



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO

FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

AUTORA

KAREN LORENA ELIZALDE RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. LOURDES DEL ROCIO ORDÓÑEZ SALINAS, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

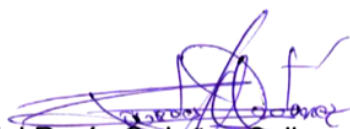
Dra. Lourdes del Rocío Ordoñez Salinas, Mg. Sc

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el trabajo investigado: **FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016**, de la autoría de **KAREN LORENA ELIZALDE RODRÍGUEZ**, ha sido monitoreado permanentemente con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del proyecto de tesis; así como haber revisado oportunamente los informes de avances de investigación, devolviendo con las observaciones y recomendaciones necesarias, para asegurar la calidad de la misma; consecuentemente por ello se autoriza su presentación, para la sustentación, calificación de la defensa privada o reservada, así como, la entrega oficial para la pública.

Loja, 28 de Julio de 2017



Dra. Lourdes del Rocío Ordoñez Salinas, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Karen Lorena Elizalde Rodríguez declaro ser la autora del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

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

Autora: Karen Lorena Elizalde Rodríguez

Firma:



Cédula: 070602043-5

Fecha: Loja, 23 de Septiembre de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, **Karen Lorena Elizalde Rodríguez**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis titulada: **FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016**, como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial; 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 en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintitrés días del mes de Octubre del dos mil diecisiete.

Firma:



Autóra: Karen Lorena Elizalde Rodríguez

Cédula: 070602043-5

Dirección: Zamora Chinchipe – Barrio La Invasión. Av. del Ejercito y Luis Maldonado.

Correo electrónico: lore_15291@hotmail.com

Celular: 0981233410

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Lourdes del Rocío Ordóñez Salinas, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines, Mg. Sc.

Primer Vocal: Lic. Rita Elizabeth Torres Valdiviezo, Mg. Sc.

Segundo Vocal: Lic. Jorge Eduardo Farías Cedeño, Mg. Sc

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja, especialmente al personal directivo y administrativo a la directora y docentes de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial por brindarme los conocimientos y la experiencia precisa para el desarrollo profesional en la vida cotidiana.

A mi directora de Tesis, Dra. Lourdes del Rocío Ordoñez Salinas, Mg. Sc, quien me guió y asesoró a través de sus conocimientos, sugerencias y experiencias que fueron pertinentes y necesarias para la elaboración de la presente investigación.

Agradezco también de manera especial al personal del Centro Diurno de Desarrollo Integral para personas con Discapacidad de la ciudad de Loja, por su valiosa colaboración en la investigación de campo y en el desarrollo de los talleres en beneficio de las personas con discapacidad.

La autora.

DEDICATORIA

Quiero darle gracias a Dios y a la Virgen del Cisne por iluminarme siempre en cada paso que he dado durante el transcurso de mi carrera Universitaria.

Agradezco a mis padres Bairo Elizalde y María Rodríguez, por ser mi fortaleza y el pilar fundamental en mi vida, a mi esposo Ricardo, por ser el apoyo incondicional, a mis hijos Enders y Doménica quienes son mi mayor inspiración para lograr la meta que hoy con la bendición de Dios es posible.

Gracias infinitas de todo corazón porque sin ustedes esto no hubiera sido posible.

La autora.

MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN											
BIBLIOTECA: FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN											
TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR / NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO						OTRAS DESAGREGACIONES	OTRAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O COMUNIDAD		
TESIS	<p>Karen Lorena Elizalde Rodríguez</p> <p>FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016.</p>	UNL	2017	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	EI SAGRARIO	LA ARGELIA AV. PIO JARAMILLO ALVARADO	CD	Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial

MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CANTÓN LOJA



CROQUIS DE LA INVESTIGACIÓN

CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



ESQUEMA DE TESIS

- i. PORTADA
- ii. CERTIFICACIÓN
- iii. AUTORÍA
- iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN
- v. AGRADECIMIENTO
- vi. DEDICATORIA
- vii. MATRIZ DEL ÁMBITO GEOGRÁFICO
- viii. MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS
- ix. ESQUEMA DE TESIS
 - a. TÍTULO.
 - b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS) SUMMARY
 - c. INTRODUCCIÓN
 - d. REVISIÓN DE LITERATURA
 - e. MATERIALES Y MÉTODOS
 - f. RESULTADOS
 - g. DISCUSIÓN
 - h. CONCLUSIONES
 - i. RECOMENDACIONES
PROPUESTA ALTERNATIVA
 - j. BIBLIOGRAFÍA
 - k. ANEXOS
 - a. TEMA
 - b. PROBLEMÁTICA
 - c. JUSTIFICACIÓN
 - d. OBJETIVOS
 - e. MARCO TEÓRICO
 - f. METODOLOGÍA
 - g. CRONOGRAMA
 - h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO
 - i. BIBLIOGRAFÍAOTROS ANEXOS
- ÍNDICE

a. TÍTULO

FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016.

b. RESUMEN

El auto-concepto y la autoestima son el resultado de un largo proceso, marcado por un gran número de experiencias personales y sociales.

La autoestima baja en una persona con discapacidad intelectual moderada, determinan que estos sean víctima de maltrato, siente que no puede hacer nada, se aíslan, la apatía, el resentimiento y el egoísmo, se convierten en el modo de vida habitual, es por eso que surge la necesidad de investigar el **FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016.**

La investigación se direccionó en acción-participación, el tipo de estudio fue descriptivo-explicativo, tuvo un enfoque cuantitativo-cualitativo. Se utilizaron los métodos: científico, analítico-sintético, inductivo, hermenéutico y dialéctico. Se aplicó la Escala de Valoración de la Autoestima propuesta por Maiz y Güereca y un registro diario. La población estuvo constituida por 35 personas con Discapacidad, tomando una muestra de 20, con quienes se trabajó en actividades de teatro terapia de manera grupal. Para la validación de la propuesta se empleó un post-test. Los resultados obtenidos inicialmente mostraron el 75% de autoestima baja y un 25% de autoestima media y posterior a la intervención se obtuvo un 30% de autoestima alta y un 70% de autoestima media concluyendo que el teatro terapia es una herramienta eficaz para el fomento de la autoestima en las personas con discapacidad intelectual moderada, por lo cual se recomienda su aplicación en el centro para continuar fortaleciendo la autoestima

SUMMARY

Self-concept and self-esteem are the result of a long process, marked by a large number of personal and social experiences.

Low self-esteem translates to many problems throughout life. An individual with low self-esteem usually feels both unhappy and more limited in what they can or even should do, more so when said person has a disability of some sort, typically characterizing his or herself as unable to achieve anything, or indeed even to try, seeing everything as an obstacle in their way, and casting themselves as the mistreated victim. These feelings lead to isolation and solitude, and in turn apathy, resentment and egoism. As part of the resulting lifestyle, higher self-esteem and the desire to improve cease to be necessary and the disability begins to form a defining role in the individual's life. With these facts in mind, it became necessary to investigate **the promotion of theatre-based self-esteem therapy for individuals with moderate intellectual disabilities in the Loja Development Center for Disabled Persons in the months of February to July, 2016.** The action-participation based study sought to both describe and explain results using both quantitative and qualitative data. This data was acquired utilizing an analytical, inductive, hermeneutic and dialogue based methodology. Data collecting tools used include the Self-Esteem Assessment Scale used by government organization *Maiz y Güereca*, as well as a daily registration sheet. The population in this study consisted of 35 individuals with disabilities, of which 20 were chosen as a sample. This was done at the suggestion of the facilitator in charge of running the theater-based therapy activities, all of which were performed in group sessions. In order to validate the proposal of this study, a post test in the Self-Esteem Assessment Scale was administered, concluding that the theater activities used allowed for a strengthening of self-esteem in individuals with moderate intellectual disabilities.

c. INTRODUCCIÓN

Según la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), plantea que la discapacidad intelectual está caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifestada en habilidades prácticas, sociales y conceptuales, es decir en su interacción con el entorno. (Luckasson et al., 2013, p.31).

Cuando se habla de autoestima, primero hay que hacerlo del concepto que se tiene de uno mismo. De este modo, el auto-concepto se podría decir que es un pilar necesario en el desarrollo emocional de las personas. Cuando las personas con discapacidad desarrollan su auto-concepto tiene que incluir su discapacidad, y en ese mismo momento, se dará cuenta de sus limitaciones y de la diferencia que supone respecto al resto de personas. Una buena autoestima contribuye a ser conscientes de los propios errores y transformarlos en experiencias constructivas para tener un pensamiento positivo hacia la propia persona.

El teatro funciona, como una herramienta altamente eficaz en lo que respecta a la expresión y la comunicación. En este sentido, tiende a potenciar el desarrollo de la imaginación y la autonomía, favoreciendo además la integración (García, 2014, p. 12). Es por ello que se emplea como un medio para mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual y su autoestima, es por eso que se planteó el presente trabajo de investigación que se estructuró en tres partes claramente identificables: marco teórico, diseño de una propuesta de intervención y conclusiones.

En la primera parte se muestra una revisión bibliográfica relacionada con la discapacidad intelectual, se detalla el concepto, características y su clasificación. Respecto a la autoestima, se exponen los componentes, las características, el desarrollo y las áreas. Seguidamente se establece la relación entre la discapacidad intelectual y la autoestima y finalmente se establece una serie de pautas de actuación para el fomento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual, a partir del teatro terapia.

En la segunda parte se muestra el diseño de la propuesta de intervención en teatro terapia, se explica detalladamente su aplicación, a modo de ejemplo e actuación, cuyo objetivo es el fomento de la autoestima.

La metodología principal se basó en la realización de actividades que desarrollen de forma positiva los componentes de la autoestima para así, conseguir de forma integral el fomento de ésta.

Finalmente se exponen las conclusiones en las cuales se realizó un análisis y comparación con el marco teórico, reflexiones sobre la importancia de la autoestima y el ajuste de expectativas que tiene actualmente la aplicación del teatro terapia en el fomento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual.

La investigación realizada tuvo como objetivo general: Establecer pautas de actuación que fomentan la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016, como objetivos específicos: 1. Reconocer los referentes teóricos y metodológicos del teatro terapia para el fortalecimiento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016:

2. Diagnosticar los niveles de autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016: 3. Diseñar y ejecutar talleres de teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016: 4. Validar la efectividad de la aplicación de los talleres del teatro terapia para fortalecer la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

Fue de tipo: analítico-descriptivo, con un enfoque cuantitativo-cualitativo, los métodos que se aplicaron se enmarcaron en tres áreas: teórico-diagnóstica, diseño y ejecución, y validación de la efectividad de la propuesta, por ello se utilizó los métodos teóricos: Analítico, sintético, inductivo, lógico, descriptivo, hermenéutico, dialéctico, y a su vez los métodos empíricos: la observación que permitió identificar a los participantes de la investigación. Se realizó inicialmente la valoración de la Autoestima con el propósito de conocer los niveles de esta en las personas con discapacidad intelectual moderada, el cual arrojó como porcentaje que el 75% de las personas objeto de estudio presentaron una autoestima baja, un 25% una autoestima media y ninguno obtuvo una autoestima alta o inflada; estas personas oscilan en una edad cronológica de 16 a 43 años y su edad mental está entre los 6 a 14 años, es por eso que se aplicó las 20 actividades para el fomento de la autoestima, con una duración de 30 a 40 minutos de manera grupal. Se aplicó a 20 personas con discapacidad intelectual moderada.

Se pudo contrastar que con la aplicación de la propuesta que fueron las actividades teatrales y la aplicación del post-test, hubo una mejora en la autoestima de las personas, nos encontramos que del 75% tenían autoestima baja y 25% autoestima media, con la aplicación de la propuesta se evidenció que un 30% se encontró en autoestima alta y un 70% en autoestima media.

Con los resultados obtenidos se mostró la efectividad del teatro terapia al existir un aumento en el nivel de la autoestima de los participantes, concluyendo así, que el teatro terapia es una herramienta confiable para fomentar en personas con discapacidad intelectual moderada su autoestima.

d.- REVISIÓN DE LITERATURA

DESARROLLO SOCIO - EMOCIONAL DEL NIÑO

Concepto

Según Zaccagnini (2004).

Las emociones son una compleja combinación de procesos corporales, perceptuales y motivacionales que producen en las personas un estado psicológico global, que puede ser positivo o negativo, de poca o mucha intensidad y de corta o larga duración, y que genera una expresión gestual que puede ser identificada por las demás personas (p.8).

Darder y Bach (2006) definen.

Las emociones como el conjunto de patrones y respuestas corporales, cognitivas y a la vez conductuales que adoptamos y aplicamos las personas ante aquello que nos ocurre y también ante aquello que creamos o proyectamos. Son algo más que respuestas simples a estímulos puntuales, son funciones cerebralmente complejas, que imprimen una tonalidad afectiva determinada a la persona y configuran un talante o una manera de ser. En ellas se conjugan lo innato, lo vivido y lo aprendido (p.35-39).

El correcto desarrollo emocional supone ser consciente de los propios sentimientos, estar en contacto con ellos y ser capaz de proyectarlos en los demás. Ser capaz de involucrarse con otras personas de forma adecuada relacionándose positivamente.

Las Habilidades socio-emocionales influyen en la forma en la que los niños perciben y entienden el mundo, como construyen la percepción de sí mismos, y como llegan a desarrollar relaciones con otros de manera satisfactoria y enriquecedora. La forma en la que los niños se acercan a nuevas personas, lugares y desafíos es, en gran parte, definido por sus competencias socio- emocionales.

Habilidades socio - emocionales en los niños

Según Palacios e Hidalgo (2004).

Alrededor de los tres años, son conscientes en la elección de personas y las emociones que genera esa relación, por eso decide con quien jugar a quien besar, abrazar. De estas relaciones nacen emociones socio-morales como: Vergüenza, culpa y orgullo. En esta edad las Habilidades socio-emocionales formarán parte importante en el desarrollo emocional del niño, tales como: **Confianza:** es la sensación de control y dirección de su propio cuerpo, conducta y mundo. Los niños necesitan sentir que van a ser exitosos en sus intentos y emprendimientos y esperan del adulto que esté presente para ayudarlos. **Curiosidad:** Es la sensación de que explorar e investigar sobre las cosas, y que ser curioso es una actitud positiva y produce placer. **Intencionalidad:** Es el deseo y la habilidad de generar una reacción o consecuencia, y la determinación de actuar con persistencia; una voluntad interna o sentimiento es expresada hacia el exterior a través de una acción o comunicación. Esta habilidad se relaciona con sentirse competente y efectivo. **Autocontrol:** Es la habilidad para modular y controlar nuestras propias acciones en formas apropiadas para la edad; la sensación de control interno. **Relacionarse:** Es la habilidad para interactuar con otros, basado en el acuerdo tácito de entender y ser entendido por otros. **Capacidad para comunicar:** Es el deseo y la habilidad de expresar ideas, sentimientos y conceptos a otros de forma verbal u otras. Esta habilidad se relaciona con sentir confianza en otros y placer en relacionarse con ellos, incluyendo a los adultos que los rodean. **Ser Cooperativo:** Es la habilidad para balancear nuestras propias necesidades con las de los otros en una actividad grupal (p-234-237).

De allí surge la necesidad imperiosa de trabajar en el auto-concepto y la autoestima tempranamente en las personas con discapacidad intelectual moderada a fin de potenciar sus habilidades socio-emocionales.

La afectividad en el desarrollo socio - emocional.

Para O'Connor J. Y Dermontt, (2000):

Si la inteligencia no constituye una facultad separada del resto de facultades del hombre, lo mismo puede afirmarse y con mayor énfasis, de la afectividad. No existe algo que puede llamarse afectividad sino comportamientos afectivos frente a los estímulos. Consiste en una tonalidad o en una conmoción global, básicamente de agrado o desagrado, que acompaña a nuestras reacciones frente a los estímulos del medio (p.34-35).

Comparada con la formación intelectual la formación afectiva presenta dificultades específicas. Lo primero que hay que destacar es que la educación afectiva, por su propia naturaleza, no puede ser sistematizada en el mismo grado que la formación intelectual. Además de la relación con el inconsciente existen otros aspectos de la vida afectiva que resultan complejos.

La afectividad, no es una función psíquica especial, sino un conjunto de emociones, estados de ánimo, sentimientos que impregnan los actos humanos a los que dan vida y color, incidiendo en el pensamiento, la conducta, la forma de relacionarnos, de disfrutar, de sufrir, sentir, amar, odiar e interaccionando íntimamente con la expresividad corporal, ya que el ser humano no asiste a los acontecimientos de su vida de forma neutral

El niño y sus emociones

Según Huescar Elisa (2007):

Cuando las emociones de nuestros hijos, ya sean positivas o negativas se manifiestan debemos escuchar con empatía, aceptar sus sentimientos y proveer de las válvulas de escape convenientes para el niño y su edad. Aceptar sus sentimientos significa permitir a nuestro hijo que experimente sus emociones sin juzgarlo, sin aconsejarlo, sin intentar dirigirlo, sólo permitiéndole sentir lo que vive, ayudar a identificar, a aceptar y a comprender lo que pasa dentro de él. Para poder aceptar los sentimientos del niño primero debemos aprender a escucharlos, eso significa entenderlos desde su punto de vista no desde el nuestro, esto se hace mediante la atención activa. Debemos este término a Cari Rogers. La

comprensión sólo se puede probar mediante la atención activa que consiste en considerar el punto de vista del otro, eso no implica estar de acuerdo o no en ese punto de vista. Hay que prestar atención a los mensajes verbales y los corporales que nos envía el niño. Con la atención activa damos muestras al niño de que lo estamos escuchando y comprendiendo. Nadie se puede sentir comprendido si sus emociones son etiquetadas o criticadas (p.234).

Las emociones manifestadas por los niños en edades tempranas son las primeras señales de que pueden existir alteraciones en su desarrollo emocional, y que puedan requerir intervenciones para su progreso, a fin de evitar la instauración de trastornos emocionales en los niños

Para Catherine Brackett (2004), las emociones de los niños se concretan en:

El temor y la ansiedad. Todos experimentamos tensión y desarrollamos miedos y ansiedad en diferentes momentos. Cada uno tiene un papel de utilidad en lo que se refiere a proteger del peligro a la persona, la naturaleza y la forma que toman el temor y la ansiedad en los niños se relaciona con su periodo de desarrollo. **El miedo** ayuda a prepararse y protegerse. Los miedos deben respetarse, escucharse y acogerse. **La alegría** es la emoción que acompaña al triunfo y al amor; es necesario aprender a liberar nuestras emociones, soltar las lágrimas, y la alegría renacerá. **Ira y Agresión** existen pocos estudios acerca de las respuestas emocionales positivas de la infancia (risa, sonrisa, y expresión de amor) y muchos sobre las repuestas negativas, en especial aquellas relacionadas con la ira (un estado emocional). **La tristeza** es la emoción que acompaña una pérdida, llorar permite aliviar la pena. Llorar es necesario y sobretodo llorar en brazos de alguien que sepa escuchar las lágrimas sin pararlas, con alguien que no juzgue y que acoja sin bajar la mirada. **Risa y excitación** la estimulación social es el factor de gran importancia para provocar la sonrisa y la risa. En un niño ocurre cuando ésta existía en otros niños que están presentes (p-234-239).

Las emociones son las encargadas de determinar cómo afrontar la vida y por eso tienen un papel importante en la vida de las personas, pero sobre todo en la vida de los niños.

Construcción del desarrollo emocional en el niño.

Según Henry (2004)

Las sensaciones que percibe el niño desde su nacimiento producen emociones, el que responde tanto al efecto físico de la sensación como a la emoción surgida y, como todo ello se produce en un contexto relacional dado, el niño va construyendo el significado de sus experiencias emocionales a partir de sus interacciones con las personas que lo cuidan (p.72).

La actitud de estas personas desencadena respuestas en los niños, respuestas que son propias de cada uno de ellos, y a su vez el niño estimula con su presencia al adulto y así se establece un lazo único entre ellos. El niño que reacciona con una sonrisa a la voz del adulto producirá una reacción diferente en él, que aquel que no muestra interés al oír su voz; por otra parte, el adulto que atiende al niño que se hace notar, ya sea con su llanto o gesticulando y pasa de largo sin atender al que está callado y tranquilo, provocará respuestas diferentes en cada uno de ellos. De esta forma cada niño irá construyendo el concepto de sí mismo, la toma de conciencia de una realidad externa a él, la idea de moralidad y el pensamiento.

Greenspan, (2008) afirma: “Las emociones organizan y coordinan muchas de las funciones cerebrales y juegan un rol preponderante en el desarrollo de la inteligencia al servir de puente entre el deseo, el afecto y el propósito y la acción o respuesta”. (p.99).

En el ámbito de la educación del niño(a) estos planteamientos no son nuevos; sin embargo, el reconocimiento, más allá de toda discrepancia, de la influencia que ejercen las primeras experiencias emocionales interactivas en la modificación de la estructura cerebral, es un factor cuyo significado conviene comentar a la luz de los avances bioneurológicos.

Mehler (2004) señala que:

El crecimiento del cerebro se inicia antes de que los primeros pensamientos sean registrados en él. Las neuronas se activan con la experiencia y así establecen conexiones, de ahí la importancia de los primeros intercambios emocionales del niño con la persona que lo cuida. A través de ellos el niño aprenderá a tomar conciencia de sus sensaciones y a organizar su capacidad de atención y, una vez logrado esto, comenzará a construir sus relaciones con los demás, desarrollando preferencias y estableciendo diferencias entre personas y objetos. En este proceso selectivo influyen sus experiencias emocionales enriqueciendo su capacidad para relacionarse.

