. Impresión: Cometa, S.A.
33. Uruñuela P. (2012). *Las conductas disruptivas en las aulas; Revistas digital de la asociación convives*. Madrid – España. ISSN 2254-7436.
34. Vallejo R, Vidal G, Barros T. (2006). *Programa nacional para padres; ministerio de educación y cultura*. Ecuador. Recuperado de: <http://www.marango.de/files/autoestima.pdf>
35. Vicente F. (2006). *Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes*. Universidad de Valencia.
36. Vascones G. (2010). *Propuesta de tratamiento para la baja autoestima de un niño de diez años de la escuela ecológica Luis Cordero*. Cuenca – Ecuador

## XII. ANEXO.

### ANEXO 1.

#### OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES. TOCA-R

Institución..... Cantón.....

Profesor.....Curso..... Fecha.....

Nombre del alumno..... Sexo.....Edad.....

Marque la alternativa que corresponda a lo que observa en el alumno.

<b>AFIRMACIONES.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. Completa las tareas						
2. Es amistoso						
3. Busca demasiada atención del profesor						
4. Se concentra						
5. Desobedece las reglas						
6. Es sociable/interactúa con sus compañeros						
7. Trabaja bien solo						
8. Daña o hiere a otros físicamente						
9. Presta atención						
10. Se apega y anda detrás de los compañeros						
11. Rompe objetos						

12. Aprende de acuerdo a sus capacidades						
13. Es gritón con los demás						
14. Juega con los compañeros						
15. Se distrae fácilmente						
16. Es seguro de sí mismo						
17. Demuestran entusiasmo y agrado por aprender						
18. Miente						
19. Busca demasiada atención de los compañeros						
20. Se aferra al profesor						
21. Persiste en las tareas						
22. No puede estar sentado tranquilo						
23. Corre mucho y trepa						
24. Inicia peleas con sus compañeros						
25. Tiene muchos amigos						
26. Se para frecuentemente y camina por la sala						
27. Necesita afecto para motivarse en las tareas						
28. Reacciona negativamente frente a las críticas y fracaso						
29. No cumple reglas sin protestar/tramitar						
30. Comparte con sus compañeros es solidario						
31. Esta dispuesto a participar en actividades recreativas y extra programáticas						

**ANEXO 2.**

**ESCALA DE AUTOESTIMA (Lucy Reidl)**

Nombre completo:.....Edad:.....Sexo:.....

Instrucciones: lea atentamente las 20 afirmaciones que se presentan y marque una X bajo la columna que identifica su respuesta, considerando las siguientes alternativas.

**A: Estoy de acuerdo      N: No sé      D: Estoy en desacuerdo**

AFIRMACIÓN	A	N	D
1.Soy un niño con muchas cualidades			
2.Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo			
3.Con frecuencia me avergüenza de mí mismo/a			
4.Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso			
5.En realidad no me quiero a mi mismo/a			
6.Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho			
7.Creo que la gente tiene buena opinión de mi			

8.Me siento orgulloso/a de lo que hago			
9.Soy bastante feliz			
10.Poca gente me hace caso			
11.Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera			
12.Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente			
13.Casi nunca estoy triste			
14.Es muy difícil actuar como yo quisiera			
15.Es fácil que yo caiga bien a la gente			
16.Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo yo sería distinto/a			
17.Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo			
18.Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer			
19.Muchas veces desearía ser otra persona			
20.Me siento bastante seguro/a de sí mismo/a			

### ANEXO 3.

#### CDI. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.

Estos son los 27 ítems de la prueba, en los que los niños tienen que elegir una de entre tres opciones.

De vez en cuando estoy triste	
Muchas veces estoy triste	
Siempre estos triste	
Nunca me va a salir nada bien	
No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien	
Las cosas me van a salir bien	
La mayoría de las cosas las hago bien	
Muchas cosas las hago mal	
Todo lo hago mal	
Muchas cosas me divierte	
Algunas cosas me divierte	
Nada me divierte	

Siempre soy malo o mala	
Muchas veces soy malo o mala	
Algunas veces soy malo o mala	
A veces pienso que puedo pasar cosas malas	
Me preocupan que pasen cosas malas	
Estoy seguro que me pasarán cosas muy malas	
Me odio	
No me gusta como soy	
Me gusta como soy	
Todas las cosas malas son por mi culpa	
Muchas cosas malas son por mi culpa	
Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas	
No pienso en matarme	
Pienso en matarme pero no lo haría	
Quiero matarme	
Todos los días tengo ganas de llorar	
Muchos días tengo ganas de llorar	
De vez en cuando tengo ganas de llorar	
Siempre me preocupan las cosas	
Muchas veces me preocupan las cosas	
De vez en cuando me preocupan las cosas	
Me gusta estar con la gente	
Muchas veces no me gusta estar con la gente	
Nunca me gusta estar con la gente	
No puedo decidirme	
Me cuesta decidirme	
Me decido fácilmente	
Soy simpático o simpática	
Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan	
Soy fea o feo	
Siempre me cuesta hacer las tareas	
Muchas veces me cuesta hacer la tarea	
No me cuesta hacer la tarea	
Todas las noches me cuesta dormir	



Muchas veces me cuesta dormir	
Duermo muy bien	
De vez en cuando estoy cansado o cansada	
Muchos días estoy cansado o cansada	
Siempre estoy cansado o cansada	
La mayoría de los días no tengo ganas de comer	
Muchos días no tengo ganas de comer	
Como muy bien	
No me preocupan en dolor ni la enfermedad	
Muchas veces me preocupan en dolor y la enfermedad	
Siempre me preocupa en dolor y la enfermedad	
Nunca me siento sola o solo	
Muchas veces me siento sola o solo	
Siempre me siento sola o solo	
Nunca me divierto en el colegio	
Solo a veces me divierto en el colegio	
Muchas veces me divierto en el colegio	
Tengo muchos amigos	
Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener mas	
No tengo amigos	
Mi trabajo en el colegio es bueno	
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes	
Llevo muy mal lo cursos que antes llevaba muy bien	
Nunca podre ser tan bueno como otros niños	
Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños	
Soy tan bueno como otros niños	
Nadie me quiere	
No estoy seguro de que alguien me quiera	
Estoy seguro de que alguien me quiere	
Generalmente hago lo que me dicen	
Muchas veces no hago lo que me dicen	
Nunca hago lo que me dicen	
Me llevo bien con la gente	
Muchas veces me peleo	

#### **ANEXO 4.**

##### **TEMA.**

**CONDUCTA DESADAPTATIVA Y SU RELACIÓN CON LA BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DEL SEXTO Y SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “FRANCIA” DEL CANTÓN QUILANGA. PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015.**

##### **PROBLEMÁTICA:**

Las conductas desadaptativas son comportamientos que provocan problemas en la vida, desde temores relativamente pequeños, hasta distorsiones severas de la realidad e incapacidad de funcionar en forma independiente. En base a un estudio realizado por Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) afirma que: “los problemas de conducta tienen una prevalencia del 15.4% en niños de 6 y 9 años y aumenta al 29% entre los 10 y 13 años.

De acuerdo a la encuesta de salud realizada en Cataluña en el 2006 la prevalencia en los niños es del 24.2% y en las niñas es del 21%, en una muestra de 2.200 participantes, entre las edades de 4 a 14 años denominados adolescentes menores, la prevalencia de los problemas de conducta es de 9% en niños y 4.1% en niñas, analizados en relación a la edad la prevalencia en niños de 4 años es de 5.8% y alcanza el 10.6% entre los 10 y 14 años y en las niñas oscila desde el 0.9% a los 4 años y haciende hasta un 4.8% entre los 10 y 14 años en los adolescentes menores. “En otro estudio, respecto a las alteraciones psicopatológicas en la infancia, con una muestra de 411 niños, donde se consultó a padres, profesores y niños, se encontraron índices de depresión del 9%, 26% y un 13% respectivamente y síntomas de alteración de la conducta fueron del 7%,21% y 16%” (Loubat, Abusto & Vega, 2008).

Diferentes estudios epidemiológicos en América muestran que 1 de cada 5 niños presentan desordenes y que solo 1 de 20 reciben tratamiento, en Chile se realizó un estudio donde se evaluaron las conductas desadaptativas en una muestra de niños de escuelas municipales del occidente de Santiago, mediante cuestionarios dirigidos a profesores y padres donde se encontró que el 45.7% de los niños presentaron un perfil de riesgo (Greve Silva, 2006, Pág., 41 – 42).

Un estudio realizado en Chile en base a dos cohortes en niños de primero y sexto de básica tanto grupos totales como en el grupo de seguimiento, los profesores registraron una prevalencia de 3 o 4 veces más alta de problemas conductuales en ambos grupos, los niños reportaron una magnitud de baja autoestima que los sitúa en un nivel considerable, en la muestra de seguimiento tenia significativamente menos problemas conductuales registrado por los profesores que se ubica en un 33.3% en relación al 45.2% que se presentó en la población total en el primer cohorte.

Según los resultados arrojados por los padres un 36.4% de los niños con problemas conductuales, tuvieron una prevalencia de baja autoestima significativamente mayor al 15.4% que se obtuvo en niños considerados sin problemas, de igual manera los niños considerados como problemas de conducta por los maestros tenía una proporción mayor de baja autoestima que representa un 50%. (Barra, Toledo & Rodríguez, 2002)

“En otro estudio longitudinal realizado en Chile en niños que asisten a escuelas estatales de la Republica Metropolitana, donde participaron 162 niños de primero de básico y 210 del sexto de básica, donde se obtuvo una prevalencia de desórdenes depresivos de un 0.6% en el primero de básica y un 2.4% en el sexto de básica, la prevalencia de desórdenes depresivos mixtos correspondió a un 2.9%, en el sexto de básica el 20.8% presento diagnostico psiquiátrico y comorbilidad con otras patologías, así tenemos que los desórdenes depresivos y desordenes conductuales se ubica en un 2.4% y desorden mixto depresivo/conducta en un 1.4%” Barra, Toledo & Rodriguez ( citado por Loubat. et al., 2008).

En Ecuador las conductas desadaptativas representan un gran reto en la educación, de acuerdo a “un estudio realizado en Manabí en la escuela “Andrés de Vera” del Cantón Portoviejo, se identificaron conductas inadecuadas como son el 41% de los niños presenta distracción, el 14% inquietud, 9% peleador, 8% miente, 6% vagabundea, 5% irritable y desobediente, 5% es destructor, solitario y desafiante, el 3% es deprimido y un 2% es teatrero y hurta.” (García Vélez, 2010, Pág. 121). “En otro estudio realizado en la provincia de Azuay con una muestra de 137 niños durante el años lectivo 2008-2009 se obtuvieron los siguientes resultado, el 56% presentaba dificultades en su conducta, en relación al género tenemos que los problemas de conducta se manifiestan más en niños que en niñas con el 55%.” (Barros Pontón, 2010, Pág. 116).