Durante todo este período de aprendizaje pre verbal, en que emociones y conductas están estrechamente vinculadas a las sensaciones (besos, caricias), el rol de la educadora es determinante: una respuesta afectiva pertinente y una acción incentivadora cálida ayudarán al niño a comprender cómo sus actos desencadenan respuestas ajenas a él, afianzando su concepción de una realidad externa, más allá de sus deseos y de su persona; por el contrario, una conducta poco comprometida afectivamente de parte de la educadora provocará desmotivación y desorganización en el niño.

ALTERACIONES DEL DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL INFANTIL

Bravo,(2004), plantea que los trastornos emocionales infantiles son: “Consecuencia de insuficiencia en los procesos psicológicos adaptativos frente a experiencias del ambiente y frente a las propias necesidades instintivas, que son derivados de la angustia y de los mecanismos psíquicos insuficientes para controlarla” (p.22).

Los trastornos emocionales estarían estrechamente relacionados con problemas de conducta, anomalías de carácter y dificultades de aprendizaje, lo que muchas veces no permite hacer un análisis más específico del problema.

Bajo las regulaciones del Acta para la Educación de Individuos con discapacidades (IDEA, for sus siglas en inglés). **IDEA (2009) define el trastorno emocional como:**

Una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un periodo de tiempo prolongado y hasta un grado marcado que afecta adversamente el rendimiento académico del niño: a) Una inhabilidad de aprender que no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales o de la salud. b) Una inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus pares y maestros. c) Conducta o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales. d) Un humor general de tristeza o depresión. e) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales o escolares.

Los problemas emocionales y de conducta en la infancia suponen una preocupación y un reto para padres, educadores y profesionales de la salud, ocupando un lugar destacado en las investigaciones sobre trastornos psicopatológicos en niños. Generalmente, los padres y profesores son las personas que tienen mayor contacto con los niños y niñas, y los que detectan que algo no funciona adecuadamente, siendo habitual que sean ellos los que solicitan una evaluación emocional y conductual. Los motivos de consulta más frecuentes de los profesores se relacionan con problemas de conducta y de rendimiento escolar, mientras que los padres consultan por problemas entre los hermanos, de conducta, y temores diversos. La evaluación tiene como finalidad conocer y comprender las conductas y síntomas que aparecen, para valorar si éstos, son parte normal del desarrollo o constituyen un patrón patológico.

La importancia y necesidad de evaluar los problemas emocionales y de conducta proviene del alto porcentaje de niños y niñas que acude a la consulta psicológica por estos problemas, especialmente cuando los problemas de conducta están asociados a trastornos externalizantes.

La prevención de dichos problemas requiere una identificación temprana, y para ello es preciso que se origine de la observación de las personas que conviven con los niños y niñas, es decir, con los profesores y padres, que son los informantes más idóneos para la detección de problemas infantiles. Para que la valora

Características de los trastornos emocionales en los niños

Hasta el momento, las causas de los trastornos emocionales no han sido adecuadamente determinadas. Aunque algunas causas pueden incluir factores tales como la herencia, desórdenes mentales, dieta, presiones y el funcionamiento familiar, ningún estudio ha podido demostrar que alguno de estos factores sea la causa directa de los trastornos emocionales o del comportamiento.

Algunas de las características y comportamientos típicos de los niños con trastornos emocionales son señaladas por la IDEA (2009):

- a) La hiperactividad (la falta de atención, impulsividad);b) Agresiones/un comportamiento que puede resultar en heridas propias; c) Retraimiento (falta de iniciar intercambios con los demás; el retiro de los intercambios sociales; temores o ansiedades excesivas);d) Inmadurez (el niño llora en ocasiones inapropiadas; temperamento; habilidad inadecuada de adaptación);e) Dificultades en el aprendizaje (rendimiento académico por debajo del nivel correspondiente al grado).

Muchos niños que no tienen un trastorno emocional pueden experimentar algunos de estos comportamientos durante diferentes etapas de su desarrollo. Sin embargo, cuando los niños tienen trastornos emocionales, este tipo de comportamiento continúa a través de largos períodos de tiempo. Su comportamiento nos indica que no están bien dentro de su ambiente o entre sus compañeros.

Clasificación de las alteraciones del desarrollo social y emocional del niño.

La Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP) (2010) clasifica a las alteraciones del desarrollo social y emocional del niño en: “a) Desórdenes de Ansiedad, b) Trastorno Bipolar, c) Depresión, d) Trastorno de Oposición Desafiante, e) Desastre (que se enfoca en tratar los efectos emocionales que un desastre pueda tener al bienestar de los niños)” (p. 78).

Desórdenes de ansiedad

La Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP) (2010) los trastornos de ansiedad en la infancia se clasifican en: a) Trastorno de Ansiedad por Separación, b) Trastorno de Pánico, c) Trastorno De Ansiedad Generalizada, d) Mal humor, e) Fobia Especifica, f) Trastorno Obsesivo Compulsivo (p.39).

Estos desordenes se caracterizan por ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño.

Los miedos constituyen un factor casi constante en el transcurso del desarrollo humano. La aparición de la ansiedad en los niños, lejos de constituir un rasgo patológico, indica una evolución en la que podemos observar la conciencia que el niño va adquiriendo acerca de su propia individualidad, de sus límites y de sus recursos.

La ansiedad es polimorfa en su expresión y en su constitución. También es variable en su concreción de acuerdo con la personalidad del niño, su educación, el estilo afectivo y cultural de la familia y el medio sociocultural en el que se encuentra y por

si fuera poco no están claras las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica.

Trastorno bipolar

Para Vargas (2010), el trastorno bipolar (TB) es: “Una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos” (p.97).

Aunque el TB tiene un componente genético, su modo de herencia permanece en la oscuridad y ningún gen de vulnerabilidad se ha identificado claramente, se resaltaron la influencia predominante de la genética e historia familiar como un marcador etiológico esencial, es claro que los factores y procesos psicosociales son igualmente importantes para proporcionar un coherente y comprensivo entendimiento de la etiología del TB.

El TB se caracteriza por un curso episódico, alternándose estados de ánimo expansivo o irritable con estados de ánimo depresivo o pérdida de la capacidad para el placer. A fin de consensuar el diagnóstico del TB, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH por sus siglas en inglés) organizó una mesa redonda en 2001 donde se clasificó este trastorno en 3 categorías: tipo I, tipo II y TB no especificado (NOS por sus siglas en inglés).

Depresión

La existencia de la depresión en la infancia ha sido cuestionada durante muchos años. En épocas relativamente recientes, existía aún la concepción popular de una etapa infantil en la que no cabían sentimientos de tristeza, abatimiento, preocupaciones o sentimientos de culpabilidad en niños antes de la pubertad.

Para García (2010): “La depresión infantil es un trastorno complejo, que incluye alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, que difieren según los casos (p.37).

El proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño y de otras personas que se relacionan con él. Varias son las dificultades que se presentan. Una primera radica en la disparidad de procedimientos que dificulta la comparación entre estudios. Un segundo hace referencia a la dificultad de utilizar pruebas de autoevaluación en los niños más pequeños. Finalmente señalar que sigue habiendo un reducido número de pruebas específicas para evaluar estos trastornos en niños, si bien, se ha avanzado bastante respecto a años anteriores en nuestro país. Las pruebas de papel y lápiz, incluyendo los autoregistros, se utilizan a partir de los seis años que es la edad normal de inicio de la lectura y escritura.

La incidencia de depresión en los niños es probablemente del 5% al 6%, aunque no se saben las cifras exactas. (Green, 2016)

Trastorno de oposición desafiante (TOD)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) (2002) define al TOD como: “Un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad” (p.21)

Se estima que su prevalencia en la población general es de, aproximadamente, 2 a 16%. (Greene, 2016). Con frecuencia el TOD coexiste con otros trastornos como: trastorno de la conducta (TC), trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La evaluación clínica de un niño con TOD necesita tener en cuenta varias dimensiones, con diversas fuentes de historia, distintos métodos y diferentes instancias. Si no se hace un enfoque comprensivo, llega a ser dificultoso identificar el desorden y distinguirlo de otros. Se deben evaluar los riesgos individuales, familiares y comunitarios. La evaluación puede iniciarse por conocer los factores individuales

AUTOCONCEPTO

Definición

Durante largo tiempo el autoconcepto se ha considerado un constructo unidimensional y global. Los primeros planteamientos históricos sobre autoconcepto se basaban en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo forman un todo indivisible y global, por lo que para poder entender el autoconcepto propio había que evaluar esa visión general.

Shavelson, Hubner y Stanton, (2001), “Se acepta al autoconcepto como una concepción jerárquica y multidimensional” (p.59).

Para Axpe y Uralde, (2008) “El autoconcepto general estaría estructurado en varios dominios (académico, personal, social y físico) cada uno de los cuales se dividiría a su vez en dimensiones de mayor especificidad (p.123).

Cardenal y Fierro (2003) han definido el autoconcepto como un conjunto de juicios, tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo, consideran que el autoconcepto expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma (p.45).

Según Shavelson, Hubner y Stanton, (2001):

Este constructo se ha definido como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta, así como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (p. 1999).

Si al auto-describirnos nuestros juicios de valor son satisfactorios, entonces obtendremos un autoconcepto global positivo. En el caso contrario, generaremos sentimientos negativos y, por tanto, repercutirá en un autoconcepto global negativo.

Para Clemen y Bean, (2006):

La importancia del autoconcepto reside en su relevante aportación a la formación de la personalidad, pues tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (p.45).

El autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo y su interacción con el ambiente.

Según Vera y Zebadúa (2002):

El autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, con un buen funcionamiento y para la autorrealización. Está relacionado con nuestro bienestar en general. Muchos de los problemas psicológicos actuales como la depresión o los malos tratos conyugales se relacionan con un autoconcepto bajo o defectuoso (p.43-44).

El autoconcepto juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo. De ahí que el logro de un equilibrio socioafectivo en

las personas a partir de una imagen ajustada y positiva de sí mismo figure entre las finalidades tanto de la Educación formal como de la Educación Especial.

Desarrollo del autoconcepto

A medida que pasan los años se va formando un autoconcepto cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Las autopercepciones se desarrollan en un contexto social lo cual implica que el autoconcepto y su funcionamiento particular están vinculados al contexto inmediato. Sin embargo, las autopercepciones también dependen de las características evolutivas de la persona en cada momento de su desarrollo. En consecuencia, el desarrollo del autoconcepto puede ser visto desde un enfoque interaccionista: el ambiente posibilita ciertas experiencias las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas. Las diferentes dimensiones o áreas del autoconcepto y su importancia en la elaboración del propio sentido personal, se encuentran fuertemente relacionadas con la edad de los individuos. Un ejemplo de ello lo constituye el hecho de que mientras en las primeras edades los niños reconocen su necesidad de los padres para su supervivencia, en la adolescencia tiene mayor importancia los iguales y el logro de la independencia familiar.

Para Alcaide (2009):

Un punto de vista generalizado sobre el desarrollo del autoconcepto y, especialmente el de los autores que trabajan bajo la perspectiva de la multidimensionalidad estructural y funcional, o aquellos con un punto de vista parecido, es que su evolución camina de una etapa inicial principalmente indiferenciada a una progresiva diferenciación con el paso del tiempo. Además, también existe cierto acuerdo en suponer que a lo largo de los años en que el autoconcepto se forma, las facetas del autoconcepto tienen diferente peso y su importancia explicativa también varía.

Para lo cual resulta efectivo trabajar el desarrollo del autoconcepto de manera multidimensional, con el fin de potenciar cada esfera y reconocer oportunamente sus limitaciones

Características del Autoconcepto

Se considera, desde el modelo de Shavelson et al. (2006) siete las características fundamentales en la definición del constructo. El autoconcepto puede considerarse como:

- a) Organizado: la gran variedad de experiencias de un individuo establece la fuente de datos sobre la que se basa sus propias percepciones. Para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias una persona las cifra en formas más simples o categorías (Bruner, 1958). Una característica del autoconcepto, por lo tanto, es que está organizado o estructurado.
- b) Multifacético: las áreas en particular reflejan el sistema de categorización adoptado por un individuo concreto o compartido por grupos.
- c) Jerárquico: las distintas facetas del autoconcepto pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas éstas en la base de la jerarquía, hasta el autoconcepto general, situado en lo alto de la jerarquía.
- d) Estable: el autoconcepto general es estable, sin embargo, a medida que uno desciende en la jerarquía del autoconcepto, éste va dependiendo cada vez más de situaciones específicas y así llega a ser menos estable.
- e) Experimental: al aumentar la edad y la experiencia (especialmente al adquirir los niveles verbales), el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más.
- f) Valorativo: no solamente desarrolla el individuo una descripción de sí mismo en una situación particular o clase de situaciones. Las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el "ideal" al que me gustaría llegar, y pueden hacerse comparándose con patrones relativos, tales como "observaciones"
- g) Diferenciable: el autoconcepto es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado.

En la actualidad, resulta probada la naturaleza multidimensional del autoconcepto pero siguen quedando dudas acerca de cuántos factores lo constituyen y de qué relación guardan los diferentes factores entre sí.

Dimensiones del autoconcepto

Según Esnaola, Goñi y Madariaga (2008), las dimensiones de los tipos de autoconcepto son: físico, personal, social y académico.

Las dimensiones del autoconcepto físico.

La naturaleza multidimensional del autoconcepto físico está totalmente aceptada pero, cuántas identidades lo componen sigue siendo un tema de discusión. Las dimensiones habilidad física y la apariencia física, resultan indiscutibles, pero suelen añadirseles otras más. Bracken (1992), por ejemplo, distingue los ámbitos de competencia física, apariencia física, forma física y salud. El modelo de Fox (1988), por su parte, contempla las cuatro siguientes dimensiones: habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza

Las dimensiones del autoconcepto personal

Hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual. El autoconcepto personal ha suscitado menos atención en la investigación psicológica que el autoconcepto académico, el físico y el social. Este término consta, al menos, de cuatro dimensiones: autoconcepto afectivo-emocional (cómo se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones), el autoconcepto ético-moral (hasta qué punto una persona se considera a sí misma honrada), el autoconcepto de la autonomía (la percepción de hasta qué

punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio) y el autoconcepto de la autorrealización (cómo se ve una persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida).

La estructura del autoconcepto social

Los estudios que han tratado de delimitar las dimensiones del autoconcepto social parten de concepciones y definiciones dispares que responden a dos criterios: por contextos y por competencias.

En los trabajos en los que se diferencia el autoconcepto social por contextos de Markus y Wurf, (2007): “El autoconcepto representaría la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales” (p.67).

Por otro lado Infante, De la Morena, García, Sánchez, Hierrezuelo y Muñoz, (2002); consideran que: “El autoconcepto social se organiza dependiendo de la evaluación de unas u otras de las competencias (las habilidades sociales, la prosocialidad, la agresividad, la asertividad, etc.) que las personas activamos en la vida social (p.25).

Desde esta perspectiva, teóricos como James (2000) y Cooley (2002) definen el autoconcepto social como: “La autopercepción de cuánto son admiradas unas personas por otras coincidiendo el autoconcepto social con la autopercepción de la aceptación social” (p.28). Otros, en cambio, lo definen como la autopercepción de las habilidades o competencias sociales. En la práctica, estas dos definiciones puede que se solapen puesto que las personas que se sienten aceptadas posiblemente se perciban también como socialmente hábiles.

Las dimensiones del autoconcepto académico

Para Goñi y Fernández, (2007):

La importancia concedida al autoconcepto académico en la investigación educativa es enorme respondiendo a la presunción de que no se puede entender la conducta escolar sin considerar las percepciones que el sujeto tiene de sí mismo y, en particular, de su propia competencia académica (p.146).

El autoconcepto académico, iría adquiriendo con la edad una mayor diferenciación interna y también una mayor distinción con respecto a otros constructos relacionados tales como el logro matemático.

Distinción entre autoconcepto y autoestima

A lo largo de la historia del estudio del autoconcepto han sido numerosos los términos que se han empleado para referirse a él, Rodríguez, (2005), señala: “Autoestima, autoconcepto, autoimagen, autopercepción, yo, self, ego, autoconciencia, autoconocimiento, autoaceptación, noción de sí, autoevaluación, autovaloración, autovalía, autosentimiento, sí mismo, percepción de sí, aceptación de sí, concepto del yo, autorrespeto, identidad, autoidentidad, autoimagen, actitud hacia sí mismo, etc.” (p.33).

Es evidente la amplia terminología vinculada a la percepción de sí mismo, pero también es evidente que los términos más generalizados en psicología para referirse a él son el de autoconcepto y el de autoestima, y el resto se pueden integrar en alguna de estas dos categorías.

Para Hattie (2002), los términos que se pueden intercambiar con autoconcepto son: “Los de self, autovaloración, autoidentidad, autoimagen, autopercepción, autoconocimiento y autoconciencia, y aquellos otros términos intercambiados más

habitualmente con la autoestima son los de autoconsideración, autogeneración, autoaceptación, autorrespeto, autovalía, autosentimiento y autoevaluación” (p.49).

A pesar de esta ambigüedad terminológica y de que tanto el autoconcepto como la autoestima son dos componentes de la percepción de sí mismo, semánticamente son claramente distintos. Junto con el componente conativo de la percepción de sí, que hace referencia al comportamiento derivado de dicha percepción, y por tanto a la autoeficacia, se encuentran por un lado, el componente cognitivo/perceptivo (pensamientos) o autoconcepto, que se relacionaría con la idea que cada persona tiene de sí misma, y por otro lado, el componente afectivo/evaluativo (sentimientos) o autoestima, que se definiría como el aprecio, estima o amor que cada cual siente por sí mismo.

Para González (2000) el autoconcepto hace referencia a aspectos cognitivos o de conocimiento. Y lo define como:

El conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de él mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona (corporal, psicológico, emocional, social, etc.). Implica una descripción objetiva o subjetiva de uno mismo, descripción que lógicamente contiene multitud de elementos o atributos (mujer, casada, baja, ambiciosa, amante de la música, etc.) que sirven para distinguir a una persona como única y diferente de todas las demás. El listado de atributos puede ser ilimitado, sin embargo no estarán todos en el mismo nivel, sino que la persona los jerarquiza según un orden de importancia personal, pudiendo cambiar de rango en función del contexto, de la experiencia o de los sentimientos del momento.

En este sentido, una persona puede incluir en su autoconcepto como elementos centrales atributos referidos a su profesión (médico, político,) o a su estado civil (soltero, divorciado,) o a elementos raciales (árabe, blanco, negro) en función de la

importancia que tienen para él esos atributos o de criterios más externos como puede ser la valoración social. En cualquier caso, lo que ocurre es que en esa autodescripción y en la selección de los atributos están influyendo aspectos emocionales y de evaluación.

Para Berk (2001):

La autoestima sería, por tanto, la valoración que el sujeto hace de su autoconcepto, de aquello que conoce de sí mismo. Se puede considerar la autoestima como un aspecto del autoconcepto o cómo un componente del autoconcepto, en cualquier caso, incluye juicios de valor sobre la competencia de uno mismo y los sentimientos asociados a esos juicios. Así como en el autoconcepto no es adecuado introducir matices evaluativos, “alto” o “bajo”, “adecuado” o “inadecuado”, etc., puesto que se refiere al conocimiento que el sujeto posee de sí mismo y únicamente se podría hablar de “grado” o “nivel” de conciencia respecto a sus experiencias y vivencias, en la autoestima, es precisamente este matiz evaluativo el que la define y caracteriza.

Por ello, se puede considerar a la autoestima es la dimensión evaluativa dentro del autoconcepto que se identifica como una actitud positiva o negativa de aprobación o desaprobación personal, respecto a sí mismo. En cualquier caso la valoración que un sujeto va a hacer de sí mismo puede ser positiva o negativa, alta o baja, adecuada o inadecuada, por lo que podríamos decir que en la medida en que un sujeto piensa positivamente de sí mismo, se acepta y se siente competente para afrontar los retos y responsabilidades que la vida le plantea, su autoestima es alta. Por el contrario, cuando un sujeto piensa negativamente sobre sí mismo, se autorrechaza y autodesprecia, se considera incapaz de resolver con éxito cualquier tarea o situación, su autoestima es baja.

AUTOESTIMA.

Definiciones

Existen diferentes definiciones respecto al término de la autoestima, entre ellas: el Diccionario de la Real Academia Española (2001), afirma que: “La autoestima es la valoración generalmente positiva de sí mismo” (p.147).

La autoestima como tal no es innata, sino que es adquirida generándose como resultado de la historia de cada persona, podría decirse que es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones que nos van dando forma en el transcurso de nuestros días.

La visión de la autoestima según Massó y Gutiérrez (2001) concreta que: “Una persona con buena autoestima es la que se quiere tal cual es, con sus cualidades y sus defectos” (p.21).

Por otro lado, Villanueva (2013) determina que: “La autoestima es la capacidad que una persona tiene para apreciarse, amarse, valorarse, es decir para quererse y aceptarse a uno mismo” (p.12).

También la Asociación Nacional para la Autoestima (National Association for Self-Esteem) (2015) concreta que una persona con una auténtica y saludable autoestima es: “Aquella que se ve positivamente, responsable de sus actos, constructiva y en la que la gente puede confiar” (p.29).

Por lo que se puede concluir que la autoestima es el concepto que se tiene sobre uno mismo, el cual está basado en los sentimientos, pensamientos, experiencias y sensaciones a lo largo del camino de la vida, además de las evaluaciones que se hacen sobre los propios actos.

Una buena autoestima contribuye a ser conscientes de los propios errores y transformarlos en experiencias constructivas para tener un pensamiento positivo hacia la propia persona.

Siendo la autoestima el centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, se convierte en una estructura funcional de mayor eficacia y solidez que engloba todo el dinamismo humano.