“En la provincia de Loja en base a un estudio realizado en dos instituciones optemos que el 39.43% presenta un comportamiento irritable ante ciertas circunstancias, un 45.07% presenta desconcentración y poco interés en las actividades escolares, en cuanto al aspecto emocional tenemos que el 100% de los niños examinados presentan sentimiento de tristeza, aislamiento social” (Delgado & Tinoco, 2011. Pág. 48). En el cantón Quilanga no existen estudios que nos revelen datos acerca de esta problemática por tal motivo es de gran importancia investigar, ¿las conductas desadaptativas y su relación en el autoestima y depresión en los alumnos de la escuela “Francia”?

## **JUSTIFICACIÓN**

Un aspecto importante dentro de las instituciones de educación es el bienestar de sus alumnos ante diferentes problemáticas que se presentan, como son las conductas desadaptativas, baja autoestima y depresión que afecta el desarrollo óptimo de los niños y niñas.

La presente investigación está orientada a conocer la realidad existente sobre esta problemática, debido a su magnitud de afectación tanto en lo educativo como familiar, que no permite el desarrollo tanto psicológico, familiar y social, dando como resultado niños con graves problemas que cada vez se incrementan considerablemente afectando su vida futura.

Debido a esto nos centramos en los niños y niñas de la escuela “Francia”, del Cantón Quilanga, para así analizar la situación existente de esta problemática en determinada institución y brindar información para aportar en el bienestar de la niñez de este Cantón

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general.**

- Analizar las conductas desadaptativas y su relación con la baja autoestima y depresión de los niños de sexto y séptimo año de educación básica de la escuela “Francia” del Cantón Quilanga, en base a un cuestionario de conductas desadaptativas, cuestionario de autoestima para niños y cuestionario de depresión infantil.

### **Objetivos específicos.**

- Determinar la existencia de las conductas desadaptativas de los niños de sexto y séptimo año de educación básica.
- Examinar la relación existente entre las conductas desadaptativas y la baja autoestima de los niños del sexto y séptimo año de educación básica.
- Comparar la relación existente entre las conductas desadaptativas y la depresión en los niños.

## **MARCO TEÓRICO.**

### **CAPITULO I.**

#### **1. CONDUCTA DESADAPTATIVA.**

- 1.1. DEFINICIÓN.
- 1.2. FACTORES DE RIESGO.
  - 1.2.1. Individuales.
  - 1.2.2. Grupo de iguales.
  - 1.2.3. Familiares.
- 1.3. CONDUCTAS DESADAPTATIVAS COMUNES EN EL AULA.
  - 1.3.1. Hiperactividad.
  - 1.3.2. Conducta violenta.
  - 1.3.3. Estados de frustración.
  - 1.3.4. Conducta delictiva.
  - 1.3.5. Hostigamiento.
  - 1.3.6. Conducta impertinente.
  - 1.3.7. Actividades desafiantes.
- 1.4. EL COMPONENTE ESTRUCTURAL DE LAS CONDUCTAS DESADAPTATIVAS.
- 1.5. LA ESCUELA COMO ESPACIO DE PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DESADAPTATIVAS.
- 1.6. TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS DESADAPTATIVAS.
  - 1.6.1. Análisis de la demanda.
    - 1.6.1.1. Evaluación del contexto escolar.
    - 1.6.1.2. Evaluación del alumno.
    - 1.6.1.3. Evaluación del contexto socio-familiar.
  - 1.6.2. Estrategias terapéuticas.
  - 1.6.3. Técnicas de relajación.
  - 1.6.4. Asesoramiento e intervención con familias

## **CAPITULO II.**

2. AUTOESTIMA.
  - 2.1. DEFINICIÓN
  - 2.2. FACTORES DE FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA.

- 2.2.1. La inteligencia.
- 2.2.2. La familia.
- 2.2.3. La sociedad.
- 2.2.4. La escuela.
- 2.3. ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL AUTOESTIMA.
  - 2.3.1. Autoimagen
  - 2.3.2. Autovaloración.
  - 2.3.3. Autoconfianza.
  - 2.3.4. Autorespeto.
- 2.4. TIPOS DE AUTOESTIMA.
  - 2.4.1. Autoestima elevada o alta.
  - 2.4.2. Autoestima negativa o baja.
- 2.5. IMPORTANCIA DEL AUTOESTIMA.
- 2.6. RELACIÓN ENTRE AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.
- 2.7. AUTOESTIMA EN LA INFANCIA.
- 2.8. TRATAMIENTO DE LA AUTOESTIMA.
  - 2.8.1. Diagnóstico
  - 2.8.2. Pruebas psicológicas.

### **CAPITULO III**

- 3. DEPRESIÓN.
  - 3.1. DEFINICIÓN.
  - 3.2. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN.
    - 3.2.1. Factores genéticos.
    - 3.2.2. Factores endocrinológicos.
    - 3.2.3. Factores neurofisiológicos.
    - 3.2.4. Factores psicológicos.
    - 3.2.5. Factores socio-familiares.
  - 3.3. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN.
    - 3.3.1. Síntomas emocionales.

- 3.3.2. Síntomas físicos y conductuales.
- 3.3.3. Síntomas cognitivos.
- 3.4. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL CIE 10.
  - 3.4.1. Episodios depresivos F32.
  - 3.4.2. Episodio depresivo leve F32.0.
  - 3.4.3. Episodio depresivo moderado F32.1.
  - 3.4.4. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2.
  - 3.4.5. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3.
- 3.5. LA DEPRESIÓN EN FUNCIÓN DE LA EDAD DEL INDIVIDUO.
- 3.6. LA DEPRESIÓN EN LAS ESCUELAS.
- 3.7. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.
  - 3.7.1. Terapia cognitivo-conductual.
  - 3.7.2. Terapia interpersonal.
  - 3.7.3. Terapia basada en la familia.

## **Capítulo I.**

### **1. Conducta desadaptada.**

#### ***1.1. Definición.***

Las conductas desadaptativas en la infancia son entendidas como “la falta de adaptación de los niños a sus tareas tempranas y por las cuales se les evalúa, a nivel del ambiente familiar y escolar.” (Greve Silva, 2006, Pág. 37).

Las conductas desadaptativas de los niños se relacionan estrechamente con aspectos cotidianos como son los amigos, familia, juego, escuela y estado de ánimo general, dentro de las conductas desadaptativas más presentes en los niños en el ambiente escolar tenemos las



relacionadas con la agresividad, impulsividad, timidez, inmadurez emocional e insuficientes condiciones de aprendizaje.

Niños con conductas agresivas dañan físicamente a otros niños, son poco cuidadosos con los objetos personales, no obedecen reglas, son desafiantes, reaccionan negativamente frente a críticas y al fracaso. La timidez en los niños se relaciona con problemas dentro de las relaciones interpersonales, mostrándose poco amistoso y con dificultades para socializar, los niños con inmadurez emocional, tienen dificultad para funcionar autónomamente, exigen una demanda de atención y colaboración por sus padres y profesores. Los niños que se “portan mal”, manifiestan determinadas conductas hostiles solamente en determinados ambientes o bajo determinadas condiciones, hay otros infantes que aparentemente no tienen problemas comportamentales, pero que en determinados momentos del día se muestran desafiantes ante la autoridad.

## **1.2. Factores de riesgo.**

**1.2.1. Individuales.** “Dentro de los factores individuales tenemos, disminución en las destrezas en el manejo de conflictos, ataques de ira, pobres habilidades sociales, modelo de atribuciones externas, experiencias de humillación o rechazo, patrón de amenazas/maltrato a otros, víctimas de abuso o negligencia (físico, emocional, sexual), relaciones pobres/aislamiento y dificultades de aprendizaje.”(Vicente, 2006). Así como también “baja autoestima, inseguridad, impulsividad, múltiples cambios vitales estresantes (separación de padres, cambios de ciudad, de residencia, pérdida de amigo), poca tolerancia a la frustración, pensamiento precoz errático y confuso, alto retraimiento, timidez, aislamiento social, introversión.” (Garaigordobil & Maganto, 2013, Pág. 39)

**1.2.2. Grupo de iguales.** Se incluyen factores como conductas agresivas en clase, rechazo de los iguales, asociación con iguales desviados, destrucción de la propiedad y vandalismo, respuestas ineficaces del profesorado y un clima de clases inadecuado.

**1.2.3. Familiares.** En cuanto a los factores de índole familiar se encuentra un bajo nivel económico, actividades inadaptadas de los padres, un estilo educativo ineficaz, baja supervisión o control, conflictos familiares, bajo apoyo emocional y una disciplina inconsistente. “También se encuentran factores como padres con problemas psicopatológicos, violencia intrafamiliar entre padres, de padres a hijos, pseudoabandono infantil por estrés laboral, familias con problemas de

drogodependencias, desinterés por el aprendizaje de sus hijos y falta de motivación por el rendimiento académico.” (Garaigordobil & Maganto, 2013, Pág. 39).

### ***1.3. Conductas desadaptativas comunes dentro del aula.***

Dentro de estas tenemos.

***1.3.1. Hiperactividad.*** El niños hiperactivo es aquel que exhibe un grado de inquietud motora mayor de la que se espera para su edad física y mental, por lo general carece de la capacidad de mantener la atención hacia un estímulo, lección o tarea. Otro rasgo común es la falta de control de impulsos, la hiperactividad es en muchos casos una característica de la forma de ser de la persona condicionada por su dotación genética, en otros casos puede estar relacionada con alteraciones de la fisiología del cerebro ocasionando problemas durante la gestación, el parto o en los primeros años de vida.

“SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD:

Distracción y escasa concentración.

No acaba las tareas.

Demorar mucho con las tareas o el estudio.

Olvida donde están los útiles escolares.

No sigue instrucciones.

Atender a estímulos insignificantes en detrimento de los importantes.

Hablar demasiado.

No poder esperar.

Interrumpir frecuentemente.

Atropellamiento en todo lo que hace.

Juegos bruscos y violentos.

Manipulación descuidada de los objetos y destrucción de los mismos.

Poca o ninguna tolerancia a la frustración

Propensión a las rabietas y a la agresión.” (Cardoze, 2006, Pág. 16).

**1.3.2. Conducta violenta.** Hace referencia a las agresiones físicas habituales en algunos alumnos, este comportamiento no surge de la nada, siempre existen antecedentes, “el hecho de causar daño intencionalmente a una persona u objeto ya sea animado o inanimado tanto físico como psicológico.” (Sepúlveda, 2013, Pág. 21).

La conducta violenta en la gran mayoría de los casos es aprendida de modelos que los niños tiene en su vida, como los familiares, los personajes de televisión y otros miembros de la comunidad, por ejemplo padres que inducen a sus hijos a imponerse por la fuerza física y a que intimiden a otros. En algunos casos los padres influyen para que los hijos sean respetados en base a la utilización del poder físico, cuando uno de estos padres u otro familiar de más edad le dice a un niño (si te pegan, pega más fuerte), sin ninguna explicación adicional, puede entender que debe estar defendiéndose de cualquier cosa, si lo miran interpreta que lo quieren agredir y se adelanta a golpear.

La vivencia de actos violentos o de un patrón de relaciones familiares agresivas, ocasiona que el niños incorpore la agresión como modo normal de respuesta en sus relaciones con los compañeros de escuela o juego en el vecindario, el castigo físico repetido por parte de los padres contra el niño le enseña que es una forma valida de hacerse respetar, repitiendo a su vez este tipo de comportamiento, no solo imponiéndose, si no también elevando su autoestima por el sentimiento de poder que lo embarga después de amenazar y someter por la fuerza a los demás.

“Una conducta violenta aprendida está relacionada a la que exhibe un alumno con la intención de convertirse en el líder del grupo, con una finalidad no constructiva, más bien orientada a sentirse bien él o ella.”(Cardoze, 2006, Pág. 17).

**1.3.3. Estados de frustración.** La frustración es la pérdida de algo que se espera o se deseaba, o la insatisfacción de una necesidad, dependiendo de la importancia que tenga para nuestra vida esa pérdida o insatisfacción, así será la intensidad y duración del estado de frustración.

Cuando no se satisface algo muy significativo se pueden experimentar un abatimiento emocional o depresión, baja autoestima, irritabilidad y agresividad.

**1.3.4. Conducta delictiva.** Alumnos acostumbrados en su medio ambiente a la delincuencia, que incluye robo o asalto, consumo o venta de drogas ilícitas, se pueden mostrar violentos en los centros educativos, suelen robar a sus demás compañeros haciendo uso de la agresión física o intimidación, esta conducta se presenta en ambos sexo, e incluso el uso de armas para causar daño a otros alumnos con quienes existan conflictos.

**1.3.5. Hostigamiento.** Se refiere a molestar o burlarse insistentemente, utilizando sobrenombres, el hostigamiento o acoso puede desembocar en agresiones físicas o incluso sexuales, las víctimas por lo general son alumnos tímidos e inseguros, con pocas habilidades sociales o alguna deficiencia física o cultural

**1.3.6. Conducta impertinente.** Son los alumnos que molestan de palabra o de obra, ocasionan el desorden durante clases, no presta atención por estar molestando, son todas las conductas inadecuadas dentro de las clases, hace ruidos innecesarios, se levanta para molestar, hace comentarios fuera de tono, canta o silba, se lanza al piso, se quita los zapatos, gesticula o se convierte en el payaso del grupo.

“Estos alumnos se caracterizan por:

Bajo rendimiento académico.

Dificultades de comprensión.

Inmadurez emocional.

Atención deficiente.

Necesidades de llamar la atención.

La intención de dificultar la labor de enseñanza y aprendizaje.”(Cardoze, 2006, Pág. 20).

**1.3.7. Actitudes desafiantes.** El alumno desafiante es aquel que reiteradamente se niega a colaborar a seguir instrucciones, constantemente pone a prueba la paciencia de los docentes o director. Su rebeldía se fundamenta en el rechazo, obedeciendo más a una actitud irresponsable y negativa, la actitud desafiante está asociada muchas veces a la conducta agresiva. Dentro de los antecedentes a esta clase de actitud tenemos: crianza con exceso de permisividad o

consentimiento, estudiantes a los que hay que llamar constantemente la atención por sus conductas.

#### ***1.4. El componente estructural de las conductas desadaptativas.***

Estas conductas son síntomas de problemas mayores, expresión de otras disfunciones educativas importantes que es preciso detectar, estas conductas no se pueden entender sin analizar otras dimensiones. Al utilizar solo la disciplina para corregir estas conductas es dar soluciones inefectivas, ya que solo se interviene en los síntomas mas no en las causas lo que ocasiona que se mantengan las conductas desadaptadas e incluso agravándose.

La dimensión estructural hace referencia a las contradicciones en la estructura escolar y señala una diferencia entre objetivos buscados y los objetivos realmente logrados, los centros educativos siguen manteniendo estructuras organizativas ambiguas que dificultan notablemente la atención como respuesta a las necesidades de los alumnos.

Los profesores siguen organizando los equipos de trabajo que es donde se presentan estas conductas, no existen acuerdos previos y pautas aceptadas por los maestros para impartir clases con estos alumnos, están regidos por reglamentos de disciplina rígidos, pensados en sancionar y apartar a los alumnos que presentan estas conductas, sin incluir en ningún momento procedimientos de recuperación e integración a estos alumnos. (Uruñuela, 2012, Pág.6)

#### ***1.5. La escuela como espacio de prevención de las conductas desadaptativas.***

Trianes (citado por García, 2004) manifiesta que en la actualidad muchas horas se permanecen en las instituciones educativas con sus iguales y profesores, desafortunadamente cada vez son más los casos de conductas desadaptativas que se presentan en dichos espacios. Es un fenómeno que impide el normal desarrollo de la enseñanza y degeneran las relaciones interpersonales en la convivencia de profesores y alumnos y de estos entre sí. El docente tiene la posibilidad de observar una gran variedad de conductas en diferentes situaciones (académicas, interpersonales y recreativas), lo que lo ubica en una situación privilegiada para detectar signos de alerta ante conductas de riesgo.

Otero & López (citado por García, 2004) refiere que la actitud del maestro ante cualquier indicio de conducta problema será de vital importancia ya que serán las bases para una posterior

intervención. Debe ser un trabajador de grupo por lo que debe conocer los efectos de los distintos componentes del ambiente escolar sobre la conducta social de los alumnos y del grupo de clase.

La escuela es considerada como una de los ámbitos más idóneos para llevar a cabo una labor preventiva ya que conlleva una serie de ventajas como es el acceso a un gran número de alumnos, posibilidad de actuaciones preventivas de bajo costo, la oportunidad de implementar diseños preventivos de carácter longitudinal, de un modo u otro, en la vida de los infantes como son los padres, comunidad, amigos y medios de comunicación.

“Se considera que para prevenir y tratar estas conductas entre los escolares es necesario; que los adultos de la escuela y, en cierta medida los de las familias tengan conciencia de la magnitud de los problemas; que los adultos decidan implicarse con cierta seriedad para cambiar la situación, todo ello redundará en conseguir mejores relaciones entre compañeros y crear las condiciones adecuadas que posibiliten desenvolverse y funcionar de mejor manera dentro y fuera de la institución educativa”(García, 2004, Pág. 124)

## ***1.6. Tratamiento de las conductas desadaptativas.***

### ***1.6.1. Análisis de la demanda.***

“Una vez recibida la demanda de intervención se realiza un análisis para llegar a una hipótesis del caso, es necesario tener conocimiento mediante una entrevista con los implicados en determinado caso, para concretar la demanda, valorar la gravedad del caso, el grado de las conductas problema identificando los contextos implicados y la historia escolar y personal del niño” (Romera et al., 2011, Pag.64).

Es necesario que en esta primera valoración participen todos los implicados en el contexto escolar y familiar para obtener mayor información, también es importante su participación en la toma de decisiones, por último es importante llegar a acuerdos en cuanto a las distintas actuaciones planteadas, los espacios de intervención, concretar aspectos como el tiempo, las responsabilidades.

*1.6.1.1. Evaluación del contexto escolar.* En la valoración del contexto escolar hay que tomar en cuenta la información de los diferentes profesionales implicados así como el funcionamiento y organización del centro escolar. “Con el fin de obtener mayor y mejor

información se propone una entrevista semiestructurada, la información más relevante a obtener será la descripción precisa de las conductas manifiestas por el alumno, sus antecedentes y consecuencias, las expectativas hacia el niño, reacciones de los compañeros y maestros ante dichas conductas y aspectos positivos del alumno” ( Romera et al., 2011,Pág.65).

La información recogida de los maestros se valorara de forma individual, para evitar el contagio con respecto a la percepción del alumno en cuestión, en cuanto al centro educativo sus características y dinámicas del propio centro, son igualmente importantes para plantear una intervención.

*1.6.1.2. Evaluación del alumno.* Se realiza una valoración de forma individual, donde se analiza cuáles son las características básicas de su patrón conductual a través de la descripción topográfica y un análisis funcional del mismo: “que conductas problemas son las más frecuentes, los posibles desencadenantes y cuáles son las consecuencias inmediatas. Además se realiza una evaluación completa de su historial personal, sus capacidades cognitivas: perfil de aptitudes y desarrollo cognitivo, capacidades atencionales, grado de impulsividad/reflexividad, creatividad, estilo de pensamiento, autoconcepto, autoestima, por último se valora las capacidades emocionales y habilidades sociales, es de vital relevancia las características de las interacciones del alumno con sus iguales y con los adultos, el estilo comunicativo, su grado de ajuste y competencia social” ( Romera et al., 2011, Pág. 66)

*1.6.1.3. Evaluación del contexto socio-familiar.* El contexto familiar es de gran importancia por ser el primer contexto de socialización, en la familia es donde se realizan los primeros aprendizajes sobre relaciones sociales y se adquieren los valores que continuaran desarrollándose. “La familia es un subsistema dentro de otros sistemas sociales más amplios: barrio, localidad, por lo tanto resulta esencial coordinarse con otros servicios de su entorno próximo para poder obtener recursos con los que se cuente, se analizara y valorara todas las características familiares: su estructura y composición, su historial previa sobre diferentes aspectos, su estilo de crianza ya sea sobreprotector, autoritaria, permisivo, asertivo” (Fernández, 2009).

“La evaluación nos permite descubrir los factores causantes de los problemas de conductas y explicar este fenómeno, identificación de las características del procesamiento central y factores de continuidad del malestar de las personas en los diferentes niveles bio-psico-social de

desarrollo cuando se somete a circunstancias específicas” (García, Ruiz & Carulla, 2010, Pág. 37).

Una vez valorado los diferentes contextos se procede a la intervención para ello debemos tener claro que si “la conducta de un niño se enmarca en una variante de normalidad o bien se debe considerar como patología tomando en cuenta los parámetros de persistencia, frecuencia e intensidad, las malas conductas forman parte de la conducta normal de los niños sin patología, en estos casos el abordaje consiste simplemente en una intervención educativa determinado por el estilo educativo de las familias”(Rigau, García & Palladares, 2006,Pág. 84).

Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que puede suscitarlas y mantenerlas. Las terapias conductuales establecen una relación estrecha entre diagnóstico, la evaluación y el tratamiento; siendo los dos elementos primeros la base sobre la cual se lleva a cabo el tratamiento.

**1.6.2. Estrategias terapéuticas.** Los terapeutas conductuales se valen de toda una serie de principios de aprendizaje y de otras estrategias.