Cuando una persona tiene una adecuada autoestima experimenta cada aspecto de la vida de una manera positiva y constructiva; es capaz de enfrentar los retos en forma productiva, utiliza los propios recursos en las etapas de crisis para salir adelante y está en capacidad de disfrutar más sanamente cada vivencia.

Componentes de la autoestima

Respecto a los componentes de la autoestima existen diferentes teorías entre las que podemos diferenciar, por un lado, la de Branden (2005), en el que diferencia dos elementos:

Primero la eficacia personal, siendo esta la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida. Esto se traduce en la confianza en el funcionamiento de la propia mente, es decir, en la capacidad para pensar y entender, para aprender a elegir y tomar decisiones. Es creer y confiar en uno mismo. El respeto hacia uno mismo, refiriéndose a la sensación de considerarse merecedor de la felicidad. Esto significa que se es consciente del valor que se tiene como persona, como ser único en el universo. Se basa en tener una actitud positiva con la vida y ser feliz, además de sentirse a gusto con uno mismo desde pensamientos, deseos, necesidades hasta en el componente físico. Segundo, el auto-concepto: se lo define como la opinión que tiene la persona sobre sí misma. Éste se desarrolla a medida que pasan los años (pp.112-113).

Por lo que el auto-concepto no es una idea fija, ya que es cambiante según las circunstancias en que se encuentre el individuo. Es por ello, que continuamente se elabora el auto-concepto.

Para Rodríguez (2005) el auto-concepto, se conforma en diferentes niveles, entre los que podemos distinguir:

Primero el nivel cognitivo-intelectual el cual se basa en las experiencias pasadas, las opiniones, creencias, ideas y percepciones del individuo. Segundo el nivel emocional-afectivo que consta de un juicio de valor, lo que implica el sentimiento que tenga el individuo sobre cómo se ve y tercero el nivel conductual que se basa en la decisión de llevar a cabo un comportamiento y ser consecuente con ello (p.47).

Por otro lado, según Coronel (2015) los factores que determinan el auto-concepto se divide en:

Inicialmente el esquema corporal que es la idea que se tenga del cuerpo a través de diferentes estímulos y sensaciones. Las relaciones sociales, la moda, los posibles complejos y sentimientos que se tengan hacia uno mismo están directamente relacionados con esta. Seguido de las aptitudes: las capacidades que tenga una persona para realizar algo satisfactoriamente. Finalmente la valoración externa: Es la opinión que tengan las demás personas sobre el individuo. (p.214)

El auto-respeto como el propio nombre indica, es respetarse a uno mismo. Esto, se considera indispensable para vivir en armonía, con uno mismo, y con los demás.

Para lograr este auto-respeto, según Huerta (2011) se requiere:

Afirmar que se tiene el derecho a satisfacer las propias necesidades, a tener éxito, a la satisfacción personal y, sobre todo, a la felicidad. Ser responsable. Se considera necesario vivir de acuerdo a las propias convicciones y valores sabiendo que todo acto tiene su

consecuencia. Aprender a valerse por sí mismo. Afirmar el valor propio que el individuo tiene (p.47).

Dicho así, el auto-conocimiento no solo se basa en saber cuáles son las cualidades aceptando las buenas y cambiando aquellas que se consideren negativas, de cada persona, sino también en quererse a uno mismo; esto afecta no solo de forma positiva a la autoestima, sino que, además, influye en las relaciones sociales y en la comprensión del mundo.

Desarrollo de la autoestima

Para Romero y Jaramillo (2010):

Los primeros días de vida son indispensables para el desarrollo de la autoestima, ya que se constituye con los primeros estímulos recibidos de las figuras de apego. Otra etapa importante es la infancia, concretamente de los 5 a los 6 años, en el que compara su yo real con el yo ideal y se juzga por ver si cumple los patrones establecidos en la sociedad. Además, en esta etapa, el niño/a busca complacer a las diferentes personas de su entorno, sobre todo a sus familiares, para así favorecer su integración en la sociedad. (p.21)

Con ello, queda establecido que la época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia, donde incluso se requiere de otras formas de comunicación, como el lenguaje facial y gestual.

Para que el individuo desarrolle de manera favorable la autoestima, Romero y Jaramillo (2010) proponen diferentes factores:

Vinculación: Necesita sentirse parte de algo. Necesita conocer que hay alguien que se preocupa por él/ella. Además, también requiere saber que tiene objetos significativos que le pertenecen. Singularidad: Precisa sentirse que es alguien único, especial, independientemente de que comparta determinados aspectos parecidos con amigos/as,

hermanos/as, etc. Esto va directamente relacionado con la noción de respeto hacia uno mismo. Poder: Esto quiere decir que puede realizar aquello que se proponga, en la que algunas veces obtendrá el éxito y en otras, no. Sin embargo, siempre optará por tener una actitud positiva y constructiva para el futuro. Pautas: Esto requiere de modelos positivos, ya que a través de la imitación suelen aprender gran parte de las cosas, de este modo, obtendrá resultados satisfactorios, en los que, además, aprenderá a distinguir lo bueno de lo malo. Así como los valores, los hábitos, las creencias, los patrones éticos, etc. (p.29).

Por lo que los valores, los hábitos, las creencias, los patrones éticos, etc., desempeñan un papel importante en el desarrollo de la autoestima.

Una adecuada autoestima permite: tener confianza y claridad en las habilidades propia, sentir que se es merecedor de éxitos, saberse capaz de enfrentar los diferentes retos de la vida, fijar metas, ser capaz de mantener un adecuado autocontrol, mantener una seguridad que permita ser flexible en la consecución de los objetivos propios, tener valores claros, ser capaz de construir relaciones interpersonales beneficiosas, reconocer y disfrutar con los logros de los demás, fortalecer y disfrutar las propias ganancias y beneficios.

Características de la autoestima

Para Maiz y Güereca (2006) existen tres tipos de autoestima: “autoestima elevada o positiva, autoestima baja o negativa y autoestima inflada” (p.49).

Autoestima elevada o positiva, determina que bajo este término se encuentran aquellas personas que se ven aceptados y queridos tal y como son. Es por eso que no tienen la sensación de sentirse continuamente cuestionados por las personas que les rodean y, concretamente, por sus padres. Además, otros autores afirman que estas personas tienen una gran ventaja en el establecimiento de una sana autoestima. Ante el ejemplo de un niño o niña con alta autoestima y con dificultades en la escritura decidirá pedir ayuda, teniendo así

más tiempo para el aprendizaje. De este modo se deduce que un niño o niña con esta característica crea y opera de manera natural tácticas adaptativas que impulsan el crecimiento. Asimismo, reconocen sus logros como propios, dependiendo, en gran medida, de sus propias habilidades, recursos y, sobre todo, esfuerzos. De este modo, consideran que no dependen del azar, de factores que no pueden controlar, por lo que son conscientes del sentimiento de autocontrol (Maiz y Güereca p.43).

Cuando una persona tiene una mayor autoestima, siendo esta saludable, trata a los demás con respeto, bondad y generosidad. Lo cual, es algo extremadamente importante debido a que con estas cualidades se construye un mundo mejor.

Basándose en otros autores se presentan las características más comunes de un niño/a con alta autoestima: pueden hacer amigos con facilidad, son entusiastas al enfrentar retos y actividades nuevas, son capaces de cooperar, asumir responsabilidades y seguir las reglas si esas son justas, juegan solos o acompañados, disfrutan siendo creativos y teniendo sus propias ideas; se sienten orgullosos por sus logros, buscan ser independiente; saben aceptar las frustraciones, muestran sentimientos y emociones variadas

Autoestima baja o negativa, las personas con baja autoestima se caracterizan principalmente por tener falta de confianza y ausencia de esperanza. Asimismo, el hecho de conseguir algún éxito lo asocian a la suerte, no teniendo en cuenta el esfuerzo realizado para conseguirlo. En el lado opuesto creen que los sucesos negativos están relacionados a factores propios del niño o de la niña. (Maiz y Güereca p.49).

Además, a menudo se les pueden escuchar mensajes como “no sirvo para nada”, “todo lo hago mal”, “soy tonto/a”, “soy feo/a”, etc. Estos mensajes de desesperanza suelen ir asociados a conductas desfavorables como la evasión, el rechazo, la negación, la impulsividad, incluso la agresividad.

Debido al bajo nivel de autoconfianza, las probabilidades de éxito que la persona pueda llegar a tener en el futuro están directamente relacionadas con la percepción que tienen de sí mismo.

Según Maiz y Güereca (2006): “La persona con un negativo autoconcepto de sí mismo tiene como consecuencia que se presenten síntomas depresivos y una evasión de la realidad en la que se encuentra” (p. 76).

La falta de amor durante los primeros meses de vida tendría como consecuencia una abismal ansiedad, una tensión generalizada e incluso impediría la necesidad de expresar cariño y amor hacia los demás.

Algunas de las características de un niño o niña con autoestima baja son: hace comentarios negativos o de desprecio sobre sí mismo, tiene poca tolerancia a la frustración, fácilmente se muestra a la defensiva, da más importancia a las opiniones de los demás que a las propias; con frecuencia culpa a los demás por sus fracasos y problemas, tiene escasos sentimientos de poder y control y no está dispuesto a razonar.

Autoestima inflada, es una autoestima baja camuflada bajo un velo de apariencia, de superioridad. Son personas que exigen, que piensan que siempre tienen la razón, continuamente intentan mostrar a los demás sus hazañas, sus logros. Estas personas tienden a exagerar su propia imagen y, es por eso, que intentan demostrar que son superiores a los demás, para así reafirmarse en esa idea de ser superiores y recibir admiración. (Maiz y Güereca, 2006, p. 79).

Algunos de los rasgos más característicos de estas personas son: tienen una creencia de perfección hacia sí mismos y son personas que no aceptan las críticas

de los demás, son rígidos, no se pueden exponer a que nadie les demuestre que están equivocados; se enfadan con facilidad, por lo que hace que estén en un continuo estado de alerta, tiene un estado de ánimo variable, debido a que su auto-concepto depende en su inmensa mayoría de lo que opinen los demás; exageran cualquier cualidad positiva de ellos mismos no saben trabajar en equipo, consideran que nadie es tan bueno/a como ellos/as , critican constantemente a los demás para así infravalorar a los demás, son competitivos/as y envidiosos/as.

Importancia de la autoestima

La autoestima permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos y auto-realizarse. Permite que uno sea más ambicioso respecto a lo que espera experimentar emocional, creativa y espiritualmente.

Desarrollar la autoestima es ampliar la capacidad de ser felices; la autoestima permite tener el convencimiento de merecer la felicidad. Comprender esto es fundamental, y redundante en beneficio de todos, pues el desarrollo de la autoestima positiva aumenta la capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, favoreciendo así las relaciones interpersonales enriquecedoras y evitando las destructivas (Enrique, 2015, p. 71-73).

La importancia de la autoestima se aprecia mejor cuando cae uno en la cuenta de que lo opuesto a ella no es la heteroestima, o estima de los otros, sino la desestima propia, rasgo característico de ese estado de suma infelicidad que llamamos «depresión».

Para Estrada (2015): “Las personas que realmente se desestiman, se menosprecian, se malquieren, no suelen ser felices, pues no puede uno desentenderse u olvidarse de sí mismo” (p.27-32).

Pautas de Actuación Reconocidas para Trabajo de la Autoestima

Núñez (2014) propone algunas estrategias que pueden utilizarse para fomentar la auto-estima positiva o elevada en las personas con discapacidad:

Enfatizar las fortalezas: Enfocarse en las cualidades de la persona para desarrollarlas al máximo y que compensen las debilidades. Crear un ambiente de paz: Cada familia debe de hacerlo a su manera, pero es muy importante que se le aliente a hablar con franqueza sobre su discapacidad y a hacer preguntas, lo cual le ayudará a saber quién es y a dónde va. Delegar responsabilidad: Dejarle que tome decisiones y asuma responsabilidades, especialmente las que le hagan sentir que está contribuyendo. Es recomendable estimularlo a que realice actividades con las que se sienta que hace una diferencia positiva en otros y tenga una sensación de auto-suficiencia. Fomentar la integración, es decir que participe en actividades de grupo, que se integre con otros grupos sociales. De esa manera se sentirá parte de una comunidad y no aislado; Fomentar la autoconfianza, ayudándolo a manejar el fracaso y los errores: Evitar sobreprotegerlo para que conozca que tiene capacidades y confíe en sí mismo. Es importante darle la oportunidad de tomar riesgos ya que hay que recordar que uno sólo aprende sus limitaciones y habilidades haciendo algo y tropezando; Fomentar la toma de decisiones y la solución de problemas: De esta manera, sentirá que tiene el control de algunas de sus acciones y partes de su vida, al igual que crecerá la seguridad en sí mismo; Emplear la retroalimentación positiva y hacerles sentirse especiales: La autoestima y el autovalía se nutren cuando se muestra cariño, aprecio y aceptación, es decir, cuando se retroalimenta constructivamente un trabajo o actividad (p. 39).

Por tanto el trabajar en fomento de autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada requiere del involucramiento de actores internos y externos del medio en el cual se desarrolla, puesto que ello conlleva a la formación de un auto-concepto el cual es diferente a la autoestima.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL (D.I)

Definiciones

Según la OMS (2010):

La discapacidad es la condición de vida de una persona, adquirida durante su gestación, nacimiento o infancia, que se manifiesta por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, motriz, sensorial (vista y oído) y en la conducta adaptativa, es decir, en la forma en que se relaciona en el hogar, la escuela y la comunidad, respetando las formas de convivencia de cada ámbito. (p.36).

Con el paso del tiempo el término de discapacidad intelectual ha ido adquiriendo cambios conceptuales, partiendo desde su historia hasta los avances que se han producido a nivel social, ya que cada vez es más común encontrar programas de integración social que tienen como objetivo beneficiar y enriquecer el plano teórico y práctico del desarrollo de personas que sufren alguna DI; es por eso que el término “retraso mental” ha sido destituido para poder hablar en un marco más amplio y respetuoso.

Se parten de cinco premisas para definir operativamente la Discapacidad Intelectual, al respecto Verdugo y Schalock (2013) señalan:

Primero las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura. Segundo una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales. Tercero en una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades. Cuarto un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo. Quinto si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará. (pp. 12-13).

Ante la situación planteada, se deduce que el abordaje de las personas con discapacidad intelectual, requiere de un proceso continuo e integral, que conlleve a adquirir una mejor calidad de vida y experimentar bienestar y felicidad en todos los sentidos.

Así pues según Shogren y colaboradores (2014), definen a la discapacidad intelectual por sus características:

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (p. 21).

Los criterios de diagnóstico para discapacidad intelectual quedan establecidos por la CIF (2010), (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud):

“El Coeficiente Intelectual (C.I) debe ser menor o igual a 70, el sujeto debe presentar alteraciones en la adaptación a su medio y el comienzo del trastorno debe ser antes de los 18 años” (p. 24)

Tipos de Discapacidades Intelectuales

Para clasificar la Discapacidad Intelectual se pueden utilizar diferentes criterios, de manera que las necesidades de los diferentes profesionales puedan ser satisfechas.

La CIF (2010) considera al coeficiente intelectual (C.I) para clasificarla en: “Límite con un C.I. de 68-85, Leve con un C.I. de 52-67, Moderada con un C.I. de 36-51, Severa con un C.I. de 20-35, y Profunda con un C.I. menor a 20” (p.27).

Aunque este sistema de clasificación sólo se basa en la medición de la capacidad intelectual, es decir, sólo contempla una de las dimensiones de la persona, hacemos mención a él ya que continúa siendo una referencia en los ámbitos relacionados con la discapacidad intelectual.

El uso de un sistema de clasificación debe tener una finalidad práctica, facilitando la comunicación entre profesionales o burocrática para determinar por ejemplo servicios, financiación, etc., y no convertirse en una forma de “etiquetar” a las personas con discapacidad intelectual, ya que como he mencionado anteriormente, ésta no es una condición inamovible de la persona, por el contrario, es fluida, continua y cambiante, variando según el plan de apoyo individualizado que reciba.

Dimensiones de la Discapacidad Intelectual

Según Asociación Americana sobre Retraso Mental (2002), establece cinco dimensiones: “Dimensión I: Habilidades Intelectuales; Dimensión II: Conducta Adaptativa; Dimensión III: Salud; Dimensión IV: Participación; Dimensión V: contexto”

(p.8).

Dimensión I: Habilidades Intelectuales

Para Luckasson y Schalock (2013):

“La inteligencia, posibilita la comprensión del funcionamiento intelectual través del razonamiento, la resolución de problemas, la comprensión, la planificación, el

pensamiento abstracto, el aprendizaje que parte de la experiencia, y el aprendizaje que la práctica construye día a día” (p.12).

La inteligencia es la capacidad que permite comprender y aprehender el entorno, adaptarnos a él, y superar los obstáculos mediante la comunicación y el lenguaje. La evaluación del Coeficiente Intelectual posibilita el diagnosticar la discapacidad intelectual mediante instrumentos apropiados de medición que deben ser manejados por psicólogos especializados.

Dicho de otra forma se necesita garantizar un buen diagnóstico para que también así se pueda instaurar un tratamiento adecuado en los que se incluya la Psicorrehabilitación.

Dimensión II: Conducta Adaptativa (Habilidades Conceptuales, Sociales y Prácticas)

La conducta adaptativa según Gutiérrez (2009) se entiende como: “El conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria” (p. 21).

Es decir, el comportamiento del individuo en diversos ámbitos, situaciones y condiciones que éste atraviesa.

Dimensión III: Salud

Según la OMS (1999), se define la salud como: “Un estado integral de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (p.12).

Entonces la salud implica que el ser humano posea un desempeño óptimo y funcional de cada área de su cuerpo, sin embargo, el estado de salud de una persona puede afectar a dicho funcionamiento, ya que muchas personas gozan de bienestar que les permite participar en la sociedad, en un empleo o en actividades de la vida como la diversión u ocio.

Existen otros estados de salud que pueden presentar limitaciones. A personas que tienen, por ejemplo, parálisis cerebral, epilepsia, hemiplejía, entre otros, se les impide un desarrollo, desenvolvimiento y participación social en diversos entornos por la falta de movilidad y restricción en sus actividades personales.

La salud podría implicar una construcción social del estar bien y verse bien desde el punto de vista de la psiquiatría, la anatomía y la estética.

El sentido de la palabra salud no cuestiona el estado de salud, sino que refuerza la idea del funcionamiento perfecto del cuerpo, un maniquí adecuado a los estándares del desempeño anatómico y psicológico. Y, deja fuera otros estados de salud.

Dimensión IV: Participación

Según Gutiérrez (2009):

“La participación es el desenvolvimiento de las personas en las actividades diarias del hogar, la educación, el empleo, la cultura, el ocio, entre otros ámbitos; es decir, la integración del individuo en diversas ocupaciones que permiten la socialización, la colaboración y la interacción” (p.21).

Es por ello, que la evaluación de la participación se realiza a través de la observación directa del comportamiento de la persona en múltiples eventos.

Las personas con discapacidad intelectual pueden tener limitaciones al momento de desempeñar dicho rol; por la existencia de barreras físicas y sociales que imposibilitan su participación al interior de las relaciones interpersonales.

Dimensión V: Contexto

Según Brofenbrenner (2005): “Los diversos entornos, ambientes, espacios, dimensiones, es decir el contexto, son las condiciones en las que se encuentran inmersas las personas a lo largo de toda su vida” (p. 27).

Con ello, el impacto de cada uno de estos factores podría tener en el individuo una influencia en su posterior desarrollo.

El contexto puede ser representado mediante tres niveles ecológicos según Brofenbrenner (2005):

Primero microsistema que es el medio social inmediato en el que está la persona y su familia; segundo mesosistema que es la comunidad, el barrio, y las instituciones que brindan su apoyo y educación y tercero macrosistema que son los patrones generales de la sociedad de un país. (p.27)

Estos tres niveles son muy importantes y vitales para las personas con discapacidad intelectual.

Los factores sociales y ambientales (niveles ecológicos), les pueden proporcionar oportunidades que pueden influir positivamente en su bienestar, progreso y transformación.

Todas las dimensiones reflejan que actualmente la discapacidad intelectual es un término que resulta de la interacción entre una persona que tiene un funcionamiento intelectual limitado y el medio ambiente, lo que ha permitido un cambio de paradigma, pues anteriormente se consideraba retraso mental y éste era un rasgo absoluto del individuo, además la terminología era peyorativa, y se daba un diagnóstico desde perspectivas psicopatológicas y no desde un enfoque en donde el individuo sea considerado como parte de la sociedad.

Características Básicas de las personas con Discapacidad Intelectual

Debe trabajarse desde las diferentes disciplinas (psicología, ámbito judicial, ámbito legislativo, educación y asistencia social, entre otros) con el fin de que estas personas y las personas que las cuidan puedan participar de una forma activa en la vida social de la comunidad, estableciendo puentes entre las capacidades de cada individuo y lo que puede ofrecer y demandar la sociedad mediante la otorgación de ayudas específicas y funcionales.