- *Principios de reforzamiento positivo:* el reforzamiento aplicado contingentemente a un comportamiento determinado, aumenta la probabilidad de que se repita el comportamiento.
- *Principio de reforzamiento negativo:* se define como aquel estímulo que elimina la probabilidad de que se repita la conducta.
- *Moldeamiento:* consiste en la aplicación de manera selectiva y planificada del principio del reforzamiento positivo, esto comienza estimulando aquellas conductas deseadas, hasta que solamente se refuerce la presencia de la conducta deseada.
- *Economía de fichas:* se aplica los principios del reforzamiento positivo y del moldeamiento, el sujeto recibe reforzadores como fichas, puntos, estampillas, etc., que después pueden cambiar por los estímulos.
- *Control de estímulos:* cuando siempre que se presenta determinado estímulo, al mismo sigue la presencia de determinado comportamiento, decimos entonces que ese comportamiento está bajo el control de ese estímulo.



- *Técnicas aversivas*: estímulos de carácter negativo que son aplicados ante determinados comportamientos, se diferencia del castigo en que el sujeto puede evitar o escapar de la situación aversiva, si emite determinados comportamientos.
- *Autocontrol*: el sujeto se aplica sus propios reforzamientos y castigos para controlar sus comportamientos.
- *Desensibilización sistemática*: la determinación de sus metas u objetivos, ocupa un lugar de importancia central en la terapia conductual.

La meta u objetivo general es el de crear nuevas condiciones para el aprendizaje, una vez que se ha realizado el análisis funcional de los comportamientos problemas, se realiza la selección de las metas u objetivos terapéuticos y se detalla el plan. (Castillo, Ledo & Ramos, 2012, Pág. 32)

**1.6.3. Técnicas de relajación.** Se pueden aplicar cuatro procedimientos de relajación a niños: la relajación muscular progresiva, respiración con meditación, técnica autógena (repetición silenciosa de ordenes o afirmaciones), y técnicas basadas en la imaginación.

La elección de la técnica está determinada por las características de los niños, las técnicas de imaginación puede ser particularmente adecuadas debido al interés de la mayoría de los niños porque despiertan fantasías.

**1.6.4. Asesoramiento e intervención con familias.** La intervención con las familias se centran en diferentes aspectos importantes como son:

Promover la prevención de los trastornos de conducta, asesoramiento directo con las familias que se puede realizar de diferentes maneras como es por medio de entrevistas individuales, sesiones generales convocando a todos los padres.

En las intervenciones el objetivo es facilitar un espacio de reflexión entre todos los implicados en la educación de un niño, una oportunidad para intercambiar los puntos de vista y escucharse unos a otros, legitimar el funcionamiento del familiar, para que la familia pueda actuar de la mejor manera, reconocer las capacidades del sistema familiar, asegurar los mecanismos de inclusión de todos los miembros evitando cualquier exclusión, tomar en cuenta en todo momento la importancia del contexto en los comportamientos, trabajar principalmente en cada momento que es importante y preocupante para la familia.(Romera et al., 2011, Pág.86).

## Capítulo II

### 2. Autoestima.

#### 2.1. Definición.

“El autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de características corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad“(Acosta & Hernández, 2004).

Esta se relaciona con el desarrollo integral de la personalidad en los niveles: ideológico, psicológico, social y económico. Es inherente a todos los humanos, es el resultado de lo social que se desarrolla de la interrelación del hombre y el mundo, dentro del proceso de la actividad y experiencia social.

A la autoestima también se la define como el conocimiento de sí mismo, en función de velar por uno mismo, defenderse, valorarse, estimarse y observarse. “Es el valor individual que cada uno tiene de sí mismo, respetándose, aceptándose, valorándose y creer en uno mismo; es nuestra forma de pensar, sentir y actuar, siendo un sentimiento muy profundo de cada ser, aceptándose incondicionalmente así mismo, sin juicio destructivo” (Vallejo, Vidal & Barros, 2006, Pág. 4).

La autoestima está relacionada con muchas formas de conductas, las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresivas, de la misma manera que pueden manejar adecuadamente el estrés, experimentando menos problemas en su salud.

#### 2.2. Factores de formación de la autoestima.

Durante los primeros cinco años de vida la autoestima se forma dentro de la familia, al empezar la vida escolar intervienen varios factores, pero la familia es el grupo más importante para cimentar los valores. El individuo logra un desarrollo psicológico saludable, al tener una sólida autoestima. Los precursores de la autoestima son aquellas condiciones o factores que facilitan la construcción de la autoestima.

**2.2.1. La inteligencia.** Es la capacidad para conseguir y acumular experiencia, la aptitud para organizar y aplicar a la realidad las experiencias pasadas a situaciones nuevas, lo que facilita que la persona se adapte de manera adecuada y útil para la sociedad.

**2.2.2. La familia.** La autoestima se construye desde el ambiente familiar, cuando existe violencia intrafamiliar, las víctimas y victimarios tienden a poseer baja autoestima, debido a que todo padre está ubicado en una posición especial de la cual traspassa a sus hijos sus conceptos y enfoques de vida por erróneos que estos sean.

“Los niños establecen criterios según la información que recibe, y una vez establecidos los criterios durante su etapa de formación intelectual y moral, es muy difícil llegar a cambiarlos, la familia es el punto de partida para la creación de la autoestima” (Nuño Cazares, 2033, Pág. 44). De igual manera están muy relacionados la autoestima con la comunicación porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, por tal motivo los padres que dañan el autoestima del niños no lo hacen intencionalmente, pues la comunicación incluye además de las palabras, los silencios, posturas, gestos, actitudes, expresiones, tono de voz, y miradas significativas.

**2.2.3. La sociedad.** Es muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura la familia adopta deferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y contribuyen a la formación de la personalidad de los niños.

Las personas que tienen una baja autoestima, tienden a adoptar roles sociales sometidos, evitan situaciones que requieran asumir responsabilidad, “en la sociedad actual el nivel de autoestima de las personas está condicionado a la actividad que desempeña para ganarse la vida, por las posiciones de poder social, por el éxito o fracaso profesional, parámetros de belleza, moda, por razones étnicas, religiosas.” (Nuño Cazares, 2003, Pág. 41).

**2.2.4. La escuela.** De acuerdo al enfoque sistémico, se considera que los aspectos intrapsíquicos de las personas como la autoestima, tienen que ver con los elementos que forman parte del sistema relacional en el que está inmerso el niño, la escuela sobre todo en los primeros años es el lugar donde pasa muchas horas, la escuela como sub-sistema abierto ya que comparte funciones con el familiar y social y con los que debe trabajar con armonía.

En la escuela los niños tienen las mismas necesidades básicas de expresiones de afecto y seguridad, del derecho de ser una persona de valor y de tener oportunidades de triunfar. Es importante tener en cuenta que el niño esta incluidos en tres sistemas diferenciados: la escuela, la familia y la sociedad, de los cuales elabora su conocimiento y evolución personal a partir de atribuir un significado a las situaciones que vive y aprende, en este proceso es muy importante

su capacidad de autonomía, reflexión e interacción constante con otros sujetos de su comunidad. La opinión que el infante tenga de sí mismo en relación con otras personas se acentúa en la escuela, porque es el contexto donde puede compararse con muchos otros niños de su edad.

### ***2.3. Elementos que conforman la autoestima.***

Los conceptos de autoimagen, autovaloración y autoconfianza son claves para entender el proceso de la autoestima, ya que son los componentes que conllevan a la estimación propia.

**2.3.1. Autoimagen.** “La autoimagen es el retrato que las personas tenemos de nosotras mismas, siendo esta visión indiscutible, es una imagen real del individuo. Esta capacidad de verse a sí mismo no mejor ni peor de lo que en realidad es, considera un proceso de toma de conciencia de los deseos, sentimientos, debilidades, virtudes para obtener una autoimagen realista.

Una de las principales causas de una autoestima inadecuada es la falta de claridad en el conocimiento de sí mismos, lo que generan sentimientos de superioridad o inferioridad, además de la ignorancia acerca de los defectos y virtudes que se poseen” (Álvarez, Sandoval & Velásquez, 2007, Pág. 10). Se puede decir que está formada por varios niveles como son el cognitivo – intelectual que constituyen la ideas, opiniones y creencias y procesamiento de la información exterior, en lo emocional hace referencia a las cualidades personales, implicando sentimientos de lo agradable y desagradable sobre nuestra persona y lo conductual que constituye las decisiones de actuar, llevara a cabo un comportamiento.

**2.3.2. Autovaloración.** “La autovaloración es apreciarse como persona importante para sí y para los demás, cuando una persona tiene una buena autoimagen es porque valora positivamente lo que ve y tiene fe en su competitividad. Por lo contrario, cuando la persona tienen una autoimagen dañada es por la autoevaluación negativa que posee acerca de sí, lo que afecta a la capacidad de quererse y conocer sus virtudes” (Álvarez et al., 2007, Pág. 11).

**2.3.3. Autoconfianza.** Consiste en considerarse capaz de realizar diferentes cosas de manera correcta, esta convicción interna permite al individuo sentirse tranquilo al momento de enfrentar retos y provoca cierta independencia frente a la presión que pueda ejercer un grupo, la persona que no confía en sí mismo es insegura y conformista, y la incapacidad para realizar tareas nuevas.

Ochoa (citado por Álvarez, 2013) percibe la autoconfianza como creer en sí mismo y en las propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que motiva a las personas a buscar oportunidades que les permita demostrar sus áreas de competencia.

**2.3.4. Autorespeto.** Respetarse a sí mismo, es un trabajo indispensable para vivir en armonía con uno mismo y con los demás, constantemente nos quejamos que otros nos faltan el respeto sin entender que es más frecuente que uno mismo se falte el respeto de manera inconsciente. El respeto a si mismo se manifiesta a través de diferentes formas:

- Atender y satisfacer las propias necesidades y valores.
- Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse.
- Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

Las faltas de respeto comienzan con faltas de respeto a uno mismo por eso es importante analizar detenidamente como y porque yo lo permito y no tanto porque los demás lo hacen, sin duda de la misma manera que las relaciones humanas profundas se establecen sobre bases de respeto, también la autoestima se fortalece cuando aprendemos a respetarnos a nosotros mismos.

#### **2.4. Tipos de autoestima.**

Los distintos tipos de autoestima que existen en el mundo de la investigación y la psicología, nos encontramos que los más definidos por los diferentes autores han sido la autoestima positiva o alta y la autoestima negativa o baja.

**2.4.1. Autoestima positiva o alta.** Otorga una serie de “ingredientes favorables para el desarrollo de nuestra salud y nivel de vida, dando lugar a la formación de una personalidad consolidada, una autoestima elevada, otorga una impresión de bienestar y confianza interior dando como resultado una conducta positiva” (Alvares, 2013, Pág. 17), estos sujetos se respetan a sí mismos valorándose, aceptando sus fortalezas y debilidades y se caracterizan por ser competentes.

Robles (citado por Álvarez, 2013) refiere que estos sujetos tienen la capacidad de estimarse positivamente, se sienten capaz de resolver los problemas cotidianos sin sentirse limitados por las dificultades que se les presentan. Se considera que al poseer una autoestima adecuada, los

individuos sabrán escuchar y ser optimistas, teniendo una forma de pensar positivo, teniendo relaciones interpersonales fructíferas, serán creativos y estarán seguros de sí mismos, serán más cooperadores, actuarán de manera responsable comportándose adecuadamente, presentarán mayor rendimiento escolar, confiarán en sus decisiones y afrontará los retos.

**2.4.2. Autoestima negativa o baja.** Simmons (citado por Álvarez, 2013), hace referencia a que los individuos que poseen una autoestima negativa tienen la tendencia de rechazarse a sí mismos, menospreciándose e infravalorándose con una serie de pensamientos negativos hacia su persona, suelen tener falta de confianza, mostrándose indecisos y teniendo miedo a equivocarse y expresar sus ideas.

“Se consideran personas pasivas, sin decisión para tomar una iniciativa ante la ejecución de algún proyecto, temen hablar en público provocando aislamiento y malas relaciones interpersonales, la particularidad de que dichos individuos carezcan de un alto grado de confianza consiguiendo ocultar sus pensamientos, además son incapaces de amar y expresar los sentimientos llegando incluso a depender de otras personas para su desarrollo en la sociedad actual. Las personas con baja autoestima se caracterizan por actuar de manera agresiva y estar tristes y deprimirse, poseen un bajo rendimiento escolar rindiéndose fácilmente ante los obstáculos” (Álvarez, 2013, Pág.18).

## **2.5. Importancia de la autoestima.**

La autoestima y autoconcepto juegan un papel importante dentro de la vida del sujeto, el tener un autoconcepto y autoestima positivo es de mayor importancia para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco referencial desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y motivación, contribuye a la salud y equilibrio psíquico.

La autoestima es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás, requerimiento indispensable para la vida plena, la autoestima es la reputación que se tiene de sí mismo, tiene dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal.

La autoestima es la suma de la confianza y respeto por uno mismo, el reflejo del juicio que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (comprender y superar problemas), y su derecho de ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades), sentirse apto, capaz y valioso. “De ahí la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta, en todas las épocas de la vida es importante la autoestima pero de manera especial en la época formativa de la infancia y adolescencia, en el hogar y aula, una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación recibida por los padres y educadores, de los múltiples mensajes enviados por ambos y que ejercen un efecto sumamente nocivo para los jóvenes” (Steiner, 2005, Pág. 19).

### ***2.6. Relación entre autoconcepto y autoestima.***

“El autoconcepto es la percepción cognitiva consiente y la evaluación que las personas se realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de si mismas” (Rice, 2000), hace referencia a la identidad auto-hipotetizada de la persona. Desde la evidencia se plantea hipótesis sobre sí mismos y examinan sus sentimientos y opiniones mediante sus experiencias y relaciones, estableciendo comparaciones de su persona con sus propios ideales y otras personas. “Todas las personas tiene seis aspectos del yo: lo que realmente son, lo que piensan que son, lo que piensan de otras personas, lo que creen que piensan los demás sobre ella, lo que quiere llegar a ser y las expectativas que creen que otras personas tienen sobre ellas” (Naranjo, 2007, Pág.5).

El autoconcepto puede o no tener enfoques cercanos a la realidad, está en permanente cambio, el autoconcepto básico se refiere a la visión del adolescente sobre su personalidad y las percepciones que tienen acerca de sus habilidades, estatus y sus funciones en el mundo exterior, posteriormente está el autoconcepto temporal o transitorio, estas ideas sobre si mismos están influidas por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente y por ultimo está el yo social que es la opinión que creen que otras personas tienen sobre ellas, que a su vez influye sobre ellas mismas.

### ***2.7. Autoestima en la infancia.***

“La autoestima positiva cultivada desde la niñez es una eficaz purificación contra los devastadores efectos de la depresión, por lo contrario la autoestima deficiente es el precursor de la depresión.”(Lima, 2007, Pág. 53).

Las actividades creativas ofrecen oportunidades excelentes para incrementar la competencia, tienen suficiente amplitud para que cada niño pueda experimentar sus habilidades individuales, se sienten bien al realizar algo creativo y atractivo y si los materiales son armoniosos, los trabajos de los niños serán satisfactorios ampliando sus sentimientos de autoestima, también merece la pena ofrecer oportunidades donde se ponen a prueba la habilidad del niño pero teniendo en cuenta los niveles de dificultad de las actividades de manera que les sirva para probar sus propias habilidades. Para desarrollar y aumentar el autoestima en la infancia es necesario la retroalimentación a los niños por sus trabajos y actuación en la escuela por parte de sus maestros y como lo interpretan influye significativamente en el desarrollo de la autoestima.

“Una autoestima elevada y adecuada en nuestros niños, los prepara para una vida adulta más operativa y saludable.”(Lima, 2007, Pág. 53). Los profesores de la primera infancia que desean incrementar los sentimientos de autoestima en los niños que están a su cuidado tienen a su disposición muchas formas de conseguirlo, sin embargo deben de evitarse el uso de las competencias y competitividad, ser protectores y emitir juicios a otros niños en presencia de estos debido a que esto tiende a disminuir la autoestima. Para edificar la autoestima en los infantes incluyen la expresión de mirarlos positivamente e incondicionalmente, ofrecerles conocimientos y alabarlos cuando lo merecen y expresar verdadero respeto.

### ***6.8. Tratamiento de la autoestima.***

Una vez obtenida la información acerca de la autoestima en el niño, continuamos con el diagnóstico para ello nos basamos en:

#### ***6.8.1. Diagnóstico.*** Para realizar el diagnóstico debemos tener en cuenta:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con familiares.
- Elaboración de la historia clínica.
- Pruebas psicológicas proyectivas.



*La entrevista al paciente:* es donde lograremos tomar nota de aspectos importantes de su vida desde su infancia, se preguntaran sus datos de filiación, si no recuerdan uno se tomara en cuenta para la entrevista con la familia, además se averiguara si existió alguna enfermedad, relaciones interpersonales en el ambiente familiar, escolar y social. En la realización de la entrevista tendremos que utilizar términos adecuados para el niño, un dialogo no muy serio, brindándole toda la confianza posible para lograr una buena transferencia, para un niño una entrevista de 50 minutos puede ser muy cansado por ello se puede reducir el tiempo todo dependerá de la actitud del niño hacia el entrevistador

*La entrevista con los familiares:* Luego de entrevistar al niño se realizara a la familia, primero los padres luego los hermanos, en caso de ser necesario se entrevistara a parientes, profesores y compañeros del aula. En la entrevista con los familiares se ampliara la información, desde el nacimiento hasta la actualidad, se recogerá información acerca de las actitudes del niño en el hogar, con las figuras parentales y hermanos, analizar sus costumbres, pensamientos, sentimientos de acuerdo al punto de vista de los padres, además se puede observar si existen problemas dentro de la pareja que puede influir en el comportamiento del niño. La entrevista con los profesores nos ayudara a saber la relación que tienen el alumno con los distintos profesores y compañeros, su comportamiento en clase, actitudes negativas y positivas, su participación en clase, realización de trabajos, al dialogar con los compañeros de clase nos brindan información acerca del comportamiento con sus compañero, si es agresivo, callado, inquieto (Vascones, 2010, Pág 24).

**6.8.2. Pruebas psicológicas.** Además de la entrevista es necesario recurrir a pruebas psicológicas, estos instrumentos nos permite interpretar de acuerdo a la situación en la que se encuentra el niño. Para realizar una interpretación adecuada es necesario tener conocimiento del manejo e interpretación de los instrumentos que se utilizaran, así como también las teorías en las que se basa los mismos y para qué sirve cada instrumento.

Dentro de las pruebas psicológicas más empleadas tenemos:

- “*CAT*”: Facilita la comprensión de la relación entre el niño y las figuras importantes que lo rodean, así como sus necesidades.

- *Dibujo de la familia*: permite explorar la afectividad infantil, observa las características generales del dibujo, valoración y desvalorización, componente jerárquicos.

- *HTP*: Se basa en el dibujo de una casa, árbol y persona donde nos permite obtener información acerca de la manera en que el individuo experimenta su yo en relación a los demás y su ambiente familiar” (Vascones, 2010, Pág. 27).

Para alcanzar los propósitos de la psicoterapia, esta hace uso de todas las técnicas que se encuentran a su disposición, la elección de la técnica se adapta a las necesidades del cliente y a su estado de consciencia.

“El terapeuta debe tener conocimientos teóricos y prácticos sobre las técnicas psicoterapéuticas existentes y de esa manera contar con la posibilidad de hacer uso de varias de ellas” (Steiner, 2005, Pág. 46).

“Branden propone seis pilares básicos para trabajar la autoestima:

Mejorar la conciencia de uno mismo.

Practicar la autoaceptación.

Ser autoresponsable.

Practicar la autoafirmación.

Vivir con determinación.

Practicar la integridad personal” (Branden, 2001)

### **Capítulo III.**

#### **3. Depresión.**

##### **3.1. Definición.**

La depresión se la considera “un problema común de la salud mental, afecta el estado de ánimo de las personas que se describe como un sentimiento de tristeza, donde se presenta una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, afecta los hábitos alimentarios, ciclos de sueño y autoestima” (Acosta et al.,2011,Pág. 2)

“La tristeza es el síntoma principal de la depresión pero debemos aprender a diferenciar la tristeza normal de la patológica, el ser humano tiende al gozo y a la tristeza la cual no es algo patológico, todos los seres humanos pasan por estados de tristeza en alguna ocasión, como al suspender un examen, enfadarnos con un amigo, perder a un ser querido pero esta tristeza es considerada como algo natural, se convierte en algo patológico cuando se opone a la razón, cuando deprime al hombre hasta dejarlo sin ganas de nada, alejándolo del bien” (Martin, 2013, Pág. 13), la depresión al igual que otra enfermedad se pone de manifiesto de diferentes formas, caracterizándose por variaciones en sus síntomas, severidad y persistencia de los mismos, su característica principal es una alteración del estado de ánimo.

La depresión no solo afecta a los adultos, actualmente existen varios casos de “niños que padecen depresión infantil el cual es un cuadro muy complejo y de reconocimiento relativamente reciente como entidad clínica dentro de la psicología, la depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta igual que en los adultos, esta se presenta de manera más heterogénea, lo cual implica un obstáculo para su tratamiento, se manifiesta con múltiples síntomas a los que se añaden los siguientes:

Características propias de los niños, quienes por estar en proceso de desarrollo presentan a menudo dificultades para identificar y verbalizar emociones.

Las diferentes expresiones sintomatológicas según sus edades.

Las características propias e individuales del niño.

La posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas” (Loubat, Aburto & Vega, 2008).