Según Shogren et al., (2014), las personas con discapacidad intelectual moderada pueden desarrollar las siguientes habilidades y destrezas mediante un entrenamiento continuo y oportuno durante su desarrollo:

Características: **Corporales y motrices:** Ligeros déficits sensoriales y / o motores, Mayor posibilidad de asociación a síndromes; **Autonomía, aspectos personales y**

sociales: Alcanzan un grado variable de autonomía en el cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres...) y en actividades de la vida diaria; Pueden darse problemas emocionales y rasgos negativos de personalidad, El escaso autocontrol hace que en situaciones que les resultan adversas pueden generar conflictos; Precisan de la guía de la persona adulta y suele ser necesario trabajar la aceptación de las tareas y su implicación en las mismas; Con frecuencia muestran dificultad para la interiorización de convenciones sociales; El campo de relaciones sociales suele ser muy restringido;

Cognitivas: Déficits, a veces importantes, en funciones cognitivas básicas (atención, memoria, tiempo de latencia...); Por lo general, dificultades para captar su interés por las tareas y para ampliar su repertorio de intereses; Dificultades para acceder a información de carácter complejo; Dificultades, en muchos casos, para el acceso a la simbolización; Posibilidad de aprendizajes que supongan procesamiento secuencial; Posibilidad de aprendizajes concretos y de su generalización a situaciones contextualizadas, para lo que puede precisar la mediación de la persona adulta;

Comunicación y lenguaje: Evolución lenta y, a veces incompleta, en el desarrollo del lenguaje oral, pero según las pautas evolutivas generales; Dificultades articulatorias, que se pueden agravar por causas orgánicas (respiración, tonicidad...); Frecuente afectación en el ritmo del habla (taquilalia / bradilalia) y disfluencias (tartamudeo / farfalleo); Las anteriores características del habla afectan a la claridad del discurso; Dificultades para la adquisición y uso de categorías morfológicas y gramaticales; Producciones de complejidad y longitud reducidas en el plano sintáctico; Recurso al contexto extralingüístico para compensar dificultades de comprensión; Inhibición en el uso del lenguaje oral (falta de interés, escasa iniciativa...); Con frecuencia adquieren niveles básicos de lectoescritura, al menos en sus aspectos más mecánicos (p. 127-141).

La importancia de conocer dichas características, permite crear estrategias y orientaciones para intervención de las personas con discapacidad intelectual, orientadas a mejorar su autoestima.

Etiología de la discapacidad intelectual

Márquez, et al. (2011) plantea un enfoque multifactorial de la etiología, en dos direcciones: tipos de factores y momento de ocurrencia de éstos:

Momento Prenatal: Factores biomédicos: trastornos cromosómicos, trastornos asociados a un único gen, síndromes, trastornos metabólicos, disgénesis cerebral, enfermedades maternas, edad parental; **Factores sociales:** Pobreza., malnutrición maternal, violencia doméstica, falta de acceso a cuidados prenatales; **Factores conductuales:** consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas, inmadurez parental; **Factores educativos:** discapacidad cognitiva, sin apoyos por parte de los padres, falta de apoyos para la paternidad y/o maternidad; **Momento Perinatal: Factores biomédicos:** prematuridad, lesiones en el momento del nacimiento, trastornos neonatales; **Factores sociales:** Falta de cuidados en el momento del nacimiento; **Factores conductuales:** Rechazo por parte de los padres a cuidar al hijo o hija, abandono del hijo o hija por parte de los padres; **Factores educativos:** Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica; **Momento Postnatal: Factores biomédicos:** Traumatismo craneoencefálico, malnutrición, meningo-encefalitis, trastornos epilépticos, trastornos degenerativos; **Factores sociales:** Falta de adecuada estimulación temprana, pobreza familiar, enfermedad crónica en la familia, institucionalización; **Factores conductuales:** Maltrato y abandono infantil, violencia doméstica, medidas de seguridad inadecuadas, privación social, conductas problemáticas; ; **Factores educativos:** Deficiencias parentales, diagnóstico tardío, inadecuados servicios de intervención temprana., inadecuados servicios educativos especiales, inadecuado apoyo familiar (pp. 234-256).

El conocer la etiología de la discapacidad intelectual nos resulta de utilidad para la prevención, para conocer la posible evolución y planificar futuros apoyos y en otros casos, tratar la causa o incidir sobre la misma.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA

Definición

De acuerdo a la Asociación Americana de discapacidades intelectuales y de desarrollo (AAIDD) (2010), se incluye en ella a:

Las personas cuya puntuación en CI se sitúa en el intervalo de CI entre 55–50 y 40–35). Suponen alrededor del 10% de toda la población con discapacidad intelectual. Las personas con este tipo de discapacidad suele desarrollar habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia y, durante la escolarización, puede llegar a adquirir parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Suelen aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales.

Es decir que obedecen a una puntuación por CI, donde se incluyen características particulares de desarrollo evolutivo, pudiendo adaptarse con facilidad al medio en el cual se desenvuelven, sin embargo requieren de la supervisión de las personas cuidadoras.

Características de la Discapacidad Intelectual Moderada.

Según la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) (2010), se incluye en discapacidad moderada, aquellas personas que cumplen con los siguientes criterios:

a) CI entre 35-49, b) Etiología orgánica, c) Capacidad intelectual intuitiva y práctica, d) Lentitud en desarrollo del lenguaje: uso y comprensión, e) Desventajas en el cuidado personal y funciones motrices, f) Desarrollo de la capacidad social: personas de su entorno, consignas sociales simples.(p:209)

Según Vargas (2002), señala como parte de la discapacidad intelectual moderada características corporales y motrices como

Ligeros déficits sensoriales/motores Posibilidad de asociación a síndromes dentro de la Autonomía, aspectos personales y sociales se señalan: a) Grado variable en cuidado personal y actividades diaria, b) Problemas emocionales, rasgos negativos en la personalidad, c) Escaso autocontrol, d) Guía de personas adultas, e) Dificultad para interiorizar convenciones sociales, f) Campo social restringido. Características Cognitivas: a) Déficits en funciones básicas (memoria, atención...), b) Dificultad para captar su interés (tareas, diferentes temas), c) Dificultades para la simbolización, e) Posibilidad de aprendizajes con procesamiento secuencial, f) Mediación del adulto para aprendizajes concretos en un contexto, Características Comunicación y lenguaje: a) Evolución lenta, a veces incompleta (lenguaje oral), b) Dificultades articuladoras: causas orgánicas, c) Alteración en el ritmo del habla (taquilalia, bradilalia), d) Disfluencias (tartamudeo, farfulleo), e) Dificultad en adquisición y uso de categorías morfológicas y gramaticales, f) Recurso al contexto extralingüístico para compensar dif. de comprensión, g) Falta de interés e iniciativa en el uso del lenguaje g) Niveles básicos de lectoescritura (pp. 201-203)

Para la DMS IV TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2014), incluye como personas con discapacidad intelectual moderada a aquellas que cumplen con los siguientes criterios:

a) CI entre 35-40 y 50-55, b) Edad mental entre 5'7 y 8'2 años, c) Comunicación y desarrollo motor aceptables, d) Autonomía personal en lugares familiares, e) Edad adulta: tareas laborales de poca cualificación con supervisión (p,98).

Estos dos organismos internacionales, claramente ponen de manifiesto las características propias de las personas con discapacidad intelectual moderada, partiendo de estas se debe garantizar su manejo y apoyo multidisciplinario, que garanticen su funcionamiento intelectual.

Discapacidad Intelectual Moderada y Autoestima

Según Martínez (2016): “Para hablar de autoestima, primero hay que hablar del concepto que se tiene de uno mismo. Es decir, que la persona sea consciente de quién es y cómo se ve” (p. 47).

De este modo, el auto-concepto se podría decir que es un pilar necesario y anterior a la autoestima.

Una persona con discapacidad tiene mayor dificultad en desarrollar esta imagen de sí mismo. Además, hay que incluir que no puede aprender de los demás, ya que si está rodeado de personas no discapacitadas no puede aprender por imitación.

Es por eso, que cuando una persona con discapacidad intelectual desarrolle su auto-concepto en algún momento tiene que incluir su discapacidad, y en ese mismo momento, se dará cuenta de sus limitaciones y de la diferencia que supone respecto al resto de personas.

Esto, se produce en las diferentes etapas del desarrollo, por ejemplo, cuando va a la escuela, cuando va a pedir empleo, etc., en el que se crea un estado de ansiedad que hace que sea más dificultoso para una persona con discapacidad, llegando incluso a plantearse si puede ser un integrante de la sociedad en la que vive.

Como es de suponer, la familia, por la seguridad y afecto incondicional que ofrece, es un medio privilegiado para la adquisición de una autoestima adecuada.

A través de pequeños cambios en las rutinas y en el contexto del hogar, los padres pueden crear las condiciones necesarias para que el niño se conozca, se valore y acepte tal como es.

Actitudes para el fomento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada

Para llevar a cabo una actuación satisfactoria las diferentes personas del entorno de la persona con discapacidad, siendo estas la comunidad educativa, familia y sociedad en general deberán tener una serie de actitudes que se recopilan a continuación.

No solo las pautas de actuación que posteriormente se proponen son relevantes, sino que se deben afrontar con una serie de actitudes por parte de la sociedad, los educadores y progenitores para que de éste modo sea más efectiva y así consolidar la autoestima del sujeto de forma positiva.

Actitudes positivas y negativas de la sociedad.

Según Maiz y Güereca (2006): “El impacto que la discapacidad intelectual causa en el entorno es visible diariamente” (p, 56).

Por ello, la integración en sociedad es mucho más difícil si ésta presenta actitudes negativas hacia estas personas.

Para Rojas (2005): “La sociedad debe permitir que la persona con discapacidad desarrolle la lealtad social, regional y nacional” (p, 78).

Un sentimiento de desarrollo personal, un sentido de dirección y un sentimiento de proceso y progreso. Esto se refiere a que la vida es una creación continua en la que cada persona tiene el poder de elección.

Todos necesitamos sentir que tenemos cierto control sobre nuestras vidas. Tener un sentimiento de compromiso. Esto implica ser consecuente con las decisiones que uno toma. Establecer los mecanismos sociales que aseguren la satisfacción de las necesidades humanas. El sistema económico debe de ser de tal forma que pueda permitir el desarrollo y crecimiento para cada una de las personas de la sociedad.

Actitudes y conductas del maestro/a

Rojas (2005) recoge algunas características de otros autores que se detallan a continuación:

El desarrollo de la autoestima positiva requiere, ante todo, de un clima adecuado, que estimule y facilite la expresión, la aceptación de la persona con discapacidad intelectual y la de los compañeros/as.

Tener una actitud positiva ante la clase respetar y aceptar las características de cada persona, no solo del que presenta discapacidad intelectual. Comprender la realidad personal, inspirar confianza, ser sincero/a y mostrar coherencia con lo que dice, piensa y hace.

Ayudarle en la medida de lo posible a realizar algo motriz cuando el individuo lo haya intentado y no pueda. No hacer hincapié en las dificultades físicas debido a su discapacidad.

(p, 48-51)

De este modo, se considera necesario que haya una buena figura de profesor para un buen fomento de la autoestima. Los buenos maestros/as se identifican con la gente, no tienen una actitud distante o retirada de la sociedad; tienen sentimiento de

ser competentes para la profesión y para hacer frente a las dificultades que conlleva. Poseen confianza en sí mismos.

Actitudes de los compañeros de aula

Según Branden (2005): “Las actitudes que tengan los compañeros del aula donde se encuentra la persona con discapacidad intelectual, guarda una estrecha relación con cómo el maestro/a se enfrenta a esta situación” (p, 21).

El maestro/a es el responsable de crear un buen clima para que la autoestima de sus alumnos se fomente. Los compañeros del aula deben tener en cuenta las particularidades de la persona con discapacidad intelectual.

Actitudes de los padres

Para Duclos (2009): “La actitud que los padres tengan es determinante en el desarrollo de la autoestima de las personas con discapacidad” (p, 43).

Ello tiene que ver a la necesidad de entablar relaciones interpersonales que nacen desde el seno de la familia, que se convierten en determinantes del estado de autoestima en las personas con discapacidad intelectual.

De este modo, Huertas (2011) expresa las actitudes desfavorables para el fomento de la autoestima:

No presentar una presencia psicológica estable y no estar presente regularmente; no dar respuesta a las necesidades que tienen, tener expectativas poco realistas o condicionadas al apego, lo que lleva a sobrestimar las capacidades de ellos; reñir constantemente, no ofrecerle un modo de vida estable, no establecer reglas de conducta o mostrarse acogedor y disponible para su hijo/a; reprimir los sentimientos, ignorar los éxitos o restarles importancia, sobreprotegerle, dirigirle palabras hirientes y emplear sarcasmos, controlar excesivamente

las relaciones sociales; exigirle más de lo que puede hacer o darle todo hecho debido a su condición intelectual. (p, 56-57).

Por lo que se convierte imperioso realizar un trabajo integral tanto con la familia así como con el medio social en el cual se desarrolla la persona con discapacidad intelectual moderada a fin de facilitar la construcción de actitudes favorables de fomento de la autoestima, que garanticen una mejor calidad de vida.

TEATRO TERAPIA

Definición

Según la Asociación Británica de Arte (2009):“El teatro terapia es una forma de psicoterapia que usa medios artísticos como modo primario de comunicación”.

Una de las tendencias que se enmarcan dentro del arte terapia, es aquella que considera la actividad plástica como secundaria, corriente más próxima a la clínica psicoterapéutica, en ella el efecto terapéutico deriva exclusivamente de los intercambios verbales alrededor del contenido de la obra, esta se utiliza por tanto como medio para acceder a la comunicación verbal.

El objetivo general del teatro terapia es permitir que el usuario efectúe un cambio y crecimiento a nivel personal a través del uso de materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador.

Para Albiach (2013): “El arte terapia ofrece la oportunidad para la expresión y la comunicación tanto verbal como no verbal y puede ser particularmente útil para

personas que tienen dificultades para expresar sus pensamientos y sentimientos verbalmente” (p.84).

El teatro terapia es un puente seguro para la externalización de sentimientos del usuario, donde por medio del uso de materiales de arte, acompañado de un proceso creativo, se experimenta satisfacción y placer personal. Mediante este proceso se vive también una relación de acompañamiento con el terapeuta de arte, que será un auxiliar y formara parte de un ambiente seguro, libre de prejuicios.

Al utilizar materiales artísticos la concentración y coordinación se estimulan, ayudando a que se mejoren las habilidades de ejecución y retención de la memoria, así mismo los pensamientos y sentimientos se vuelven palpables, se les da color y se moldean, en un lugar seguro, el producto se vuelve un lenguaje propio, de todo aquello que no se había reconocido o que limitaba a la persona, ayudándole a que descubra sus cualidades o posibilidades que hasta el momento no conocían, impulsando en él una nueva motivación favorecedora.

La aspiración del arte terapia es hacer accesible a personas perturbadas el goce y la satisfacción que el trabajo creativo puede proporcionar, y, por su percepción y destreza terapéutica, hacer que dichas experiencias sean significativas y valiosas para la personalidad total. En esta etapa hay que considerar que la expresión siempre va ligada a los medios utilizados para llevar a cabo una obra de arte.

La ejecución de una obra es un trabajo de exploración y de investigación por parte del usuario, en el que los recursos utilizados denotan un estilo personal que favorece la identificación.

Según Mondragón (2009) y Malchiodi (2012): “El arte resulta ser una actividad de desarrollo óptima para las personas con discapacidad intelectual”.

Por tanto, la implementación de talleres de arte como forma de acompañamiento y apoyo para personas con discapacidad intelectual resulta de particular relevancia en lo que respecta a la integración de dichas personas en la vida social.

Objetivos de Teatro-terapia

Para Jennings (2006) los objetivos del teatro terapia son:

Desarrollar capacidades sociales, ser capaz de expresarse libremente y tomar conciencia de nuestros sentimientos, trabajar asertivamente la confianza y la escucha activa, controlar la ansiedad, desarrollar la expresión corporal, inteligencia emocional, estar en contacto con el camino para desarrollar mis metas, sentido e importancia del juego (pp.49-50).

Para hacer teatro no es necesario que la persona sea un artista y tenga una cualidad innata para ello, bastará con que quiera divertirse, inventar e interpretar historias, y hacer amigos.

Con el teatro las personas aprenden a respetar y convivir en grupo, conocen y controlan sus emociones, descubren lo que es la disciplina y la constancia en el trabajo, además de desenvolverse entre el público.

Elementos del teatro-terapia

Para Klee (2007) estos elementos son: “Escucha, la confianza, la expresión y la empatía” (p.79).

Materiales y recursos del teatro-terapia

Según Carrión (2001) los recursos que se utilizan son: “Improvisación, juegos de roles, monólogos, teatro de humor, títeres, clown, máscaras teatrales, relatos, escenas dramáticas” (p.89).

El teatro terapia en las personas con discapacidad intelectual moderada

Según Callejón (2012) el Teatro Terapia brinda la posibilidad de:

Trabajar con las potencialidades de los pacientes promoviendo su autonomía; mejorar conductas y funcionamientos emocionales, cognitivos, físico-motores, también mejorar la capacidad expresiva y creativa, potenciando el desarrollo personal del paciente, fomentando nuevas formas de comunicación, favoreciendo, de esta manera, sus relaciones interpersonales; promover cambios continuos, fortaleciendo el tratamiento integral de los pacientes y mejorando su calidad de vida; así mismo, el teatro terapia brinda un espacio para desarrollar la espontaneidad y la creatividad de las personas con discapacidad intelectual; a través de técnicas y ejercicios teatrales, se promueve la identificación y la expresión de emociones con el objetivo de alcanzar una mejor comunicación con los demás y de esta manera acceder a una mayor integración social; se fomenta la flexibilidad y la resolución de conflictos mediante la dramatización de escenas y sus posibles desenlaces. (Pp.21-23)

De esta forma se forma, el teatro terapia brinda la posibilidad real de modificar los niveles de autoestima en las personas con discapacidad intelectual moderada, al permitir el desarrollo de habilidades y destrezas que mejoran las condiciones y calidad de vida de estas personas.

Tipo de sesiones

Según Urgilés (2012) se pueden establecer diversos tipos de sesiones que se detallan a continuación:

Individuales: son diseñadas de manera personalizada, de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente. El objetivo es mejorar el funcionamiento de los mismos, proporcionar bienestar y mejorar la calidad de vida. Las sesiones pueden incluir improvisación, elaboración de escenas, monólogos, mímica, relatos, etc. Siempre buscando la integración verbal, emocional y corporal de los pacientes.

Grupales: son diseñadas especialmente para aquellos pacientes que necesitan mejorar sus relaciones interpersonales y sus habilidades sociales.

Sesiones combinadas: las sesiones pueden combinarse con otras terapias con el objetivo de potenciar el tratamiento interdisciplinario de las personas con discapacidad.

Se pueden realizar sesiones de Teatro Terapia en co-terapia con fonoaudiología, kinesiología, arte-terapia, música terapia, psicología (p.78).

Para ello, se trabajan las problemáticas de cada paciente en relación con los “otros”; las sesiones son diseñadas y consensuadas con un equipo de trabajo interdisciplinario, buscando mejorar el funcionamiento de cada uno de los integrantes en el contexto grupal, además las sesiones pueden incluir armado de escena y representaciones e improvisaciones, entre otros.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Los materiales que se utilizaron en la investigación fueron tecnológicos como son computadora, proyector, impresiones, internet (imágenes, videos), cámara, flash memory, parlantes, micrófonos, grabadora; así como también materiales de escritorio como son hojas de papel boom, sobres, crayones, acuarelas, marcadores, cinta masking, láminas, pinturas, lápiz, CDs; también materiales económicos como la escenografía, tarjetas de imágenes, títeres, disfraces, cajas de madera, globos, paletas de gestos y finalmente el recurso humano tanto del personal administrativo, docente, beneficiarios y la autora.

La investigación fue de acción-participación ya que se relacionó directamente con las personas con discapacidad intelectual moderada, los tipos de estudio fueron **descriptivo** debido a que se lo utilizó en la recopilación y presentación sistemática de los datos para tener una idea precisa de los niveles de autoestima; y **explicativo** porque se lo utilizó en el planteamiento de la problemática y marco teórico, ya que explica el porqué de las modificaciones de los niveles de la autoestima.

El presente trabajo investigativo mantuvo un enfoque **cuantitativo** porque los resultados pueden ser medidos de acuerdo al tiempo de ocurrencia y **cualitativo**, porque en la preponderancia del estudio de los datos permitieron la descripción de los rasgos característicos de los mismos.

Los métodos que se aplicaron fueron **científico** que permitió adquirir conocimientos efectivos para llevar a cabo la investigación y conocer la realidad; **analítico-sintético** porque admitió la identificación de la muestra seleccionada, analizar, seleccionar y organizar la información, y por último sirvió para establecer las

conclusiones y recomendaciones; **inductivo**, porque sirvió para sustraer criterios sobre autoestima y su relación con la discapacidad; **Hermenéutico** ya que admitió la interpretación de la información recopilada de las actividades de teatro terapia; y **Dialéctico** porque se lo utilizó de forma global para la redacción del proyecto de investigación.

La investigación se llevó a cabo en el Centro Diurno de Desarrollo Integral para personas con Discapacidad de la ciudad de Loja, en el periodo febrero-julio 2016, trabajando los días martes, jueves y viernes en el horario de 9am a 10 am con una duración de 6 meses, cumpliendo con 3 horas por semana contando con la ayuda de un equipo multidisciplinario como lo es la trabajadora social, la psicorrehabilitadora y el terapeuta ocupacional.

Además se utilizó una Escala de valoración de la Autoestima propuesta por Maiz y Güereca que consta de 18 ítems, la misma que se fluctúa en cuatro niveles: autoestima baja, autoestima media, autoestima alta y autoestima inflada, la misma que fue aplicado a 20 personas con discapacidad intelectual moderada en edades cronológicas de 14 a 43 años y con edad mental de 6 a 13 años y dos personas con discapacidad física que se mantuvieron con un coeficiente intelectual normal, los cuales fueron remitidos por la docente de aula.

Frente a esta problemática se procedió a planificar y ejecutar el taller de teatro terapia que estuvo constituido por 21 actividades, las cuales tuvieron una buena acogida por parte de las personas con discapacidad intelectual moderada, su participación fue enriquecedora porque permitió poder llegar a ellos de una manera lúdica y divertida, y así tomar en cuenta quien cumplía o no con las expectativas del

caso, se contó con un espacio adecuado y con un gran apoyo por parte de las autoridades del Centro.

Finalmente se validó la propuesta con la aplicación de un post-test de la Escala de valoración de la Autoestima propuesta por Maiz y Güereca, alcanzando así un fructífero resultado, es decir que el Taller de Teatro Terapia ayudó de manera alentadora al fomento de la autoestima.

f. RESULTADOS

Objetivo 2

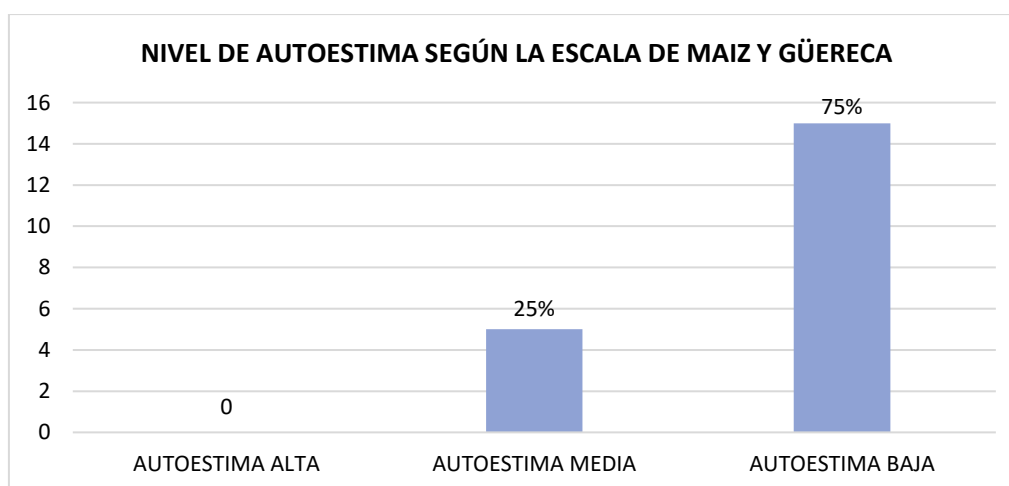
Diagnosticar los niveles de autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

Cuadro 1. Diagnóstico del nivel de autoestima según la Escala de Maiz y Güereca.

CORRELACIÓN ENTRE EDADES		NIVELES DE AUTOESTIMA		
EDAD MENTAL	EDAD CRONOLÓGICA	SEGÚN LA ESCALA DE MAIZ Y GÜERECA	f	%
6-7 años	16-43 años	Autoestima baja	15	75
8-9 años	18-34 años			
10-11 años	18-40 años	Autoestima media	5	25
12-14 años	20-28 años	Autoestima alta	0	0
Total			20	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Fomento de la autoestima basado en teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para personas con discapacidad, Loja, febrero-julio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Karen Lorena Elizalde Rodríguez

Gráfico 1.



Análisis e interpretación.

Según Branden (2005) manifiesta que “la autoestima permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos y autorrealizarse” (p.25).

Con la aplicación de la Escala de valoración de la autoestima de Maiz y Güereca se pudo evidenciar que el 75% de las personas objeto de estudio presentaron una autoestima baja, un 25% una autoestima media y ninguno obtuvo una autoestima alta o inflada.

La autoestima baja en las personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de la ciudad de Loja se ve relacionada a crisis emocionales familiares que no han sido tratadas adecuadamente, por falta de compromiso de sus cuidadores quienes postergan la necesidad de dar un tratamiento integral a la persona con discapacidad, lo cual contribuiría al fomento de la autoestima, estas personas se caracterizan por: inseguridad acerca de quiénes son y falta de confianza en ellos mismos, problemas de relaciones interpersonales, pensamientos negativos, esconden los verdaderos sentimientos, miedo al rechazo, entre otras.

En tanto que las personas con discapacidad con autoestima media tienen un mejor involucramiento de sus familias, así como su articulación con la sociedad y el entorno en el cual se desarrollan sus actividades cotidianas, facilitando el desarrollo del auto-concepto.

La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.

Dentro de la investigación se pudo constatar por medio de un sondeo que la edad cronológica de las personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno oscila entre los 16 a 43 años, mientras que su edad mental está entre los 6 a 14 años, que equivalen a las 20 personas estudiadas.

Objetivo 3

Diseñar y ejecutar talleres de teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016

Inicialmente se realizó el diseño de las actividades de teatro terapia, lo cual permitió de mejor manera hacer una clara, precisa y detallada selección de cada una de las actividades y de esta manera fortalecer la autoestima de las personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral. Seguidamente se construyó 20 actividades teatrales, las cuales tuvieron sesiones grupales e individuales. Y finalmente se prosiguió a la ejecución de cada una de las actividades teatrales, los días martes, jueves y viernes en los horarios de la mañana llevándose un tiempo máximo de treinta a cuarenta minutos por cada actividad planificada; así mismo se llevó un registro diario para conocer si adquirieron, no adquirieron o están en proceso. A continuación se detalla los porcentajes en la siguiente tabla:

Cuadro 2. Matriz condensada de actividades de teatro terapia.

Actividades	Adquirido		No Adquirido		En proceso	
	f	%	f	%	f	%
✓ ¿Quién soy yo?	16	60	1	10	3	30
✓ Superestrellas	16	60	1	10	3	30
✓ Amigo bingo	16	60	1	10	3	30
✓ Yo puedo hacer algo especial	16	60	1	10	3	30
✓ Yo puedo hacer algo especial 2 parte	16	60	1	10	3	30
✓ Lanzamiento al futuro	16	60	1	10	3	30
✓ Caras	16	60	1	10	3	30
✓ La caja mágica	16	60	1	10	3	30
✓ Sobre mí	16	60	1	10	3	30
✓ Cabeza, corazón y cabeza	16	60	1	10	3	30
✓ Lo puedo hacer bien	16	60	1	10	3	30
✓ Voy a repetir	16	60	1	10	3	30
✓ Juguemos con los gestos	16	60	1	10	3	30
✓ ¡Pásalo!	16	60	1	10	3	30
✓ Los peluches	16	60	1	10	3	30
✓ Somos buenazos para un montón de cosas	16	60	1	10	3	30
✓ Fotomatón	16	60	1	10	3	30
✓ Descubriendo pensamientos erróneos	16	60	1	10	3	30
✓ El autoconcepto	16	60	1	10	3	30
✓ Un paseo por el bosque	16	60	1	10	3	30
TOTAL	16	60	1	10	3	30

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Fomento de la autoestima basado en teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para personas con discapacidad, Loja, febrero-julio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Karen Lorena Elizalde Rodríguez

Análisis e interpretación

De las 20 personas con Discapacidad Intelectual moderada que equivale al 100%, el 60% adquirieron adecuadamente cada una de las actividades de teatro terapia planteadas para el fomento de la autoestima, mientras que el 30% estuvo en

proceso y un 10% no adquirió, esto último en mención se debió a la falta de predisposición y entusiasmo por parte de las personas.

Cabe resaltar al inicio de la ejecución de las actividades teatrales, se pudo evidenciar poco interés por parte de algunas personas, sin embargo en el transcurso de los días se fueron aflorando ciertas habilidades y destrezas, permitiendo conocer claramente el nivel de su autoestima.

Objetivo 4

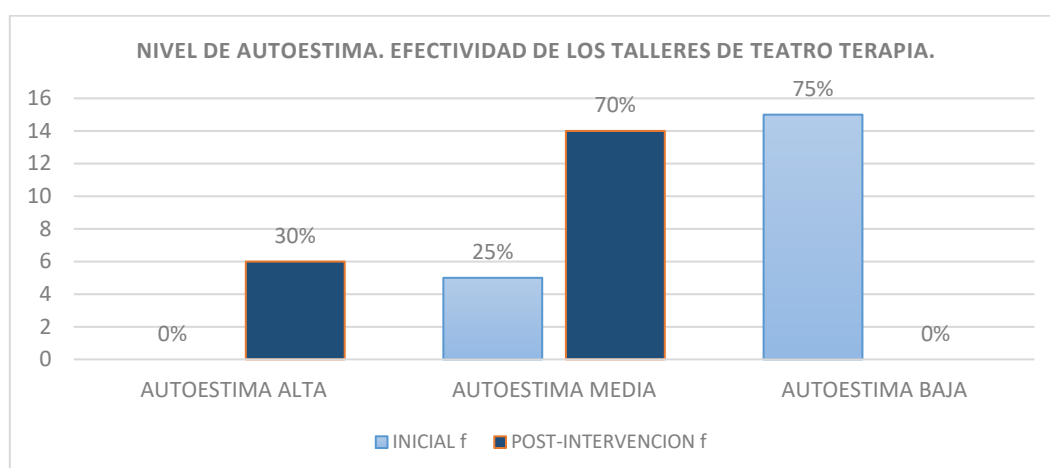
Validar la efectividad de la aplicación de los talleres del teatro terapia para fortalecer la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

Cuadro 3. Efectividad de la aplicación de los talleres de teatro terapia.

NIVEL DE AUTOESTIMA. Efectividad de la aplicación de los talleres de teatro terapia				
	INICIAL		POST-INTERVENCIÓN	
	f	%	F	%
AUTOESTIMA ALTA	0	0	6	30
AUTOESTIMA MEDIA	5	25	14	70
AUTOESTIMA BAJA	15	75	0	0
Total	20	100	20	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Fomento de la autoestima basado en teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para personas con discapacidad, Loja, febrero-julio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Karen Lorena Elizalde Rodríguez

Gráfico 2.



Análisis e interpretación.

Para Branden (2005) El Teatro terapia brinda:

Un espacio para desarrollar la espontaneidad y la creatividad de los pacientes. A través de técnicas y ejercicios teatrales, se promueve la identificación y la expresión de emociones con el objetivo de alcanzar una mejor comunicación con los demás y de esta manera acceder a una mayor integración social. Se fomenta la flexibilidad y la resolución de conflictos mediante la dramatización de escenas y sus posibles desenlace. (p.19)

Para dar validación a la efectividad de la propuesta se procedió a la re-aplicación de la Escala de Valoración de la autoestima propuesta por Maiz y Güereca, en la cual se evidenció que después de la intervención de las actividades de teatro terapia, 6 personas con discapacidad intelectual moderada se encuentran en un nivel de autoestima alta, correspondiente al 30% y 14 personas con discapacidad intelectual moderada se encuentran en un nivel de autoestima media, correspondiente al 70%.

Dando como resultado, que las actividades teatrales si ayudaron al fomento de la autoestima para las personas con discapacidad intelectual moderada, que a través de la expresión corporal se pudo demostrar ciertas habilidades expresivas trabajando su cuerpo, que permitió demostrar sus sentimientos y emociones.

g. DISCUSIÓN

OBJETIVO ESPECIFICO 2. Diagnosticar los niveles de autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

Se puede mencionar que con la aplicación de la Escala de valoración de la autoestima de Maiz y Güereca el 75% de las personas objeto de estudio presentaron una autoestima baja, un 25% una autoestima media, donde se pudo deducir que las mayores dificultades están en la percepción de su auto-concepto. De este modo, las personas de su entorno deberán fomentar con mayor dedicación este componente de la autoestima sin olvidar el auto-respeto y el autoconocimiento.

Por lo tanto es imprescindible que tanto a familiares como a docentes se les proporcione de un aprendizaje sobre cómo identificar los signos de baja autoestima, como fomentarla y poder, de este modo, prosperar y ayudar a la persona con discapacidad.

OBJETIVO ESPECIFICO 3. Diseñar y ejecutar talleres de teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para personas con discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

Fue conveniente diseñar talleres de teatro terapia como métodos de fomento de autoestima en personas con discapacidad intelectual, como manifiesta García, Sánchez (2014) la disciplina teatral permite el desarrollo de conocimientos, interacción social, expresión vocal y corporal en función de la rehabilitación, incorporación social, control emotivo, y desarrollo de trabajos colectivo.

Se ejecutaron 20 actividades teatrales, con una duración de 30 a 40 minutos, en el horario de 09h30 a 10h10am, con la finalidad de fomentar la autoestima en las personas con discapacidad intelectual moderada, para la formulación de los talleres se tomó como referentes a Núñez (2014), Albiach (2013) Urgilés (2012) y Mondragón (2009), quienes mencionan las actividades teatrales para desarrollo del auto-concepto y el fomento de la autoestima.

Con la aplicación de las actividades de teatro terapia el 60% adquirió adecuadamente, mientras que el 30% estuvo en proceso y un 10% no adquirió, esto último en mención se debió a la falta de predisposición y entusiasmo por parte de las personas. Dichas actividades teatrales permitieron expandir sentimientos y emociones por parte de las personas con discapacidad intelectual moderada, y así conocer los niveles de autoestima.

OBJETIVO 4. Validar la efectividad de la aplicación de los talleres del teatro terapia para fortalecer la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

Los datos obtenidos con la re-aplicación de la Escala de Valoración propuesta por Maiz y Güereca se evidenció que después de la intervención de las actividades de teatro terapia, 6 personas con discapacidad intelectual moderada se encuentran en un nivel de autoestima alta, correspondiente al 30% y 14 personas con discapacidad intelectual moderada se encuentran en un nivel de autoestima media, correspondiente al 70%.

Estos resultados se deben a los diferentes beneficios del teatro terapia así como lo manifiesta Callejón (2012), Freilich, R. y Shechtman, Z. (2010), que el trabajar con

las potencialidades del arte permite promover cambios continuos, fortalecimiento integral de los pacientes y mejora de su calidad de vida. Se corrobora lo dicho con los autores que estos talleres han sido de gran beneficio para desarrollar el auto-concepto y fomento de la autoestima.

Con esto se verifica que el teatro terapia como tal si ayudó al fomento de la autoestima en las personas con discapacidad intelectual moderada, por lo tanto queda validada esta propuesta positivamente superando las dificultades en la baja autoestima.

h. CONCLUSIONES

- Se evidenció que la mayoría de personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de la ciudad de Loja, tuvieron autoestima baja, y un mínimo porcentaje se encontró en un nivel de autoestima medio, debido a crisis emocionales por la falta de compromiso de sus cuidadores, ocasionando en ellos inseguridad, falta de confianza en ellos mismos, problemas en las relaciones interpersonales, pensamientos negativos y miedo al rechazo.
- Las actividades teatrales ayudaron al desarrollo de la autoestima, a mejorar las relaciones interpersonales, a la relación con sus compañeros de aula, permitiendo que cada uno pueda transmitir sus pensamientos, sentimientos y emociones. Estas actividades, lograron que la autoestima baja diagnosticada en un inicio suba a una autoestima media y alta.
- A través de la re-aplicación de la Escala de Valoración de la autoestima se comprobó que las actividades de teatro terapia ayudaron a mejorar el nivel de autoestima en las personas con discapacidad intelectual moderada, validando de esta manera la propuesta planteada del presente trabajo investigativo.

i. RECOMENDACIONES

- A la familia, dar mayor importancia en la autoestima de cada uno de sus hijas e hijos, con la cual puedan sean conocedores de sus pensamientos, sentimientos y emociones.
- A los Directivos del Centro Diurno, se recomienda incluir las actividades teatrales como parte de las terapias diarias que reciben.
- Se recomienda a los terapeutas de aula ejecutar estas actividades teatrales de acuerdo a las necesidades e inquietudes de cada alumno, ya que con ésta propuesta de intervención queda validada su efectividad.
- A la UNL, se recomienda considerar como parte de la malla curricular de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, la asignatura de Teatro terapia para el manejo del estado emocional en las personas con discapacidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA
COMUNICACIÓN**

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

AUTORA

1859

KAREN LORENA ELIZALDE RODRÍGUEZ

LOJA – ECUADOR

2015

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El procedimiento que se propone consiste en tres fases:

Fase uno identificación y diagnóstico.- La cual se realizó mediante la observación de las personas con discapacidad intelectual moderada que acuden regularmente al Centro Diurno para Personas con Discapacidad de la ciudad de Loja y, además se efectuó la aplicación de una Escala de Valoración de la Autoestima propuesta por Maiz y Güereca (2006) para así verificar el nivel de autoestima inicial.

Fase dos acoplamiento.- Para ello se dio unas pautas que deben tenerse en cuenta en el entorno de la persona con discapacidad intelectual, las cuales permitieron crear una buena disposición en él, quedando registradas diariamente.

Fase tres intervención.- Basado en sesiones de actuación estuvieron orientadas a fomentar aquellos aspectos de la autoestima que se vieron afectados en las personas con discapacidad intelectual a través de la Escala. De este modo, se llevó a cabo 1 sesión de teatro terapia diaria para un total de 20 sesiones, las cuales tuvieron una duración de 30-40 minutos, en el horario de 9h30 a 10h10am.con una duración semanal de 3h semanales las cuales quedaron asentadas en el registro de diario, cuyo objetivo fue el fomento de la autoestima en las personas con discapacidad intelectual moderada.

En el registro diario de participantes se marcó tres indicadores (adquirido, no adquirido, en proceso) y finalmente se validó con la re-aplicación de la Escala de Valoración con cada persona con discapacidad intelectual moderada que acude regularmente al Centro Diurno de desarrollo integral de la ciudad de Loja, de esta

manera permitió saber si con la propuesta aplicada se obtuvieron resultados satisfactorios.

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA PROPUESTA POR MAIZ Y GÜERECA.

Confiabilidad del test.- la media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson fue de 0,42, existe relación positiva pero no es perfecta (Núñez, 2015)

Representación: 1. Totalmente desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Totalmente de acuerdo

Interpretación de los datos: Se hará sumando los puntos. Si suma menos de 26 puntos, el niño tiene claros signos de tener baja autoestima. Si se encuentra entre 27-52, tiene un grado de autoestima medio. Entre 53-80, tiene una alta autoestima, y si es superior a 80 tiene una autoestima inflada.

	1	2	3	4
El adolescente se siente a gusto con su aspecto físico.	X			
El adolescente se acepta como es, con sus cualidades y sus limitaciones.	X			
El adolescente se valora como persona.	X			
El adolescente se siente merecedor de un trato digno		X		
El adolescente confía en sus capacidades para afrontar sus desafíos y problemas de la vida	X			
El adolescente con frecuencia se propone metas y hace lo posible para lograrlas.	X			
El adolescente percibe los errores como experiencias de las cuales puede aprender, más que como fracasos.	X			
El adolescente siente que su familia lo tiene en cuenta	X			
El adolescente se siente integrado en el grupo de amigos	X			
El adolescente puede hacer amigos fácilmente.	X			
El adolescente se siente seguro al convivir con un grupo de personas.		X		
El adolescente se respeta a sí mismo, tanto como respeta a los demás	X			
El adolescente reconoce que pueden existir algunas diferencias entre él y los demás	X			
El adolescente se siente superior a los demás		X		
El adolescente siente que no tiene ningún impedimento en la vida a la hora de realizar sus sueños	X			
El adolescente no es consciente de sus propios errores. Cree que nunca se equivoca	X			
El adolescente no se deja influenciar fácilmente por los demás	X			
El adolescente rara vez presenta pensamientos negativos hacia sí mismo.	X			
Subtotal	15	3		
Total	18			

Fuente: Maiz, B. y Güereca, A. (2006). Discapacidad y autoestima. Actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad. México D.F. Trillas, S.A.