En los niños las consecuencias inmediatas hacen referencia a manifestaciones anímicas, conductuales y fisiológicas, teniendo repercusiones en las áreas escolares y socio-afectivas, dependiendo de la edad del niño pueden haber intentos de suicidio, accidentes por la tendencia a correr riesgos, fracaso escolar, aislamiento social.

### ***3.2. Etiología y factores de riesgo de la depresión.***

Los factores implicados en la etiología son:

**3.2.1. Factores genéticos.** Una historia familiar con antecedentes depresivos representa alrededor del 39% de la varianza de la depresión en ambos sexos

**3.2.2. Factores endocrinológicos.** Algunas enfermedades endocrinológicas aumentan el riesgo de depresión, como “la diabetes, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison e hiperprolactinemia” (García, Nogueras, Muñoz & Morales, 2011, Pág.17).

**3.2.3. Factores neurofisiológicos.** Los avances en neuroimagen han reforzado la idea de la depresión como trastorno de la estructura y función cerebral.

**3.2.4. Factores psicológicos.** Los rasgos de personalidad como, neuroticismo, también aumenta el riesgo de depresión al enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes.

**3.2.5. Factores socio-familiares.** “Experiencias en la primeras etapas de la vida como una mala relación padres-hijos, conflicto en el matrimonio y divorcio, abandono, maltrato infantil y abuso sexual aumenta la vulnerabilidad de una persona a desarrollar depresión posteriormente. Las circunstancias sociales que aumenta el riesgo de depresión incluye la pobreza, falta de vivienda y desempleo” (García et al., 2011, Pág.18).

### **3.3. Signos y síntomas de la depresión.**

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizada por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados.

**3.3.1. Síntomas emocionales.** Dentro de ellos tenemos pérdida del interés y capacidad de disfrutar por las cosas de la vida cotidiana, sentimientos de culpa, inutilidad y falta de ilusión, baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismo, falta de motivación.

**3.3.2. Síntomas físicos y conductuales.** Tenemos llanto, irritabilidad, aislamiento social, exacerbación de dolores preexistentes, aparición de otros como los secundarios a un aumento de tensión muscular, disminución de la libido, fatiga y disminución de la actividad, aunque también es frecuente la inquietud y ansiedad marcada.

Es característico que haya una disminución del sueño y del apetito, en ocasiones se producen pérdidas significativas de peso, cambios significativos en el apetito, dificultad para dormir o dormir demasiado.

**3.3.3. Síntomas cognitivos.** Encontramos pérdida de concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo, del pasado y del futuro, enlentecimiento mental y pensamientos rumiativos, dificultad para concentrarse.

“Los pensamientos ocupan un lugar importante, se caracterizan por un contenido negativista, distorsiones cognitivas y la triada cognitiva que se refiere a pensamientos automáticos negativos acerca de si mismo, del mundo, y el futuro, también se produce un aumento de pensamientos automáticos negativos absolutos y generalizados, decremento de los pensamientos automáticos positivos” (Gómez, 2007).

Durante la infancia los síntomas se expresan de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, los síntomas asociados con la depresión que son más comunes en niños y adolescentes en relación a los adultos son: quejas de problemas físicos vagos (dolores de cabeza, dolores de estómago), ausencia frecuente a la escuela o insólito rendimiento escolar significativo, negativa a asistir a la escuela, explosiones de gritos, quejas, irritabilidad sin explicación alguna, aburrimiento crónico o apatía, falta de interés en el juego, abuso de drogas y alcohol, retraimiento, aislamiento social y poca comunicación, demasiada sensibilidad hacia el rechazo o fracaso, rabietas inusuales, oposición o conductas de oposición, regresión (comportamientos infantiles, volver a mojarse en la cama o ensuciarse después de haber aprendido a hacer sus necesidades), pero la presencia de uno o algunos de estos signos y síntomas no necesariamente quiere decir que está deprimido, pero si varias de las características mencionadas en todo el apartado están presentes podría ser causa de preocupación y sugerir una evaluación profesional. (Ralph, 2004Pág. 37)

#### **3.4. Clasificación de la depresión según el cie 10.**

**3.4.1. Episodios depresivos (F32).** Los episodios depresivos típicos se caracterizan por un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso con un esfuerzo mínimo.

“Disminución de la atención y concentración.

Perdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Ideas de culpa y de ser inútil.

Perspectiva sombría del futuro.

Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.

Trastornos de sueño.

Pérdida del apetito” (Salgado, CIE 10, Pág. 153).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas, la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia, en algunos casos, la ansiedad, malestar y agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico del episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

**3.4.2. Episodio depresivo leve (F32.0).** Pautas para el diagnóstico: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes, además dos del resto de los síntomas mencionados anteriormente, ninguno de estos síntomas deben estar presentes en un grado intenso.

Un enfermo con episodio depresivo leve tienen dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no los deje por completo.

**3.4.3. Episodio depresivo moderado (F32.1).** Pautas para el diagnóstico: deben presentarse dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodios depresivo leve, así como al menos tres o cuatro de los demás síntomas, es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales y domésticos.

**3.4.4. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).** Durante un episodio depresivo grave el enfermo presenta una considerable agitación o angustia o al menos que la inhibición sea más marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa y el riesgo de suicidio sean importantes. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos de los episodios depresivos leves y moderados y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, deben ser de intensidad grave. La agitación o inhibición psicomotriz pueden estar presentes, el enfermo puede estar o ser incapaz de describir muchos síntomas, los episodios depresivos deben durar normalmente dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede justificar su diagnóstico sin cumplirse la duración requerida.

**3.4.5. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).** Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas para el F32.2, y además estén presentes las ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo, las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser formas de voces difamatoria o acusaciones o de olores a podrido o carne en descomposición, la inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta llegar al estupor, las alucinaciones o ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

### **3.5. La depresión en función de la edad del individuo.**

Durante años se considera que el trastorno de la depresión, no era propio en niños; sin embargo se ha observado que incluso en los primeros meses de vida se puede presentar la depresión infantil. A partir del momento en que se acepta la depresión en la infancia, hay un marcado énfasis en la necesidad de adoptar una perspectiva evolutiva que permita discriminar algunas especificidades sintomáticas en diversos momentos del ciclo de la vida.

Las limitaciones cognitivas, afectivas y de lenguaje impiden al niño comprender la noción del futuro, anticipar las consecuencias de su conducta o incluso mantener el estado de ánimo más

allá de lapsos de tiempo cortos, no es fácil de enfrentar, ya que algunos adultos les parece inconveniente que en la infancia se sientan acongojados, tristes, sin ánimos de vivir, considerándose a los niños como los más felices porque se considera que no tienen responsabilidades, ni problemas graves, el fracaso escolar y la depresión están a menudo muy relacionados, el bajo rendimiento escolar puede ser la expresión de un desinterés por participar, rechazo escolar se refiere a una incapacidad o negativa bastante dramática por parte del niño a asistir a clases, aferrarse al hogar, ansiedad por la separación, preocupación por la muerte.

El niño y la familia describen frecuentemente el miedo al maestro, ansiedad por los rendimientos escolares y rechazo de sus compañeros. Diferentes estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión infantil, efectivamente la sintomatología es más frecuente en las niñas que en los niños sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años.

Desde bebés hasta la edad preescolar, la depresión infantil suele presentarse como llanto permanente, decaimiento, pasividad, disminución del peso corporal, mayor propensión a presentar procesos de tipo infecciosos, retraso en el desarrollo psicomotriz, inexpresividad en mirada y rostro, inmovilidad y rechazo al contacto. Los síntomas son casi exclusivamente psicósomáticos: enuresis, manipulación genital, miedos nocturnos, llanto y puede desarrollarse en tres fases de la conducta: 1. Una etapa de protesta que corresponde a una ansiedad de separación, 2. Un periodo de desesperación en caso de que la separación con la madre se fortalezca con expresiones de pena y duelo y 3. Un estado de separación en que se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, puede incluso que se apeguen desesperadamente a quienes los cuiden o dejen de comunicarse, la depresión en estos niños esta por lo general relacionada con la pérdida o cambio de la persona responsable de su cuidado.

En los preescolares se evidencia a menudo la falta de sonrisa, apatía hacia el juego, falta de implicación en cualquier actividad, se irritan o lloran con facilidad, agreden y pueden realizar actividades destructivas hacia objetos, personas y hacia ellos mismos, hay quejas físicas constantes como dolores de cabeza y abdominales u otras molestias gastrointestinales. También se observa disminución en la capacidad y expresividad verbal, adicionalmente puede presentarse rechazo a la escuela o síntomas de desagrado notorio hacia ella, dificultad para separarse de los



padres y dificultad para adaptarse a un nuevo centro educativo. (Carrillo & Muñoz, 2010, Pág. 21)

### ***3.6. La depresión en las escuelas.***

Las escuelas pueden contribuir con la prevención, identificación y tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, los alumnos pasan mucho tiempo en las escuelas donde son constantemente observados y evaluados, y entran en contacto con muchos profesionales especializados. Las intervenciones efectivas deben incorporar la colaboración entre escuelas y comunidades para contrarrestar las condiciones que producen frustración, apatía y desesperación que experimentan los alumnos, la participación de las instituciones en diferentes programas de prevención pueden mejorar bastante los esfuerzos de las escuelas para organizar programas de intervención para combatir la depresión, algunos pasos que se considera que las escuelas deben de seguir son:

Desarrollar en la escuela un ambiente afectuoso, de apoyo para niños, padres y maestros.

Asegurarse de que todos los niños y padres se sientan bienvenidos en las escuelas.

Prevenir toda forma de intimidación entre niños, como política de escuela que se aplique enérgicamente.

Establecer reglas claras, hacerlas públicas y ponerlas en práctica.

Desarrollar planes para lidiar con los medios de comunicación, los padres, maestros y estudiantes, posterior a periodos de violencia, desastres naturales.

Asegurarse de que un adulto se haga responsable en la escuela y tome interés especial por cada estudiante.

Poner énfasis y facilitar la colaboración entre maestros y padres de familia.

Capacitar a maestros y padres de familia para que sean capaces de reconocer factores de riesgo y señales de peligro de la depresión. (Ralph, 2004, PAG. 38)

### ***3.7. Tratamiento de la depresión.***

El modelo de psicoterapia más extensamente evaluado y utilizado es el cognitivo-conductual, aunque la terapia interpersonal también ha demostrado una eficacia superior.

“La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, en las diferentes conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva” (Cabezas & Estopeñan, 2012, Pág. 76).

Otra terapia utilizada como principal recurso es la terapia psicosocial cuando: a) el paciente y la familia la prefieren, b) el paciente presenta contraindicaciones para la medicación, c) cuando el paciente está sometido a factores vitales estresantes complejos y d) el paciente no ha respondido al tratamiento farmacológico.