CUADRO CONDENSADO DE LAS ACTIVIDADES DE TEATRO TERAPIA.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	METODOLOGÍA	MATERIALES	TIEMPO
Aplicación del test de autoestima	Diagnóstico del nivel de autoestima de las personas con discapacidad intelectual moderada	Explorar la opinión que tiene el adolescente con discapacidad intelectual y/o familiares sobre sí mismo, en relación con el comportamiento que en general él muestra.	Individual	Participantes Instrumento impreso Lápiz	30 min
Taller ¿Quién soy yo?	Describir los aspectos más relevantes de la propia persona.	Se le indica a cada participante que responda a la siguiente pregunta: ¿Quién soy yo? Generalmente las respuestas oscilan entre aspectos físicos, académicos o laborales. Se debe estimular la expresión de aspectos socio-afectivos.	Grupal	Participantes Escenografía	40 min
Taller súper estrellas	Describir los aspectos más relevantes de la propia persona.	Se entrega estrellas de papel amarillo a cada participante y se les pide que digan lo que les gusta hacer, o lo que disfrutan hacer, como: Mi nombre es... Me gusta... Me divierto cuando... Yo puedo... Estoy orgulloso (a) cuando... Soy muy bueno (a) haciendo... Me siento bien cuando... Me siento más seguro cuando	Grupal	Participantes Escenografía	30 min
Taller Amigo Bingo	Reconocer y descubrir los gustos y las características de sus amigos	Se reparte a cada participante las tarjetas de amigo bingo, donde encontrarán imágenes de niños alegres, tristes, llorando, sonriendo, cada niño se parará al frente y tendrá que realizar a través de la mímica lo que indica el dibujo. El participante que adivine tendrá que decir Bingo si adivinó y así cada uno realizará la actividad.	Grupal	Tarjetas con las diferentes imágenes Participantes Escenografía	30 min
Taller Yo puedo hacer algo especial parte I	Apreciar y valorar el talento de la propia persona	Previamente sentados en el piso en ronda se debate cada uno de los talentos que poseen los participantes, luego se les pregunta si les gustaría tener "un día especial", después cada uno compartirá su talento con sus compañeros y a continuación los demás aplaudirán.	Grupal	Participantes Manta	30 min
Taller Yo puedo hacer algo especial parte II	Apreciar y valorar el talento de la propia persona	Según el talento que los participantes indicaron en la sesión anterior, cada uno ante el público demostrará sus dotes, se le otorgará el material pertinente al talento.	Grupal	Participantes Trajes	40 min

				Escenografía	
				Micrófono	
				Parlantes	
				Música	
Taller Lanzamiento al futuro	Lograr que cada participante conozca sus capacidades para elegir una profesión y proponerles que desean ser en un futuro.	Usando un reloj, lo vamos a envolver en un pañuelo y lo meteremos en una caja. Luego les indicaremos que en la caja hay una máquina del tiempo y que nos transportaremos a unos 15 años al futuro, simulando que entran en un cohete. Luego saldrán del cohete disfrazados de la profesión que han elegido y simularán tal profesión. Como un drama, demostrarán al público.	Grupal	Participantes Reloj Pañuelo Caja Cohete de cartón Disfraces	30 min
Taller Caras	Mostrar las cuatro emociones básicas (felicidad, tristeza, enfado y miedo).	Se le presentará al participante unos antifaces con las cuatro emociones y se le va a pedir que se las ubique en su rostro, luego se las saca y explicará que emoción es y finalmente lo hará sin el antifaz	Grupal	Antifaces de las cuatro emociones básicas. Participantes Escenografía	30 min
Taller La caja mágica	Imitar los sonidos de los animales	Cada participante se va a disfrazar del animalito que más le guste y va a imitar el sonido del mismo y los demás tendrán que diferenciar los sonidos	Grupal	Participantes Disfraces Escenografía	30 min
Taller Sobre mí	Centrar la atención del niño en aquellas características que lo hacen especial	Hacer que el niño piense por un momento en los aspectos positivos de su vida y su personalidad o de los sueños que tienen. Luego uno por uno se pondrá de pie y expresará finalmente al auditorio y aplaudirán.	Grupal	Participantes Escenografía	30 min

Taller Manos corazón y cabeza	Resaltar las cosas buenas de los participantes.	Actuarán en una historia donde plasmen sentimientos, tengan movimientos corporales y pueden expresarse.	Grupal	Escenografía Disfraces Participantes	40 min
Taller lo puedo hacer bien	Reconocer las cosas que, aunque no las puedan hacer bien, hay otras que las hacen de maravilla.	Mediante una dramatización se mostrará cada una de las aptitudes y capacidades que pueden realizar.	Grupal	Disfraces Participantes Historia	40 min
Taller voy a repetir	Fortalecer la risa en los participantes	Varios participantes se harán a un lado de los demás, el guía y un solo quedará. El animador le contará al participante que se ha quedado una historia con detalles y rapidez, el participante debe estar muy atento. Después se le va a contar al otro participante y así a cada participante, finalmente le contará al último participante y éste dirá la historia. Esto provocará risas y diversión	Grupal	Disfraces Participantes Historia	30 min
Taller juguemos con los gestos	Expresar sentimientos y emociones	Los participantes tienen que expresar lo que se les muestre en una paleta a través de gestos. Se le pondrá a disposición la paleta de gestos y la demostrarán en su cara	Grupal	Escenografía Participantes	30 min
Taller ¡Pásalo!	Reconocer los defectos propios y valorar sus virtudes	Se entrega a cada participante una hoja donde cada uno escribirá sus defectos, guardará la hoja en un sobre, cerrará el sobre (pegado) y escribirá su nombre. Luego se pedirá a cada participante que pase el sobre a su compañero(a) que está a su lado derecho. Los participantes solo podrán ver el nombre de la persona a quien pertenece el sobre, mas no sus defectos; así se les indica que escriban un comentario positivo sobre la persona a la que pertenezca el sobre. Así continuar pasando el sobre y continuar escribiendo los comentarios positivos de la persona, hasta que cada sobre regrese a cada dueño de su sobre. Indicar que cada niño lea los comentarios que han escrito sus demás compañeros, en silencio; haciendo ver a los participantes que deben controlar sus impulsos y tratar de no dejarse llevar por ellos, que vean la importancia de aprender a controlarse y seguir practicando sus virtudes.	Grupal	Hojas Sobres	30 min

Taller Los peluches	<p>Identificar los aspectos positivos que hay en los demás.</p> <p>Expresar y recibir elogios adecuadamente</p>	<p>SECUENCIA 1. Pida a los participantes que se sienten formando un círculo, usted siéntese entre ellos. Sugiera que los participantes vayan pasando de uno en uno al centro y se sienten. (Todos los participantes tienen lápices y un número de tarjetas igual que el número de participantes). (Para agilizar el tiempo, puede dividirse el grupo en dos o tres subgrupos.) SECUENCIA 2. Diga a los participantes que están haciendo el círculo que se concentren en el participante que está en el centro, pensando en cómo es, en los momentos bonitos que han pasado juntos, en las cosas que sabe hacer, etc. Pida que todos escriban en una tarjeta eso bonito que están pasando en ese momento de él y a continuación haga que se lo digan de uno en uno y siempre hablando en primera persona. Ejemplos: “Me gusta...”, “Lo que admiro de ti”, “Pase muy bien contigo cuando...” SECUENCIA 3. Cada participante con un pedacito de Masking, se levanta y pega su tarjeta sobre su compañero que está en el centro. SECUENCIA 4. Ahora pasa otro participante y se hace lo mismo con él, luego pasa otro y así hasta terminar.</p>	Grupal	<p>Pequeñas tarjetas de papel.</p> <p>Masking</p>	40 min
Taller somos buenazos para un montón de cosas	<p>Promover el que los participantes reconozcan todo aquello que les gusta y todo aquello para lo que son buenos.</p>	<p>SECUENCIA 1. Pida que los participantes formen grupos de 3 o 4 personas. Uno de ellos se coloca en el centro y se agacha dejando caer los brazos y relajándose. SECUENCIA 2. Los otros participantes que le rodean hacen un masaje suave con los dedos desde la cabeza hasta los pies como si fueran una ducha. Se hacen tres pases de “champú” de movimientos amplios, con las palmas de las manos y tres pases de ducha solo con los dedos. Luego pasa otro participante y así sucesivamente, hasta que todos y todas hayamos pasado por la ducha. SECUENCIA 3. Ahora el trabajo es por parejas. Explique que primero uno de los dos hará el rol de entrevistador o el otro de entrevistado. El entrevistador pregunta al entrevistado cuáles son las cinco cosas que más le gusta hacer y por qué. Anotará las respuestas. Luego anotará cuáles son las cinco cosas que hace mejor y por qué. SECUENCIA 4. Pida a los chicos que cambien los roles y siga exactamente las mismas indicaciones de la secuencia 2 SECUENCIA 5. Ahora los participantes presentarán a su pareja, pueden hacerlo como si fueran locutores o a través de títeres con dibujos o con poemas, c como un cuento. Como cada uno quiera. SECUENCIA 6. Puede cerrar esta actividad organizando una obra de teatro en la que cada uno eligiera lo que más le gusta hacer y aquello para lo que es mejor, lo represente. Es decir</p>	Grupal	<p>Papel</p> <p>Crayones, marcadores, acuarelas o colores.</p> <p>Cualquier material que sirva para dibujar y pintar</p> <p>Masking</p> <p>Títeres (pueden ser con medias viejas)</p>	40 min

		que cada quien representa lo suyo			
Taller Foto matón	Presentarse unos a otros. Explorar la autoestima de cada uno	Por parejas, cada uno dibuja a su compañero mientras le entrevista para presentarlo posteriormente al resto del grupo; incluye preguntas en relación a su grado de autoestima. Advertir que es normal que los dibujos no nos favorezcan, pues casi nadie queda bien cuando se retrata en un fotomatón.	Grupal	Un folio Un bolígrafo para cada participante.	30 min
Taller descubriendo pensamientos erróneos	Aprender a desenmascarar los pensamientos erróneos y cómo vencerlos.	Se explica al gran grupo la hoja "Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos". Se dividen en pequeños grupos. Cada grupo estudiará una hoja de casos, indicando los pensamientos erróneos que encuentre en los distintos casos y escribirá en cada bocadillo un pensamiento positivo alternativo. En gran grupo, puesta en común	Grupal	Una hoja "Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos" para cada participante. Varios juegos Bolígrafos	40 min
Taller El auto-concepto	Fomentar una visión realista y positiva de sí mismo / a y de las propias posibilidades.	Cada participante dibuja expresión a las caras de la hoja "El auto-concepto" y escribe en ella frases que describan cómo se ve a sí mismo. Las lee a sus compañeros, quienes intentarán descubrir posibles pensamientos erróneos, le harán ver el lado positivo y reforzarán sus cualidades. Se reparte el juego de hojas "¿Qué es la autoestima?" y se explica qué es la autoestima y sus bases.	Grupal	Hojas "El auto-concepto" y "¿Qué es la autoestima?" para cada participante. Bolígrafos.	40 min
Taller un paso por el bosque	Favorecer el conocimiento propio y de los demás	La investigadora indica a los participantes que dibujen un árbol en un folio, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos o triunfos. Se pone música clásica de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse.	Grupal	Papel Rotuladores Música clásica de fondo	40 min

j. BIBLIOGRAFÍA

ACADEMIA AMERICANA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (AACAP siglas en inglés). (2001). Andalucía.

ACTA PARA LA EDUCACIÓN DE INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES (IDEA, sus siglas en inglés). (2009). Estados Unidos.

ALBIACH, M. A. O. (2013). Cuando los muñecos curan: títeres, educación especial y terapia. *Revista de Educación Inclusiva*, 6(3), 164-175.

ALCAIDE, M. (2009). Influencia en el rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 2, 27-44.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DE DESARROLLO (AAIDD) (2010). Gobierno de Navarra.

ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL (AAMR) (2002). Donostia-San Sebastián.

ASOCIACIÓN BRITÁNICA DE ARTETERAPIA (BAAT) (2009). Reino Unido.

AXPE, I. Y URALDE, E. (2008). Programa Educativo para la mejora del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (2), 53-69.

BERCK, L. (2001). El yo y la comprensión social. En L.A. Berk. *Desarrollo del niño y del adolescente* (pp. 571-623). Madrid: Prentice Hall.

BRANDEN, NATHANIEL. (2005). Los seis pilares de la autoestima. Barcelona: Editorial Paidós.

BRAVO, L. (2004). Educación especial y dificultades de aprendizaje. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

BRONFENBERNNER (2005). El macrosistema desde la Psicología social y Educativa. Una perspectiva cultural axiológica hacia la práctica universitaria. Revista de Psicodidáctica, 19-78.

CALLEJÓN-CHINCHILLA, M. D. (2012). Educación y Terapia artística: Implementación de un proyecto de teatro negro. Jaén: Universidad de Jaén.

CARDENAL, V.; FIERRO, A. Y GODOY, A. (2003). Dimensiones, consistencia y estabilidad en la Escala de Autoconcepto "Piers Harris". Póster presentado al II Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.

CARRIÓN, JOSÉ. (2001). Propuestas para mejorar la autoestima. Madrid: Editorial CSS.

CIE 10 (2008) CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, Organización mundial de la Salud.

CIF (CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD). (2001) Organización Mundial de la Salud. Edición en español, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. España.

CLEMES, H. Y BEAN, R. (2006). Cómo desarrollar la autoestima en los niños. Madrid: Debate.

COOLEY, C. (1922). Naturaleza humana y el orden social. Nueva York: Scibner's

CORONEL MAURAT, J. M. (2015). El autoconcepto en adolescentes con discapacidad intelectual.

DUCLOS, G. (2009). La autoestima de mi hijo. Bilbao: Ediciones Mensajero.

DARDER, P. Y BACH, E. (2006). Aportaciones para repensar la teoría y la práctica educativas desde las emociones. Teoría de la Educación, 18, 55-84.

ENRIQUE, M., & MUÑOZ, R. (2015). El problema de la autoestima basado en la eficacia. {PSOCIAL}, 1(1).

ESNAOLA, I., GOÑI, A. Y MADARIAGA, J.M^a. (2008). El Autoconcepto: Perspectivas de Investigación. Revista de Psicodidáctica, 13 (1), 179-194.

ESTRADA, M. R. (2015). Autoestima: clave del éxito personal (Vol. 4). Editorial El Manual Moderno.

FREILICH, R. Y SHECHTMAN, Z. (2010). La contribución de la terapia de arte al ajuste social, emocional y académico de los niños con discapacidades de aprendizaje. Las artes en la psicoterapia, 37, 97-105.

GARCÍA MOREY, A., (2010), Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico, Félix Varela, La Habana: Félix Varela.

GARCÍA-SÁNCHEZ, M. J. (2014). Teatro y discapacidad intelectual.

GOBIERNO DE CANARIAS (S.F.). Plan de Acción Tutorial basado en el desarrollo del autoconcepto. Educación Primaria. Recuperado el 17 de 06 de 2014.

GONZÁLEZ, M^a. T. (2000). Algo sobre autoestima: qué es y cómo se expresa. Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca, 11, 217-232.

GOÑI, E. Y FERNÁNDEZ, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. Revista de Psicodidáctica, 12 (2), 179-194.

GREENSPAN, S., BENDERLY, B. (2008). El crecimiento de la mente. Barcelona: Paidós.

GUTIÉRREZ, B. VERDUGO, M. (2009). Discapacidad Intelectual, adaptación social y problemas de comportamiento. Madrid: Pirámide.págs 47-62.

HATTIE, J. (2002). Autoconcepto. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaun

HENRRY GEOVANNY. (2004). Fiabilidades Emocionales Barcelona. Altamar

HUERTA, C. M., & CALVILLO, M. A. R. (2011). Sexualidad, discapacidad y una Población inesperada. Un tema cada día menos controversial. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14(3), 27.

HUESCAR ELISA, (2007). Desarrollo Socio - Emocional del niño, España: Universidad de Murcia.

INSTITUTO DE SALUD MENTAL (2001). Estados Unidos.

INFANTE, L., DE LA MORENA, L., GARCÍA, B., SÁNCHEZ, A., HIERREZUELO, L. Y MUÑOZ, A. (2002). Un estudio sobre el autoconcepto social en estudiantes de E.S.O: Diferencias de género. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 5 (3), 1-7.

JAMES, W. (2000). Principios de la psicología. Londres: E.B.

JENNINGS, S. CATTANACH, A., MITCHEL, S., CHESNER, A. & MELDRUM, B. (2006). El Manual de Dramaterapia [Manual de dramaterapia]. Londres: Taylor & Francis Books Ltd.

KLEE, PAUL. (2007), Teoría del arte moderno, Ed. Cactus, serie Perenne, Buenos Aires. 107-119

LUCKASSON, R., Y SCHALOCK, RL (2013). Definir y aplicar un enfoque funcionalidad a la discapacidad intelectual. Revista de Investigación de la Discapacidad Intelectual, 57 (7), 657-668.

MAIZ, B. Y GÜERCA, A. (2006). Discapacidad y autoestima. Actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad física. México D.F.: Trillas, S.A.

MALCHIODI, C. A. (2012). El arte y la ciencia de la terapia del arte. En C.A. Malchiodi (Ed.), Manual de Artoterapia (1-5). Nueva York: Guilford Press.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM IV) (2002). Estados Unidos.

MÁRQUEZ-CARAVEO, M., ZANABRIA-SALCEDO, M., PÉREZ-BARRÓN, V., AGUIRRE-GARCÍA, E., ARCINIEGA-BUENROSTRO, L., & GALVÁN-GARCÍA, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), 443-449.

MARTÍNEZ, RUBIO. (2016). Autoestima en personas con discapacidad intelectual. Universidad de Oviedo.

MARKUS, H. Y WURF, E. (2007). El concepto de sí mismo dinámico: una perspectiva psicológica social. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

MASSÓ, F., Y GUTIÉRREZ, R. (2001). ¡Ponte a vivir!: valores y autoestima. Madrid: Ediciones Eneida.

MEHLER, J., DUPOUX, E. (2004). Nacer sabiendo. Madrid: Alianza.

MONDRAGÓN, J.A. (2009). Arte, cultura e intervención social. Madrid: Materiales del curso experto Arte, Cultura e Intervención Social para Factoría de Arte y Desarrollo.

NÚÑEZ, M. R., & DE SOSA VAZ, Á. (2014). Un modelo de fomento de autoestima para niños y niñas con discapacidad intelectual. *Fermentario*, 1(8).

O'CONNOR, J. MC., DERMONTT, I. (2000). Introducción al pensamiento sistémico. Barcelona: Urano

OMS-OPS – (2010) “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud: CIF”, Organización Mundial de la Salud. Edición en español, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. España.

PALACIOS, J. E HIDALGO, V. (2004). Desarrollo de la personalidad desde los 6 años hasta la adolescencia. En Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología evolutiva (pp. 355-376). Alianza: Madrid.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). Diccionario de la Real Academia Española. 22.ª Edición. Madrid: Espasa Calpe.

RODRÍGUEZ, A. (2008). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

ROJAS, ROBLES, L.A. (2005). Grado de influencia que tiene el autoconcepto profesional del docente y las expectativas sobre sus alumnos, en el rendimiento académico. (Tesis doctoral). Facultad de ciencias sociales departamento de educación escuela de postgrado programa de magister. Chile.

ROMERO Y JARAMILLO (2010). Mejora la autoestima: técnicas para niños y adolescentes. Barcelona.

SHAVELSON, R., HUBNER, J. Y STANTON, J. (2006). Concepto propio: Válido Construcción del constructo interpretación. Revisión de la investigación educativa, 46 (3), 407 - 441.

SHOGREN, K. A., LUCKASSON, R., & SCHALOCK, R. L. (2014). The definition of "context" and its application in the field of intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 109-116

URGILÉS, S., & ALEXANDRA, M. (2012). Búsqueda del Personaje en la Obra " TERAPIA" comedia en tres sesiones y un diagnóstico.

VARGAS J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar (junio 2004). *Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*.

VERA, M. ^a Y ZEBADÚA, I. (2002). Contrato pedagógico y autoestima. Ciudad de México D.F.: Colaboradores Libres.

VERDUGO, MA, SCHALOCK, R. (EDS.) (2013). Discapacidad e Inclusión: manual para la docencia. Salamanca: Amarú Ediciones, 511 pp. *Estudios sobre Educación*, 27, 243-245

VILLANUEVA, E. R. (2013). Inteligencia emocional y conceptos afines: autoestima sana y habilidades sociales. Vol.7.

ZACCAGNINI JOSEPH. (2004) *Inteligencia Emocional* Madrid: biblioteca nueva.

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN

Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA

FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA
DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016.

Proyecto de Tesis previo a la obtención del
grado de Licenciatura en
Psicorrehabilitación y Educación Especial

AUTORA

Karen Lorena Elizalde Rodríguez

DIRECTOR

Dr. Oscar Eduardo Cabrera Iñiguez Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2016

a. TEMA

FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016

b. PROBLEMÁTICA

La discapacidad no es un atributo de una persona, sino más bien incluye una serie de situaciones y condiciones generadas en su interacción con el medio especialmente el ambiente social y físico.

Según la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), plantea que la discapacidad intelectual está caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifestada en habilidades prácticas, sociales y conceptuales, es decir en su interacción con el entorno. (Luckasson et al., 2013, p.31)

A nivel mundial se ha visto un gran apoyo y avance para mejorar el estilo de vida de estas personas gracias a la tecnología, a sus mandatarios y al interés que la familia está poniendo en ellos. En el Ecuador la Constitución de la República y la Ley Orgánica de Discapacidades, reconocen a las personas con discapacidad como un grupo vulnerable y, por lo tanto, se convierten en sujetos de la Política Social del Estado.

Cuando se habla de autoestima, primero hay que hacerlo del concepto que se tiene de uno mismo. De este modo, el auto-concepto se podría decir que es un pilar necesario y anterior a la autoestima. Como componente se encuentra el esquema corporal, la representación mental que tiene acerca de su cuerpo.

Es por eso, que cuando las personas con discapacidad desarrollen su auto-concepto tiene que incluir su discapacidad, y en ese mismo momento, se dará cuenta de sus limitaciones y de la diferencia que supone respecto al resto de personas. Esto, se produce en las diferentes etapas del desarrollo, por ejemplo, cuando va a la escuela, cuando va a pedir empleo, etc., en el que se crea un estado de ansiedad que hace que sea más dificultoso para una persona con discapacidad, llegando incluso a plantearse si puede ser un integrante de la sociedad en la que vive. Por lo que una buena autoestima contribuye a ser conscientes de los propios errores y transformarlos en experiencias constructivas para tener un pensamiento positivo hacia la propia persona.

El teatro funciona, como una herramienta altamente eficaz en lo que respecta a la expresión y la comunicación. En este sentido, tiende a potenciar el desarrollo de la imaginación y la autonomía, favoreciendo además la integración (García, 2014, p. 12). Es por ello que se emplea como un medio para mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual y su autoestima, los beneficios de las artes escénicas pueden llegar a ser significativos en lo respectivo al desarrollo de las habilidades adaptativas. Es así como se desarrolla la propuesta de crear un taller de Arte Terapia dirigido a este grupo vulnerable, basándose en la motivación de otorgar la oportunidad de que compartan sentimientos, anhelos y necesidades de una forma visible, que llega a ser palpable mediante el proceso creativo que brinda la práctica y el uso de una gran variedad de técnicas artísticas, buscando mejorar su autoestima, y desarrollar capacidades expresivas, proporcionando medios que fortalezcan la confianza, expresión y sensibilización.

La autoestima se ve afectada por muchas causas como: ser víctima de abusos físicos y emocionales, necesidades básicas insatisfechas, discriminación, entre otras, lo cual genera comportamientos negativos, mala relación interpersonal, soledad, escasa comunicación con su medio, intolerancia a su entorno.

Aparentemente dichos factores antes citados pareciesen no influir dentro del proceso emocional de las personas con discapacidad intelectual, pero acaban por manifestarse en la realidad. Es por ello que se considera preciso introducir la temática de la formación en el conocimiento de las propias emociones y el dominio suficiente de las mismas para lograr llevar a la persona hacia una mayor autosatisfacción personal, ampliación de sus interacciones sociales o un más alto grado de autocontrol, aspectos en que sus vidas se pueden ver beneficiada.