La depresión influye en la manera de pensar de una persona, como se relaciona y ve el mundo. También pueden desarrollarse estrategias terapéuticas psicosociales para abordar de manera específica trastornos comórbidos o factores estresantes psicosociales. Los tratamientos psicosociales analizados hasta la fecha han demostrado su eficacia en la relación con condiciones de control o con intervenciones alternativas, es necesario considerar en algunos casos intervenciones sistémicas cuando la psicoterapia o el tratamiento farmacológico resultan insuficientes, hay que considerar la posibilidad de recurrir a servicios auxiliares educativos (tutoría, educación especial), intervenciones recreativas (actividades deportivas, clubes, campeonatos) o servicios sociales (alojamiento, comida, formación profesional), que es probable que ayuden al paciente y la familia.

Se han utilizado diversas “estrategias psicosociales para trabajar la depresión, la edad de comienzo de la depresión, su gravedad, la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, la falta de apoyo, la psicopatología de los progenitores, el conflicto familiar, la exposición a acontecimientos vitales estresantes, así como la ansiedad comórbida y la distimia, las cuales predicen una mala respuesta y que pueden persistir después del episodio depresivo” (Gabbard, 2010, Pág. 5).

**3.7.1. Terapia cognitivo – conductual (TCC).** Se basa en la premisa de que todos los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en su visión de sí mismos, del mundo y del futuro que contribuyen a la depresión. Esta terapia enseña al paciente a identificar y contrarrestar estas distorsiones.

Los estudios clínicos sobre la TCC demuestran una elevada incidencia en recaída en el seguimiento lo que sugiere la necesidad de un tratamiento de continuidad, también demuestran una eficacia tanto a nivel individual como en grupo.

**3.7.2. Terapia interpersonal (TIP).** Esta terapia se centra en áreas problemáticas de duelo, roles interpersonales, disputas, transiciones de rol y dificultades personales, ha resultado útil el tratamiento agudo de adolescentes con trastorno depresivo mayor. Después de las TIP los índices de recaída pueden ser muy bajos, las terapias interpersonales se basa en el supuesto de que la depresión evoluciona en un contexto social, la respuesta al tratamiento y el desenlace de los episodios depresivos son influidos por las relaciones interpersonales con otras personas significativas. Los principales objetivos son disminuir los síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento interpersonal, potenciando las habilidades de comunicación en las relaciones interpersonales.

**3.7.3. Terapias basadas en la familia.** La necesidad de incluir a la familia en el tratamiento es sugerida por los estudios que demuestran la importancia de la actitud familiar y de los patrones de interacción en los pacientes deprimidos, la observación de que los episodios depresivos maternos y del hijo pueden tener una relación temporal sugiere que la presencia de síntomas en un miembro de la díada progenitor – hijo potencia los síntomas en el otro, estos datos apoyan un modelo de interacción en el cual el estrés familiar aumenta el riesgo de depresión en los niños y otros miembros de la familia.

## **METODOLOGÍA.**

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación de campo debido a que se desarrollara directamente en la escuela, manteniéndose un contacto directo con las fuentes de información e investigación bibliográfica, ya que se sustentara mediante consultas en fuentes bibliográficas, textos, revistas, apuntes.

La investigación es de tipo cuantitativo ya que se emplearan símbolos numéricos para determinar la existencia de los diferentes elementos de investigación, que se realizara en la escuela “Francia” del Cantón Quilanga.

Se empleara el método deductivo – inductivo, el cual nos admitirá analizar la problemática existente en los alumnos, de igual manera nos permitirá elaborar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

**Universo:** Todos los estudiantes que asisten a la escuela “Francia” del Cantón Quilanga.

**Muestra:** Todos estudiantes de sexto y séptimo año de educación básica de la Escuela “Francia” del Cantón Quilanga.

**Criterios de exclusión:** Todos los alumnos de primero a quinto año de educación básica de la escuela “Francia” del Cantón Quilanga.

**Criterios de inclusión:** Todos los alumnos, tanto de género masculino y femenino pertenecientes al sexto y séptimo año de educación básica de la escuela “Francia” del Cantón Quilanga.

#### **INSTRUMENTOS:**

Cuestionario de conductas desadaptativas TOCA-R

Test de autoestima para niños

CDI: Inventario de depresión infantil.

Posterior a la aplicación y tabulación de los reactivos psicológicos aplicados, se procederá a la elaboración de las tablas estadísticas con sus respectivos análisis y gráficas en cada una de las variables, las cuales será de gran importancia para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

## OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

<b>Variables</b>	<b>Concepto operativo</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Conductas desadaptativas</b>	Definida como la falta de adaptación de los niños a las tareas tempranas que se demandan y por las cuales se les evalúa, a nivel familiar y escolar	Patología	Enfermedad	-Aceptación de autoridad (AA). -.Contacto social (CS). -.Logros cognitivos (LG). -.Madurez emocional (ME). -.Atención y concentración (AC). -.Nivel de actividad (NA)
<b>Autoestima</b>	Sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos nosotros, conjunto de características corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad	Comportamiento	Características personales	-Autoestima alta. - Autoestima baja
<b>Depresión</b>	Patología que afecta el estado de ánimo, descrito como un sentimiento de tristeza, se presenta una pérdida de interés o placer en todas las actividades, afecta los hábitos alimentarios, ciclos de sueño y autoestima	Patología	Enfermedad	-Leve -Moderada - Grave

## CRONOGRAMA

PERIODO	ACTIVIDAD
Noviembre	Presentación de tema y proyecto
Diciembre	Elaboración de proyecto
Enero	Investigación de campo
Febrero	Análisis y procesamiento de información
Marzo – Abril	Presentación de borrador
Mayo	Disertación de tesis

## PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Recursos humanos:

Universidad Nacional de Loja

Personal docente de la institución.

Alumnado del establecimiento.

Recursos materiales:

Computadora

Internet

Impresiones

Recursos económicos.

Trasporte y alimentación	150
Materiales de trabajo	100
Copias e impresiones	200
Reproducción de tesis	220
Empastado	100

Imprevistos	50
Total	850

## ANEXOS

### OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES. TOCA-R

Este instrumento fue elaborado por Sheppard Kellam Werthamer – Larson, el cual permite describir de manera confiable las conductas de los niños y niñas escolares, mostrando la variabilidad suficiente entre ellos para identificar aquellos factores de riesgo y conductas desadaptativas.

El cuestionario consta de 31 ítems, con una escala de 1 a 6, cada ítems describe una conducta del niño en la sala de clases, es administrado al profesor o jefe de grupo el cual debe responder las preguntas del test sobre cada uno de sus alumnos, con un tiempo de duración de 3 a 5 minutos por estudiante, los diferentes ítems se agrupan en factores que corresponden a diferentes áreas del comportamiento como son.

*Aceptación de autoridad (AA)*. Se relaciona con las conductas agresivas y desobedientes.

*Contacto social (CS)*. Se refiere a la integración con pares, participación en actividades y relación con profesores.

*Logros cognitivos (LG)*. Se relaciona con la motivación y eficiencia en el trabajo escolar.

*Madurez emocional (MD)*. Se refiere a comportamientos de independencia esperados para la edad.

*Atención y concentración (AC)*. Evalúa la capacidad de prestar atención, persistir en la tarea y la distractibilidad.

*Nivel de actividad (NA)*. Se relaciona con la capacidad de permanecer tranquilo y las conductas hiperactivas.

Los ítems que corresponden a cada factor se presentan a continuación.

*Aceptación de autoridad (AA)*. 5, 8, 11, 13, 18, 24, 28, 29

*Contacto social (CS)*. 2, 6, 14, 25, 30,31

Logros cognitivos (LG). 1, 7, 12, 17

Madurez emocional (ME). 3, 10, 16, 19, 20, 27

Atención y concentración (AC). 4, 9, 15, 21

Nivel de actividad (NA). 22, 23,26

Una vez aplicado el test se prosigue a sumar los valores obtenidos en las diferentes áreas de estudio, para su análisis y determinar si es un puntaje de riesgo de acuerdo a los siguientes valores.

Factor		AA	CS	LC	ME	AC	NA
Hombres	>0=	24	18	15	23	19	15
Mujeres	>0=	18	18	15	23	19	12

### **OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES. TOCA-R**

Institución..... Cantón.....

Profesor.....Curso..... Fecha.....

Nombre del alumno..... Sexo.....Edad.....

Marque la alternativa que corresponda a lo que observa en el alumno.

<b>AFIRMACIONES.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Completa las tareas						
Es amistoso						
Busca demasiada atención del profesor						
Se concentra						
Desobedece las reglas						
Es sociable/interactúa con sus compañeros						
Trabaja bien solo						
Daña o hiere a otros físicamente						
Presta atención						
Se apega y anda detrás de los compañeros						
Rompe objetos						
Aprende de acuerdo a sus capacidades						
Es gritón con los demás						
Juega con los compañeros						
Se distrae fácilmente						
Es seguro de sí mismo						



Demuestran entusiasmo y agrado por aprender						
Miente						
Busca demasiada atención de los compañeros						
Se aferra al profesor						
Persiste en las tareas						
No puede estar sentado tranquilo						
Corre mucho y trepa						
Inicia peleas con sus compañeros						
Tiene muchos amigos						
Se para frecuentemente y camina por la sala						
Necesita afecto para motivarse en las tareas						
Reacciona negativamente frente a las críticas y fracaso						
No cumple reglas sin protestar/tramitar						
Comparte con sus compañeros es solidario						
Esta dispuesto a participar en actividades recreativas y extra programáticas						

### **CDI. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.**

El inventario CDI (Children's Depression Inventory) fue elaborado por M. Kovacs, es un test utilizada en todo el mundo para la evaluación de la depresión infantil. Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su finalidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta los 15 años de edad.

El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 15 minutos, en función de la habilidad lectora del niño, aunque también puede ser contestado por adultos de referencia como padres o maestros.

*Instrucciones de aplicación.* Para su administración se debe dar la siguiente instrucción: este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres, escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido en las ultimas DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una X en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni mala, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

*Corrección.* Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones, la ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia de una forma grave

(respuesta) se puntúa 2, por lo que la puntuación total oscila entre 0 y 54 puntos. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva tomaremos en cuenta los siguientes valores.

Hombres		Mujeres	
Sintomatología normal	0 - 19	Sintomatología normal	0 - 21
Sintomatología leve	20 - 26	Sintomatología leve	22 - 27
Sintomatología severa	27 - 54	Sintomatología severa	28 - 54

### CDI. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.

Estos son los 27 ítems de la prueba, en los que los niños tienen que elegir una de entre tres opciones.