Al conocer esta problemática, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PROBLEMA GENERAL

¿CÓMO FOMENTAR LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL MODERADA, DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ¿FEBRERO-JULIO 2016?

c. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene pertinencia porque la discapacidad es un problema social que es transversal a los distintos estratos sociales y económicos, por ende, es fundamental investigarlo.

En la ciudad de Loja, existen estudios previos en torno a la problemática de la discapacidad, sin embargo, no existen investigaciones que se enfoquen en profundizar la herramienta de teatro terapia para fomento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada en escuelas de educación especial.

Los cambios en la mirada de la psicorehabilitación, la integración y la participación social de las personas con discapacidad, han llevado a que la intervención en educación especial alcance una importancia fundamental.

El crear un espacio de libre expresión para personas que requieren de una educación especial, es un medio efectivo, novedoso, y brinda beneficios en el sentido que otorga un autodescubrimiento al paciente y esto se ve reflejado en sus relaciones sociales. Es por eso que, como herramienta de estudio, el Teatro terapia es un medio que brinda el descubrimiento y reinterpretación de los sentimientos, llevando a una reflexión después de moldearlos y verlos reflejados mediante la producción artística.

Este proyecto es viable porque se cuenta con el lugar para la realización de la investigación, el Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con

Discapacidad de la ciudad de Loja, donde se me permite el acceso disponiendo así, de los recursos tanto humanos, económicos, físicos y bibliográficos.

Esta investigación es un trabajo enriquecedor y fructífero, no sólo se serán beneficiadas las personas con discapacidad intelectual de este centro, sino que además proporcionará una gama de información, que admitirá el crecimiento de la experiencia, el conocimiento y la sensibilización ante este grupo vulnerable.

Los resultados que puedan obtenerse a partir de esta investigación, pueden resultar importantes para generar intervenciones integrales que involucren a las familias de este tipo de pacientes, y que puedan ser sostenibles en el tiempo, teniendo en cuenta el ciclo evolutivo de las personas con discapacidad. Además, se busca encontrar nuevos resultados y teorías en el uso del Teatro terapia como medio de expresión, autodescubrimiento e integración en el proceso de mejora de la autoestima en personas con discapacidad intelectual.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer pautas de actuación que fomentan la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los referentes teóricos y metodológicos del teatro terapia para el fortalecimiento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.
- Diagnosticar los niveles de autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.
- Diseñar y ejecutar talleres de teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.
- Validar la efectividad de la aplicación de los talleres del teatro terapia para fortalecer la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.

e. MARCO TEÓRICO

1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL (D.I)

Definición

A manera de introducción, es conveniente especificar y definir que la discapacidad no es una enfermedad, más bien se trata de una limitación que ocasiona que se tengan capacidades diferentes con respecto al desarrollo físico o intelectual de la persona.

Con el paso del tiempo el término de discapacidad intelectual ha ido adquiriendo cambios conceptuales, partiendo desde su historia hasta los avances que se han producido a nivel social y educativo, cada vez es más común encontrar programas de integración social que tienen como objetivo beneficiar y enriquecer el plano teórico y práctico del desarrollo de personas que sufren alguna DI; es por eso que el término “retraso mental” ha sido eliminado para poder hablar en un marco más amplio y respetuoso.

La OMS/OPS, (2010) afirma: “La discapacidad es la condición de vida de una persona, adquirida durante su gestación, nacimiento o infancia, que se manifiesta por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, motriz, sensorial (vista y oído) y en la conducta adaptativa” (p. 6).

Es decir, en la forma en que la persona con discapacidad intelectual se relaciona en su hogar, la escuela y la comunidad, etc., respetando las formas de convivencia de cada ámbito en el cual se desarrolla.

A propósito, Verdugo y Schalock (2013), parten de cinco premisas para definir operativamente la Discapacidad Intelectual:

En primera instancia están las limitaciones en el funcionamiento presente, se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura; luego se requiere una evaluación válida que cuente con la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales; seguido en una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades; para llegar a un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo; y finalmente se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará (p.p.12-13).

Ante la situación planteada, se deduce que el abordaje de las personas con discapacidad intelectual, requiere de un proceso continuo e integral, que conlleve a adquirir una mejor calidad de vida y experimentar bienestar y felicidad en todos los sentidos.

Así pues, la DI definida por sus características según Shogren et al., (2014) afirma: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (p. 21).

Por ello, la discapacidad no debe entenderse como un elemento propio únicamente de la persona, sino más bien, se debe considerar la discapacidad como una expresión de la interacción entre la persona con discapacidad y su entorno.

Para Verdugo y Schalock (2013), los criterios de diagnóstico para DI son: “Primero, el coeficiente intelectual (C.I.) debe ser menor o igual a 70, segundo el sujeto debe presentar alteraciones en la adaptación a su medio, tercero el comienzo del trastorno debe ser antes de los 18 años” (p.4)

Tipos de Discapacidades Intelectuales

Al fin de explicar los tipos de discapacidad intelectual, la CIF (2010), (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud) la clasifica en: “**Límite** con un C.I. de 68-85; **Leve** con un C.I. de 52-67, **Moderada** con un C.I. de 36-51, **Severa** con un C.I. de 20-35, y **Profunda** con un C.I. menor a 20” (p.27).

Según Shogren et al., (2014), las personas con discapacidad intelectual moderada pueden desarrollar las siguientes habilidades y destrezas mediante un entrenamiento continuo y oportuno durante su desarrollo:

Características: **Corporales y motrices:** Ligeros déficits sensoriales y / o motores, Mayor posibilidad de asociación a síndromes; **Autonomía, aspectos personales y sociales:** Alcanzan un grado variable de autonomía en el cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres...) y en actividades de la vida diaria; Pueden darse problemas emocionales y rasgos negativos de personalidad, El escaso autocontrol hace que en situaciones que les resultan adversas pueden generar conflictos; Precisan de la guía de la persona adulta y suele ser necesario trabajar la aceptación de las tareas y su implicación en las mismas; Con frecuencia muestran dificultad para la interiorización de convenciones sociales; El campo de relaciones sociales suele ser muy restringido; **Cognitivas:** Déficits, a veces importantes, en funciones cognitivas básicas (atención, memoria, tiempo de latencia...); Por lo general, dificultades para captar su interés por las tareas y para ampliar su repertorio de intereses; Dificultades para acceder a información de carácter complejo; Dificultades, en muchos casos, para el acceso a la simbolización; Posibilidad de aprendizajes que supongan procesamiento secuencial; Posibilidad de aprendizajes concretos y de su generalización a situaciones contextualizadas, para lo

que puede precisar la mediación de la persona adulta; **Comunicación y lenguaje:** Evolución lenta y, a veces incompleta, en el desarrollo del lenguaje oral, pero según las pautas evolutivas generales; Dificultades articulatorias, que se pueden agravar por causas orgánicas (respiración, tonicidad...); Frecuente afectación en el ritmo del habla (taquilalia / bradilalia) y disfluencias (tartamudeo / farfalleo); Las anteriores características del habla afectan a la claridad del discurso; Dificultades para la adquisición y uso de categorías morfológicas y gramaticales; Producciones de complejidad y longitud reducidas en el plano sintáctico; Recurso al contexto extralingüístico para compensar dificultades de comprensión; Inhibición en el uso del lenguaje oral (falta de interés, escasa iniciativa...); Con frecuencia adquieren niveles básicos de lectoescritura, al menos en sus aspectos más mecánicos (p. 127-141).

La importancia de conocer dichas características, permite crear estrategias y orientaciones para intervención de las personas con discapacidad intelectual, orientadas a mejorar su autoestima.

Etiología de la discapacidad intelectual

Márquez, et al. (2011) plantea un enfoque multifactorial de la etiología, en dos direcciones: tipos de factores y momento de ocurrencia de éstos:

Momento Prenatal: Factores biomédicos: trastornos cromosómicos, trastornos asociados a un único gen, síndromes, trastornos metabólicos, disgénesis cerebral, enfermedades maternas, edad parental; **Factores sociales:** Pobreza., malnutrición maternal, violencia doméstica, falta de acceso a cuidados prenatales; **Factores conductuales:** consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas, inmadurez parental; **Factores educativos:** discapacidad cognitiva, sin apoyos por parte de los padres, falta de apoyos para la paternidad y/o maternidad; **Momento Perinatal: Factores biomédicos:** prematuridad, lesiones en el momento del nacimiento, trastornos neonatales; **Factores sociales:** Falta de cuidados en el momento del nacimiento; **Factores conductuales:** Rechazo por parte de los padres a cuidar al hijo o hija, abandono del hijo o hija por parte de los padres; **Factores educativos:** Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica; **Momento Postnatal: Factores biomédicos:** Traumatismo craneoencefálico, malnutrición, meningo-encefalitis, trastornos epilépticos, trastornos degenerativos; **Factores sociales:** Falta de adecuada

estimulación temprana, pobreza familiar, enfermedad crónica en la familia, institucionalización; **Factores conductuales:** Maltrato y abandono infantil, violencia doméstica, medidas de seguridad inadecuadas, privación social, conductas problemáticas; ; **Factores educativos:** Deficiencias parentales, diagnóstico tardío, inadecuados servicios de intervención temprana,, inadecuados servicios educativos especiales, inadecuado apoyo familiar (pp. 234-256).

El conocer la etiología de la discapacidad intelectual nos resulta de utilidad para la prevención, para conocer la posible evolución y planificar futuros apoyos y en otros casos, tratar la causa o incidir sobre la misma.

2. AUTOESTIMA

Definiciones

El Diccionario de la Real Academia Española (2010), afirma que: “La autoestima es la valoración generalmente positiva de sí mismo”.

La visión de la autoestima para Massó y Gutiérrez (2001) concretan que: “Una persona con buena autoestima es la que se quiere tal cual es, con sus cualidades y sus defectos” (p,121).

Por otro lado, Villanueva (2013) determina que: “La autoestima es la capacidad que una persona tiene para apreciarse, amarse, valorarse, es decir para quererse y aceptarse a uno mismo” (p,225).

Por último, la Asociación Nacional para la Autoestima (2009) (National Association for Self-Esteem) concreta que: “Una persona con una auténtica y saludable autoestima es aquella que se ve positivamente, responsable de sus actos, constructiva y en la que la gente puede confiar” (p, 21).

De acuerdo a las definiciones antes mencionadas, se puede concluir que la autoestima es el concepto que se tiene sobre uno mismo, el cual está basado en sentimientos, pensamientos, experiencias y sensaciones que se presentan en el transcurso de la vida, una buena autoestima contribuye a ser conscientes de los propios errores y permite transformarlos en experiencias constructivas para tener un pensamiento positivo hacia la propia persona.

Componentes de la autoestima

Por un lado, Branden (2005), diferencia dos elementos:

Eficacia personal: siendo esta la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida. Esto se traduce en la confianza en el funcionamiento de la propia mente, es decir, en la capacidad para pensar y entender, para aprender a elegir y tomar decisiones. Es creer y confiar en uno mismo; **El respeto hacia uno mismo**, refiriéndose a la sensación de considerarse merecedor de la felicidad (p, 12)

Esto significa que se las personas deben ser consciente del valor que se tiene como persona, como ser único en el universo.

Por otro lado, Rodríguez (2005), incorpora un componente más a los elementos definidos por Branden:

El autoconcepto: Este concepto lo define como la opinión que tiene la persona sobre sí misma. Él cual se desarrolla a medida que pasan los años. Tiene diferentes dimensiones en una misma persona ya que en un mismo tiempo es, por ejemplo, estudiante o trabajador, hermano o sobrino o primo, amigo o novio, etc. y todos estos aspectos, en su conjunto, describen a la persona en su totalidad (p,13).

Lo que hace pensar que la autoestima se sustenta en la valoración personal individual, la cual es variable de acuerdo a las condiciones en las que se desarrolla la persona.

Para, Branden (2005), el autoconcepto se compone de tres niveles:

Nivel cognitivo-intelectual: Se basa en las experiencias pasadas, las opiniones, creencias, ideas y percepciones del individuo. **Nivel emocional-afectivo:** Consta de un juicio de valor, lo que implica el sentimiento que tenga el individuo sobre cómo se ve.

Nivel conductual: Se basa en la decisión de llevar a cabo un comportamiento y ser consecuente con ello.

Estos niveles del autoconcepto, ayudarían a transformar la vida de las personas con discapacidad intelectual moderada con problemas de autoestima.

Coronel (2015), divide los factores que determinan el autoconcepto en:

La actitud o la motivación: cómo se reacciona y la actitud que se tenga ante las diferentes situaciones y evaluarlas de forma positiva o negativa. **El esquema corporal:** La idea que se tenga del cuerpo a través de diferentes estímulos y sensaciones. Las relaciones sociales, la moda, los posibles complejos y sentimientos que se tengan hacia uno mismo están directamente relacionados con esta. **Las aptitudes:** las capacidades que tenga una persona para realizar algo satisfactoriamente. **Valoración externa:** Es la opinión que tengan las demás personas sobre el individuo (pp.56- 57).

El autoconcepto es una idea cambiante, según las circunstancias en las que se encuentre el individuo, el cual desarrolla constantemente.

Huertas (2011), considera que para lograr este autorespeto se requiere:

Afirmar que se tiene el derecho a satisfacer las propias necesidades, a tener éxito, a la satisfacción personal y, sobre todo, a la felicidad. **Ser responsable**, se considera necesario vivir de acuerdo a las propias convicciones y valores sabiendo que todo acto tiene su consecuencia. **Aprender a valerse** por sí mismo. **Afirmar el valor propio** que el individuo tiene (p.47).

Como el propio nombre indica, autorespeto es respetarse a uno mismo, se considera indispensable para vivir en armonía, no solo con uno mismo, sino también con los que lo rodean. El autoconcepto permite saber cuáles son las cualidades que se posee, aceptando las buenas y cambiando aquellas que se consideren negativas de cada persona, lo cual afecta no solo de forma positiva a la autoestima, sino que, además, influye en las relaciones sociales y a la comprensión del mundo.

Desarrollo de la autoestima

Los primeros días de vida son indispensables para el desarrollo de la autoestima, ya que se constituye con los primeros estímulos recibidos de las figuras de apego.

Posteriormente, otra etapa importante es la infancia, concretamente de los 5 a los 6 años. En el que compara su yo real con el yo ideal y se juzga por ver si cumple los patrones establecidos en la sociedad. Además, en esta etapa, el niño/a busca complacer a las diferentes personas de su entorno, sobre todo a sus familiares, para así favorecer su integración en la sociedad (Romero y Jaramillo, 2010, p. 21).

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia, donde incluso se requiere de otras formas de comunicación, como el lenguaje facial y gestual.

Para que el individuo desarrolle de manera favorable la autoestima, Romero y Jaramillo (2010), proponen diferentes factores:

Vinculación: Necesita sentirse parte de algo, necesita conocer que hay alguien que se preocupa por él/ella. Además, también requiere saber que tiene objetos significativos que le pertenecen. **Singularidad:** Precisa sentirse que es alguien único, especial, independientemente de que comparta determinados aspectos parecidos con amigos/as, hermanos/as, etc. Esto va directamente relacionado con la noción de respeto hacia uno mismo. **Poder:** Esto quiere decir que puede realizar aquello que se proponga, en la que algunas veces obtendrá el éxito y en otras, no. **Pautas:** requiere de modelos positivos, ya que a través de la imitación suelen aprender gran parte de las cosas, de este modo, obtendrá resultados satisfactorios, en los que, además, aprenderá a distinguir lo bueno de lo malo. (p, 29).

Los valores, los hábitos, las creencias, los patrones éticos, etc., desempeñan un papel importante en el desarrollo de la autoestima

Características de la autoestima.

Existen tres tipos de autoestima: elevada o positiva, baja o negativa, y autoestima inflada.

Maiz y Güereca (2006), las definen de la siguiente manera:

- **Autoestima elevada o positiva**, bajo este término se encuentran “aquellas personas que se ven aceptados y queridos tal y como son”. Ante el ejemplo de un niño o niña con alta autoestima y con dificultades en la escritura decidirá pedir ayuda, teniendo así más tiempo para el aprendizaje. De este modo se deduce que un niño o niña con esta característica crea y opera de manera natural tácticas adaptativas que impulsan el crecimiento. Asimismo, reconocen sus logros como propios, dependiendo, en gran medida, de sus propias habilidades, recursos y, sobre todo, esfuerzos. De este modo,

consideran que no dependen del azar, de factores que no pueden controlar, por lo que son conscientes del sentimiento de autocontrol. Los errores de estas personas son percibidos como factores factibles de transformar su voluntad, aprenden de ellos y son capaces de ajustar sus metas. (Maiz y Güereca (2006, p, 32).

Cuando una persona tiene una autoestima elevada, siendo esta saludable, trata a los demás con respeto, bondad y generosidad. Lo cual, es algo extremadamente importante para una adecuada inclusión.

Por último, Maiz y Güereca (2006) basándose en otros autores presentan las características más comunes de un niño/a con alta autoestima:

Pueden hacerse amigos con facilidad y es capaz de influir en los demás; se muestra entusiasta al enfrentar retos y actividades nuevas; es capaz de cooperar, asumir responsabilidades y seguir las reglas si esas son justas, juega solo o acompañado, disfruta siendo creativo y teniendo sus propias ideas, se siente orgulloso por sus logros, busca ser independiente, sabe aceptar las frustraciones, muestra sentimientos y emociones variadas

En personas con discapacidad intelectual, el desarrollo de la autoconfianza positiva o elevada permite una mejor interacción con su entorno, y para llegar a ello se requiere el desarrollo del autoconcepto

- **Autoestima baja o negativa**, se caracterizan principalmente por tener falta de confianza y ausencia de esperanza. Asimismo, el hecho de conseguir algún éxito lo asocian a la suerte, no teniendo en cuenta el esfuerzo realizado para conseguirlo. En el lado opuesto creen que los sucesos negativos están

relacionados a factores propios del niño o de la niña. A menudo se les pueden escuchar mensajes como “no sirvo para nada”, “todo lo hago mal”, “soy tonto/a”, “soy feo/a”, “para qué intentarlo si lo voy a hacer mal”, “ojalá fuera...”. Estos mensajes de desesperanza suelen ir asociados a conductas desfavorables entre las que podemos encontrar la evasión, el rechazo, la negación, la impulsividad, incluso la agresividad. (Maiz y Güereca, 2006, p. 76).

Debido al bajo nivel de autoconfianza, las probabilidades de éxito de las personas con autoestima baja o negativa, son bajas, debido a que el futuro está directamente relacionado con la percepción que tienen de sí mismo. La persona con un negativo autoconcepto de sí mismo tiene como consecuencia que se presenten síntomas depresivos y una evasión de la realidad en la que se encuentra.

Algunas de las características de un niño o niña con autoestima baja son según (Maiz y Güereca, (2006):

Hace comentarios negativos o de desprecio sobre sí mismo; tiene poca tolerancia a la frustración; muy fácilmente se muestra a la defensiva, da más importancia a las opiniones de los demás que a las propias; al toparse con situaciones nuevas, se resiste a encararlas; con frecuencia culpa a los demás por sus fracasos y problemas; tiene escasos sentimientos de poder y control; fácilmente pierde la perspectiva (la proporción de las cosas), evita las circunstancias que le crean tensión, no está dispuesto a razonar.

De acuerdo a lo manifestado, por los autores antes mencionados, el individuo con autoestima baja o negativa debe realizar un esfuerzo mayor para las relaciones sociales.

- **Autoestima inflada**, es una autoestima baja camuflada bajo un velo de apariencia, de superioridad. Son personas que exigen, que piensan que siempre tienen la razón, continuamente intentan mostrar a los demás sus hazañas, sus logros. (Maiz y Güereca, 2006, p. 79).

Estas personas tienden a exagerar su propia imagen y, es por eso, que intentan demostrar que son superiores a los demás, para así reafirmarse en esa idea de ser superiores y recibir admiración

Algunos de los rasgos más característicos de estas personas según Branden (2005), son:

Tienen una creencia de perfección hacia sí mismos; son personas que no aceptan las críticas de los demás, son rígidos, no se pueden exponer a que nadie les demuestre que están equivocados; se enfadan con facilidad, por lo que hace que estén en un continuo estado de alerta, tiene un estado de ánimo variable, debido a que su autoconcepto depende en su inmensa mayoría de lo que opinen los demás, exageran cualquier cualidad positiva de ellos mismos, no saben trabajar en equipo, consideran que nadie es tan bueno/a como ellos/as, critican constantemente a los demás para así infravalorar a los demás, son competitivos/as y envidiosos/as (p, 89)

En efecto son personas con inestabilidad emocional y social, difíciles de adaptarse en el ámbito escolar, laboral, etc., se perciben constantemente como seres superiores

Importancia de la autoestima

Para Enríquez (2015):

Desarrollar la autoestima es ampliar la capacidad de ser felices; la autoestima permite tener el convencimiento de merecer la felicidad. Comprender esto es fundamental, y redundará en beneficio de todos, pues el desarrollo de la autoestima

positiva aumenta la capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, favoreciendo así las relaciones interpersonales enriquecedoras y evitando las destructivas. (pp. 71-73)

La autoestima permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, altruismo y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente los objetivos personales que conllevan a la auto-realización. Permite que uno sea más ambicioso respecto a lo que espera experimentar emocional, creativa y espiritualmente.

Para Estrada (2015):

La importancia de la autoestima se aprecia mejor cuando cae uno en la cuenta de que lo opuesto a ella no es la heteroestima, o estima de los otros, sino la desestima propia, rasgo característico de ese estado de suma infelicidad que llamamos «depresión» (pp.27-32).

Las personas que realmente se desestiman, no suelen ser felices, uno no puede ignorar u olvidarse de sí mismo, la importancia de la autoestima radica en el hecho de estar conscientes de nuestras potencialidades y necesidades. La autoestima es la base y centro del desarrollo humano. Conocer el yo de manera integral, las necesidades básicas, su desarrollo, los papeles y las motivaciones personales permite conocer y desarrollar la autoestima positivamente.