De vez en cuando estoy triste	
Muchas veces estoy triste	
Siempre estos triste	
Nunca me va a salir nada bien	
No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien	
Las cosas me van a salir bien	
La mayoría de las cosas las hago bien	
Muchas cosas las hago mal	
Todo lo hago mal	
Muchas cosas me divierte	
Algunas cosas me divierte	
Nada me divierte	
Siempre soy malo o mala	
Muchas veces soy malo o mala	
Algunas veces soy malo o mala	
A veces pienso que puedo pasar cosas malas	

Me preocupan que pasen cosas malas	
Estoy seguro que me pasarán cosas muy malas	
Me odio	
No me gusta como soy	
Me gusta como soy	
Todas las cosas malas son por mi culpa	
Muchas cosas malas son por mi culpa	
Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas	
No pienso en matarme	
Pienso en matarme pero no lo haría	
Quiero matarme	
Todos los días tengo ganas de llorar	
Muchos días tengo ganas de llorar	
De vez en cuando tengo ganas de llorar	
Siempre me preocupan las cosas	
Muchas veces me preocupan las cosas	
De vez en cuando me preocupan las cosas	
Me gusta estar con la gente	
Muchas veces no me gusta estar con la gente	
Nunca me gusta estar con la gente	
No puedo decidirme	
Me cuesta decidirme	
Me decido fácilmente	
Soy simpático o simpática	
Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan	
Soy fea o feo	
Siempre me cuesta hacer las tareas	
Muchas veces me cuesta hacer la tarea	
No me cuesta hacer la tarea	
Todas las noches me cuesta dormir	
Muchas veces me cuesta dormir	
Duermo muy bien	
De vez en cuando estoy cansado o cansada	
Muchos días estoy cansado o cansada	
Siempre estoy cansado o cansada	

La mayoría de los días no tengo ganas de comer	
Muchos días no tengo ganas de comer	
Como muy bien	
No me preocupan en dolor ni la enfermedad	
Muchas veces me preocupan en dolor y la enfermedad	
Siempre me preocupa en dolor y la enfermedad	
Nunca me siento sola o solo	
Muchas veces me siento sola o solo	
Siempre me siento sola o solo	
Nunca me divierto en el colegio	
Solo a veces me divierto en el colegio	
Muchas veces me divierto en el colegio	
Tengo muchos amigos	
Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener mas	
No tengo amigos	
Mi trabajo en el colegio es bueno	
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes	
Llevo muy mal lo cursos que antes llevaba muy bien	
Nunca podre ser tan bueno como otros niños	
Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños	
Soy tan bueno como otros niños	
Nadie me quiere	
No estoy seguro de que alguien me quiera	
Estoy seguro de que alguien me quiere	
Generalmente hago lo que me dicen	
Muchas veces no hago lo que me dicen	
Nunca hago lo que me dicen	
Me llevo bien con la gente	
Muchas veces me peleo	
Siempre me peleo	

**ESCALA DE AUTOESTIMA (Lucy Reidl)**

La presente escala fue elaborada por Lucy Reidl, la cual está orientada para evaluar los niveles de constitución de autoconcepto y autoestima del niño, para determinar cómo se está incorporando el niño el mundo escolar. Un autoconcepto positivo permite una mejor integración al medio escolar, mientras que un signo negativo lo obstaculiza, ya que accede una valoración tanto en el área emocional, social y conductual.

La escala consta de 20 afirmaciones, las cuales solo tienen como respuesta: A= de acuerdo, N=no sé, y D= estoy de acuerdo; estas variables tienen una valoración de 1 a 3, las alternativas A, N y D equivalen 3,2 y 1 punto respectivamente en los ítems siguientes: 1,2,4,6,7,8,9,13,15,17,20; y 1,2 y 3 en los ítems siguientes: 3,5,10,11,12,14,16,18,19. Para la obtención de los resultados nos basaremos en la suma de todos los ítems y se ubicaran en la categoría que corresponde de acuerdo a los siguientes valores.

Muy buena	35 – 60
Buena	46 – 54
Suficiente	37 – 45
Insuficiente	28 – 36
Deficiente	20 – 27

### ESCALA DE AUTOESTIMA (Lucy Reidl)

Nombre completo:.....Edad:.....Sexo:.....

Instrucciones: lea atentamente las 20 afirmaciones que se presentan y marque una X bajo la columna que identifica su respuesta, considerando las siguientes alternativas.

**A: Estoy de acuerdo      N: No sé      D: Estoy en desacuerdo**

Afirmación	A	N	D
1.Soy un niño con muchas cualidades			
2.Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo			
3.Con frecuencia me avergüenza de mí mismo/a			
4.Casi siempre me siento seguro/a de lo que pienso			
5.En realidad no me quiero a mi mismo/a			

6.Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho			
7.Creo que la gente tiene buena opinión de mí			
8.Me siento orgulloso/a de lo que hago			
9.Soy bastante feliz			
10.Poca gente me hace caso			
11.Hay muchas cosas que cambiaría de mí, si pudiera			
12.Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente			
13.Casi nunca estoy triste			
14.Es muy difícil actuar como yo quisiera			
15.Es fácil que yo caiga bien a la gente			
16.Si pudiésemos volver al pasado y vivir de nuevo yo sería distinto/a			
17.Por lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo			
18.Siempre tiene que haber alguien que me diga lo que debo hacer			
19.Muchas veces desearía ser otra persona			
20.Me siento bastante seguro/a de sí mismo/a			

## REFERENCIAS.

Acosta R, Hernández J. A. (2004). *La autoestima en la educación*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/836/83601104.pdf>.

Álvarez A, Sandoval G, Velásquez S. (2007). *Autoestima en los alumnos de los primeros medios de los liceos con altos índice de vulnerabilidad escolar de la ciudad de Valdivia*. Chile.

Alvares M. D. (2013). *Como influye el autoestima en las relaciones interpersonales*. Universidad de ALMERIA.

Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz J, Duran. (2011). *Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo*. México. Vol. 6, No. 1.

*Autoestima: liderazgo y mercadeo*. Recuperado de <http://gitec3000.com/periodiquito/iute/UPTM/Autoestima.pdf>

Barra F, Toledo V, Rodríguez J. (2002). *Estudio de la salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidental: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos*. Santiago. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100002).

- Barros M. E. (2010). *Influencia de la familia en las conductas de los niños y niñas en edades iniciales*. Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2634/1/tm4299.pdf>
- Branden N. (2001). *Los Seis Pilares de la Autoestima*. Madrid – España. Editorial Temas de Hoy.
- Cabases J, Estopiñam R. (2012). *Tratamiento de la depresión en el niño y adolescente*. Madrid – España.
- Cardoze D. (2006). *Los problemas de disciplina en la escuela: Manual para docentes*. Panamá.
- Carrillo D, Muñoz E. (2010). *Estudio de la depresión infantil en los niños de preescolar*. Ecuador – Cuenca.
- Delgado P, Tinoco M. (2011). *Las crisis familiares y afectivas como factores de riesgo que originan la depresión infantil en niños y niñas de 5 a 6 años de edad cronológica en las escuelas fiscales “José Ingenieros n° 1” y “18 de Noviembre” de la ciudad de Loja*. Loja – Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3451/1/DELGADO%20ESPINOZA%20PATRICIA%20CORINA-TINOCO%20M%20C%20R%20QUEZ%20MAR%20C%20DA%20DANIELA.pdf>
- Fernández. (2009). *Los estilos educativos de los padres y madres. Innovación y experiencias educativas*. Recuperado de [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_16/PILAR\\_FERNANDEZ\\_2.PDF](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/PILAR_FERNANDEZ_2.PDF)
- Greve C. (2006). *Relación entre las conductas desadaptativas en la casa y la escuela y el maltrato físico infantil en niños de primer ciclo básico*. Santiago – Chile. Recuperado de: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/greve\\_c/sources/greve\\_c.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/greve_c/sources/greve_c.pdf)
- García I. (2010). *Dificultades en la conducta y su incidencia en los problemas de aprendizaje en niños/as de quinto, sexto y séptimo año de educación básica de la escuela fiscal Andrés de Vera del Cantón Portoviejo, durante el año lectivo 2010*. Manabí-Ecuador. Recuperado de: [http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/10772/1/CEPGDIE\\_201000064.pdf](http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/10772/1/CEPGDIE_201000064.pdf); Pág.: 121.
- Garaigordobil M, Maganto C. (2013). *Problemas emocionales y de conducta en la infancia: Un instrumento de identificación y prevención temprana*. Vasco.
- García E. (2004). *Conductas desadaptativas de los adolescentes en navarra: El papel de la familia y la escuela*. Pamplona – Navarra.

García B, Noguerras, Muñoz, Morales A. (2011). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria, Distrito sanitario Málaga-UGS Salud Mental; Hospital Regional Universitario "Carlos Hay".* Málaga.

Gómez Y. (2007). *Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados.* Medellín-Colombia. Vol. 39, No. 3; Versión Impresa: ISSN: 0120-0534

Gabbard G. (2010). *Tratamientos de los trastornos Psiquiátricos.* Houston – Texas. LEXXUS Editores.

Loubat M, Abusto M, Vega M. (2008). *Aproximación de la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en Cosam de la Región Metropolitana.* Santiago – Chile. Vol. 16. No. 2. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005)

Lima E. (2007). *Importancia de la autoestima positiva en el desarrollo de la personalidad en niños y adolescentes.* Guatemala. Registro: 580-2006.

Martin A. (2013). *Depresión infantil y familia desestructurada.* Universidad Abat Oliba CEU.

Nuño R. (2003). *El autoestima de los adolescentes.* México.

Naranjo M. (2007). *Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo.* Costa Rica. Vol. 7, No.3; ISSN 1409-4703.

Petitbo M, Alda J, Castro J, Soutullo C, Arango C. (2014). *TRATORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: ¿Qué está sucediendo?* Barcelona – España. Impresión: Graficas Campás, S.A. Recuperado de: [http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/3r\\_informe\\_faros\\_-\\_castella.pdf](http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/3r_informe_faros_-_castella.pdf)

Romera Á, Arnal A. B, Bazanbide M, Bellido C. (2011). *Trastornos de conducta: Una guía de intervención en la escuela; departamento de educación, cultura y deporte.* Universidad de Aragón. Depósito legal: HU-407.

- Rice P. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura.* Madrid – España.

Ralph C. (2004). *Depresión en niños y adolescentes: información para padres y educadores.* Universidad Nova Southeastern de Ft. Lauderdale.

Sepúlveda J M. (2013). *El manejo de los comportamientos disruptivos en el aula de educación primaria.* Universidad de Valladolid.

Steiner D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano.* Maracaibo.

Salgado R. *Trastornos mentales y del comportamiento: CIE 10.* Madrid – España. ISSN: 84-87548-13 X. Impresión: Cometa, S.A.



Uruñuela P. (2012). *Las conductas disruptivas en las aulas; Revistas digital de la asociación convives*. Madrid – España. ISSN 2254-7436.

Vallejo R, Vidal G, Barros T. (2006). *Programa nacional para padres; ministerio de educación y cultura*. Ecuador. Recuperado de: <http://www.marango.de/files/autoestima.pdf>

Vicente F. (2006). *Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes*. Universidad de Valencia.

Vascones G. (2010). *Propuesta de tratamiento para la baja autoestima de un niño de diez años de la escuela ecológica Luis Cordero*. Cuenca – Ecuador.