Pautas de actuación reconocidas para el trabajo de la autoestima

Algunas estrategias que pueden utilizarse para fomentar la autoestima positiva o elevada en las personas con discapacidad según Núñez (2014) son:

- **Enfatizar las fortalezas:** Enfocarse en las cualidades de la persona para desarrollarlas al máximo y que compensen las debilidades.
- **Crear un ambiente de paz:** Cada familia debe de hacerlo a su manera, pero es muy importante que se le aliente a hablar con franqueza sobre su discapacidad y a hacer preguntas, lo cual le ayudará a saber quién es y a dónde va.
- **Delegar responsabilidad:** Dejarle que tome decisiones y asuma responsabilidades, especialmente las que le hagan sentir que está contribuyendo. Es recomendable estimularlo a que realice actividades en las que perciba una sensación de auto-suficiencia.
- **Fomentar la integración:** Que participe en actividades de grupo, que se integre con otros grupos sociales. **Fomentar la autoconfianza:** Evitar sobreprotegerlo para que conozca que tiene capacidades y confíe en sí mismo.
- **Fomentar la toma de decisiones y la solución de problemas:** De esta manera, sentirá que tiene el control de algunas de sus acciones y partes de su vida, al igual que crecerá la seguridad en sí mismo.
- **Emplear la retroalimentación positiva y hacerles sentirse especiales:** la autoestima y el autovalía se nutren cuando se muestra cariño, aprecio y aceptación, es decir, cuando se retroalimenta constructivamente un trabajo o actividad. (pp. 39-44).

Todas estas estrategias están encaminadas a permitir un mayor autoconocimiento, que a su vez conllevan a una mejor percepción de la forma de vivir y como esta nos permite proyectarnos hacia un futuro prometedor.

Actitudes positivas y negativas para el fomento de la autoestima

No solo las pautas de actuación que a continuación se proponen son relevantes, sino que se deben afrontar con una serie de actitudes por parte de la sociedad, los educadores y progenitores para que de éste modo sea más efectiva y así consolidar la autoestima de la persona con discapacidad de forma positiva.

Actitudes positivas y negativas de la sociedad.

De este modo, Maiz y Güereca (2006), establecen que: “El impacto que la discapacidad intelectual causa en el entorno es visible diariamente” (p.56).

Rojas (2005), indica:

La sociedad debe permitir que la persona con discapacidad desarrolle la lealtad social, regional y nacional. Un sentimiento de desarrollo personal, un sentido de dirección y un sentimiento de proceso y progreso. Esto se refiere a que la vida es una creación continua en la que cada persona tiene el poder de elección. Todos necesitamos sentir que tenemos cierto control sobre nuestras vidas. Tener un sentimiento de compromiso. Esto implica ser consecuente con las decisiones que uno toma. Establecer los mecanismos sociales que aseguren la satisfacción de las necesidades humanas. El sistema económico debe de ser de tal forma que pueda permitir el desarrollo y crecimiento para cada una de las personas de la sociedad (pp. 78-83)

La integración en sociedad es mucho más difícil si ésta presenta actitudes negativas hacia las personas con discapacidad, estas personas, requieren la oportunidad de desarrollar un sentido de identidad y de integridad personal.

Actitudes y conductas del maestro/a

Rojas (2005) recoge algunas de las características recopiladas anteriormente por otros autores:

Tener una actitud positiva ante la clase; Respetar y aceptar las características de cada persona, no solo del que presenta discapacidad intelectual; Comprender la realidad personal, inspirar confianza, ser sincero/a y mostrar coherencia con lo que dice, piensa y hace; Ayudarle en la medida de lo posible a realizar algo motriz cuando el individuo lo haya intentado y no pueda; No hacer hincapié en las dificultades debido a su discapacidad intelectual (p.43)

De este modo, se considera necesario que haya una buena figura de profesor para un buen fomento de la autoestima. Deben ser competentes para hacer

frente a las dificultades que conlleva el trabajo con las personas con discapacidad intelectual.

Actitudes de los compañeros de aula

Las actitudes que tengan los compañeros del aula donde se encuentra la persona con discapacidad intelectual, guarda una estrecha relación con cómo el maestro/a se enfrenta a esta situación. Según Branden (2010), “El maestro/a es el responsable de crear un buen clima para que la autoestima de sus alumnos se fomente. Los compañeros del aula deben tener en cuenta las particularidades de la persona con discapacidad intelectual” (p. 21).

Actitudes de los padres

La actitud que los padres tengan es determinante en el desarrollo de la autoestima de las personas con discapacidad.

De este modo Duclos (2009), expresa que las actitudes desfavorables para el fomento de la autoestima son:

No presentar una presencia psicológica estable y no estar presente regularmente; No dar respuesta a las necesidades que tienen; Tener expectativas poco realistas o condicionadas al apego, lo que lleva a sobrestimar las capacidades de ellos, reñir constantemente, no ofrecerle un modo de vida estable; No establecer reglas de conducta, no mostrarse acogedor y disponible para su hijo/a, reprimir los sentimientos; Ignorar los éxitos o restarles importancia, sobreprotegerle, dirigirle palabras hirientes y emplear sarcasmos, controlar excesivamente las relaciones sociales, exigirle más de lo que puede hacer o darle todo hecho debido a su condición intelectual (p.43).

Estas deben ser modificadas por actitudes favorables, que garanticen el desarrollo integral de las personas con discapacidad, permitiendo el desarrollo

de valores que motiven a expresar sus sentimientos y emociones y permitir que se abra a otras personas.

3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y AUTOESTIMA

Para hablar de autoestima, primero hay que hablar del concepto que se tiene de uno mismo. Es decir, que la persona sea consciente de quién es y cómo se ve. De este modo, el autoconcepto se deduce que es un pilar necesario y anterior a la autoestima. Como componente se encuentra el esquema corporal, la representación mental que tiene acerca de su cuerpo. Una persona con discapacidad tiene mayor dificultad en desarrollar esta imagen de sí mismo. Además, hay que incluir que no puede aprender de los demás, ya que si está rodeado de personas sin discapacidad no puede aprender por imitación.

Es por eso, que cuando una persona con discapacidad intelectual desarrolla su autoconcepto tiene que incluir su discapacidad, y en ese momento, se dará cuenta de sus limitaciones y de la diferencia que supone respecto al resto de personas. Esto, se produce en las diferentes etapas del desarrollo, por ejemplo, cuando va a la escuela, cuando va a pedir empleo, etc., en el que se crea un estado de ansiedad que hace que sea más dificultoso para una persona con discapacidad, llegando incluso a plantearse si puede ser un integrante de la sociedad en la que vive.

Como es de suponer, la familia, por la seguridad y afecto incondicional que ofrece, es un medio privilegiado para la adquisición de una autoestima adecuada.

A través de pequeños cambios en las rutinas y en el contexto del hogar, los padres pueden crear las condiciones necesarias para que el niño se conozca, se valore y acepte tal como es.

4. TEATRO TERAPIA

Según la Asociación Británica de Arte (2009):

El teatro terapia es una forma de psicoterapia que usa medios artísticos como modo primario de comunicación. Una de las tendencias que se enmarcan dentro del arte terapia, es aquella que considera la actividad plástica como secundaria, corriente más próxima a la clínica psicoterapéutica, en ella el efecto terapéutico deriva exclusivamente de los intercambios verbales alrededor del contenido de la obra, esta se utiliza por tanto como medio para acceder a la comunicación verbal (pp.48-49)

El propósito del teatro terapia es de generar beneficios para las personas con discapacidad intelectual, así como de: fomentar los contactos interpersonales; propiciar el bienestar y la satisfacción personal; cultivar empatía y respeto por los pensamientos y sentimientos personales y de los demás, permitiendo que la persona con discapacidad efectúe un cambio y crecimiento a nivel personal a través del uso de materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador.

Para Albiach (2013), “El arte terapia ofrece la oportunidad para la expresión y la comunicación tanto verbal como no verbal y puede ser particularmente útil para personas que tienen dificultades para expresar sus pensamientos y sentimientos verbalmente” (p, 84).

El teatro-terapia trata de explicar, y ayudar en el cambio que se está operando en la interioridad de las personas con discapacidad, y construir una relación nueva con su realidad.

Objetivos del Teatro-terapia

Para Jennings et al., (2006) los objetivos del teatro terapia son:

- Desarrollar capacidades sociales
- Expresarse libremente
- Tomar conciencia de nuestros sentimientos
- Trabajar la confianza
- Trabajar la escucha activa
- Controlar la ansiedad
- Expresión corporal
- Inteligencia emocional
- Estar en contacto con el camino para desarrollar mis metas
- Sentido e importancia del juego (p.49)

Para hacer teatro no es necesario que la persona sea un artista y tenga una cualidad innata para ello, bastará con que quiera divertirse, inventar e interpretar historias, y hacer amigos. Además, el teatro permite el fomento de la autoestima, las personas aprenden a respetar y convivir en grupo, conocer y controlan sus emociones, descubrir lo que es la disciplina y la constancia, además de desenvolverse entre el público.

Elementos del teatro-terapia

Para Kleen (2007) estos elementos son: “Escucha, la confianza, la expresión y empatía” (p. 112)

Materiales y recursos del teatro-terapia

Dentro del trabajo que se realiza en sesión, están comprometidos principalmente el cuerpo y la voz del paciente. Los recursos que se utilizan son: improvisación, juegos de roles, monólogos, teatro de humor, títeres, clown, máscaras teatrales y relatos.

El teatro terapia en las personas con discapacidad intelectual moderada

Para Callejón (2012), el Teatro Terapia brinda la posibilidad de:

- Trabajar con las potencialidades de los pacientes promoviendo su autonomía.
- Mejorar conductas y funcionamientos emocionales, cognitivos, físico-motores.
- Mejorar la capacidad expresiva y creativa, potenciando el desarrollo personal del paciente, fomentando nuevas formas de comunicación, favoreciendo, de esta manera, sus relaciones interpersonales.
- Promover cambios continuos, fortaleciendo el tratamiento integral de los pacientes y mejorando su calidad de vida (p. 21).

El Teatro terapia brinda un espacio para desarrollar la espontaneidad y la creatividad de las personas con discapacidad intelectual. A través de técnicas y ejercicios teatrales, se promueve la identificación y la expresión de emociones con el objetivo de alcanzar una mejor comunicación con los demás y de esta manera acceder a una mayor integración social. Se fomenta la flexibilidad y la resolución de conflictos mediante la dramatización de escenas y sus posibles desenlaces.

Tipo de sesiones

Según Urgilés, (2012) las sesiones de teatro terapia pueden ser:

Individuales: son diseñadas de manera personalizada, de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente. El objetivo es mejorar el funcionamiento de los mismos, proporcionar bienestar y mejorar la calidad de vida. Las sesiones pueden incluir improvisación, elaboración de escenas, monólogos, mímica, relatos, etc. Siempre buscando la integración verbal, emocional y corporal de los pacientes. **Grupales:** son diseñadas especialmente para aquellos pacientes que necesitan mejorar sus relaciones interpersonales y sus habilidades sociales (p. 29).

Las sesiones son diseñadas y consensuadas con un equipo de trabajo interdisciplinario, buscando mejorar el funcionamiento de cada uno de los integrantes en el contexto grupal.

f. METODOLOGÍA

Tipo de investigación y diseño general del estudio

Por el lugar de investigación es de Campo ya que se relaciona directamente al contacto con personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad de la ciudad de Loja y su cotidianidad en base a las dificultades que tienen para relacionarse con las demás personas.

Además, el tipo de la presente investigación por los objetivos es Aplicada por cuanto una vez determinada la problemática, se aplicará una serie de actividades de teatro terapia, orientadas a mejorar su autoestima, a partir de la visión personal de que las personas con discapacidad lograron asumir los roles de la misma.

Por su naturaleza, la presente investigación es de Acción ya que implica la relación directa con los actores sociales y beneficiarios del proyecto logrando que participen en actividades productivas y motivadoras a través del arte.

Por el alcance se considera una investigación analítica correlacional, la misma que permitirá realizar cruce de variables.

Operacionalización de variables

INDEPENDIENTE	INTERVINIENTE	DEPENDIENTE
Autoestima	Teatro terapia	Discapacidad Intelectual moderada

Universo de estudio

Personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, que corresponden a un número de 45.

Selección y tamaño de muestra

Se ha calculado una muestra tipo no probabilístico de 20 personas con discapacidad intelectual moderada.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Los instrumentos utilizados para la medición de la autoestima serán un test de valoración que deberán realizar los adultos que se encuentren en el entorno cercano a la persona con discapacidad intelectual.

Se utilizará dos instrumentos estandarizados para la medición de la autoestima. El primero de ellos, se utilizará para establecer una “línea base” de la que se parte para fomentar la autoestima de la persona con discapacidad.

Posteriormente y tras haber realizado las actividades de teatro terapia pertinentes para el fomento de la autoestima, se efectuará otra medición con la escala de valoración de la autoestima.

Por último, es necesario hacer referencia que los instrumentos aquí planteados se pueden utilizar no solo en discapacidad intelectual, sino que también se pueden realizar personas que no la tengan. El motivo principal es que los elementos de la autoestima son los mismos para todo tipo persona, no cambian.

g. CRONOGRAMA

Tiempo	Enero 2016				Febrero 2016				Marzo 2016				Abril 2016				Mayo 2016				Junio 2016				Septiembre 2017			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación y de aprobación anteproyecto	x	x	X	x																								
Presentación y del de aprobación Proyecto investigación					x	x	x	x																				
Pertinencia y del de coherencia Proyecto investigación					x	x	x	x																				
Revisión de la literatura									x	x	x	x																
Trabajo de campo													x	x	X	X	x	x	x	x	x							
Revisión de informe final																					x	x	x	x				
Ajustes de revisión																					x	x	x	x	x	x	x	
Exposición del Proyecto de Investigación																												x
Trámites y proceso de graduación																					x	x	x	x	x	x	x	x

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL ✓ DOCENTES UNIVERSITARIOS ✓ PERSONAL DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 			
	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS MATERIALES			
RESMA DE PAPEL BOOM	10	5,00	50,00
REPRODUCCIÓN BIBLIOGRÁFICA (HOJAS)	500	0,02	10,00
ADQUISICIONES DE TEXTOS	5	20,00	100,00
SERVICIO DE INTERNET (NAVEGACIÓN)	100	1,00	100,00
ALQUILER DE PARLANTES (DÍAS)	28	20,00	560,00
MICRÓFONO	28	10,00	280,00
ALQUILER DE DISFRACES	20	20,00	400,00
ANTIFACES O CARETAS	10	5,00	50,00
ESCENOGRAFÍA	28	50	1.400,00
RECURSOS FINANCIEROS			
REPRODUCCIÓN DE TESIS	2000	0,20	40,00
EMPASTADO DE TESIS	6	30,00	180,00
TRANSPORTE (VISITAS)	50	12,00	600,00
TOTAL			3.770,00

i. BIBLIOGRAFÍA

Albiach, M. A. O. (2013). Cuando los muñecos curan: títeres, educación especial y terapia. *Revista de Educación Inclusiva*, 6(3), 164-175.

Branden, N. (2005). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Editorial Paidós

Callejón-Chinchilla, M. D. (2012). *Educación y Terapia artística: Implementación de un proyecto de teatro negro*. Jaén: Universidad de Jaén.

Coronel Maurat, J. M. (2015). *El autoconcepto en adolescentes con discapacidad intelectual*.

Enrique, M., & Muñoz, R. (2015). El problema de la autoestima basado en la eficacia. *{PSOCIAL}*, 1(1).

Estrada, M. R. (2015). *Autoestima: clave del éxito personal (Vol. 4)*. Editorial El Manual Moderno.

García-Sánchez, M. J. (2014). *Teatro y discapacidad intelectual*.

Jennings, S. Cattanach, A., Mitchel, S., Chesner, A. & Meldrum, B. (2006). *The Handbook of Dramatherapy [Manual de dramaterapia]*. London: Taylor & Francis Books Ltd.

Huerta, C. M., & Calvillo, M. A. R. (2011). Sexualidad, discapacidad y una Población inesperada. Un tema cada día menos controversial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 27.

Luckasson, R., y Schalock, RL (2013). Definir y aplicar un enfoque funcionalidad a la discapacidad intelectual. *Revista de Investigación de la Discapacidad Intelectual*, 57 (7), 657-668.

Maiz, B. y Güereca, A. (2006). *Discapacidad y autoestima. Actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad física*. México D.F.: Trillas, S.A.

Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), 443-449.

Massó, F., y Gutiérrez, R. (2001). *¡Ponte a vivir!: valores y autoestima*. Madrid: Ediciones Eneida. 103-175

Núñez, M. R., & de Sosa Vaz, Á. (2014). Un modelo de fomento de autoestima para niños y niñas con discapacidad intelectual. *Fermentario*, 1(8).

OMS-OPS – (2010) “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud: CIF”, Organización Mundial de la Salud. Edición en español, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. España

Klee Paul. (2007), *Teoría del arte moderno*, Ed. Cactus, serie Perenne, Buenos Aires. 107-119

Shogren, K. A., Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2014). The definition of "context" and its application in the field of intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 109-116

Urgilés, S., & Alexandra, M. (2012). Búsqueda del Personaje en la Obra "TERAPIA" comedia en tres sesiones y un diagnóstico.

Verdugo, MA, Schalock, R.(Eds.) (2013). Discapacidad e Inclusión: manual para la docencia. Salamanca: Amarú Ediciones, 511 pp. *Estudios sobre Educación*, 27, 243-245

Villanueva, E. R. (2013). INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CONCEPTOS AFINES: AUTOESTIMA SANA Y HABILIDADES SOCIALES. Vol.7.222-343

ANEXOS


MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA	PROBLEMA	MARCO TEÓRICO	OBJETIVOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RESULTADOS
<p><i>FOMENTO DE LA AUTOESTIMA BASADO EN TEATRO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL MODERADA DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LOJA, FEBRERO-JULIO 2016.</i></p>	<p>¿CÓMO FOMENTAR LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL MODERADA, DEL CENTRO DIURNO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ¿FEBRERO-JULIO 2016?</p>	<p>DISCAPACIDAD INTELLECTUAL -Definiciones -Clasificación -Características básicas de la persona con discapacidad intelectual. -Posibles causas de discapacidad intelectual AUTOESTIMA -Autoestima: definición -Componentes de la autoestima -Desarrollo de la autoestima -Características de la autoestima -Importancia de la autoestima AUTOESTIMA Y DISCAPACIDAD INTELLECTUAL PAUTAS DE ACTUACIÓN RECONOCIDAS PARA TRABAJO DE LA AUTOESTIMA -Teatro-terapia -Definición -Objetivos del Teatro-terapia -Beneficios del Teatro-terapia -Elementos del teatro terapia</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Establecer pautas de actuación que fomentan la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS -Reconocer los referentes teóricos y metodológicos del teatro terapia para el fortalecimiento de la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.</p> <p>-Diagnosticar los niveles de autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio</p>	<p>-Científico -Analítico -Sintético -Deductivo -Inductivo -Hermenéutico -Histórico</p> <p>-Científico -Analítico -Descriptivo -Sintético -Deductivo -Inductivo -Histórico -Estadístico</p> <p>-Analítico -Sintético -Estadístico -Analítico -Deductivo -Inductivo -Descriptivo -Histórico</p>	<p>-Test de la autoestima -Registro diario de actividades. -Cuadros y gráficos estadísticos -Análisis e interpretación</p>	<p>Determinación la efectividad de los talleres de teatro-terapia para personas con discapacidad intelectual moderada, del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad a, periodo febrero-julio 2016.</p> <p>Construcción y elaboración del marco teórico Obtención del Test de la autoestima Diseño de materiales y método Tabulación de los resultados y la representación gráfica de cada una de las actividades.</p> <p>Identificación de la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada, del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.</p>


	<p>-Materiales y recursos del teatro terapia</p> <p>-El teatro terapia en las personas con discapacidad intelectual moderada</p> <p>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</p> <p>-Propuesta de Procedimiento en la Intervención</p> <p>-Actitudes positivas y negativas para el fomento de la autoestima</p> <p>-Actitudes positivas y negativas de la sociedad.</p> <p>-Actitudes y conductas del maestro/a</p> <p>-Actitudes de los compañeros de aula</p> <p>-Actitudes de los padres</p>	<p>2016.</p> <p>-Diseñar y ejecutar talleres de teatro terapia en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.</p> <p>-Validar la efectividad de la aplicación de los talleres del teatro terapia para fortalecer la autoestima en personas con discapacidad intelectual moderada del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.</p>	<p>-Analítico</p> <p>-Sintético</p> <p>-Hermenéutico</p> <p>-Deductivo</p> <p>-Analítico</p> <p>-Descriptivo</p>	<p>Aplicación de Test de autoestima basado en autoconcepto.</p> <p>Confirmar a través teatro terapia el fomento de la autoestima personas con discapacidad intelectual moderada, del Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad, periodo febrero-julio 2016.</p>
--	---	--	--	---

ACTIVIDADES:


ACTIVIDAD 1

Tema: Aplicación del Test de la autoestima	Metodología: Grupal	Tiempo: 3 horas
Objetivos: Explorar la opinión que tiene el adolescente con discapacidad intelectual y/o familiares sobre sí mismo, en relación con el comportamiento que en general él muestra.	Descripción: Se aplica en forma individual. 	Materiales: - Participantes - Instrumento impreso


Actividad 2

<p>Tema: ¿Quién soy yo?</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 45 minutos</p>
<p>Objetivo: Describir los aspectos más relevantes de la propia persona.</p> 	<p>Descripción:</p> <p>Se le indica a cada participante que responda a la siguiente pregunta: ¿Quién soy yo? Generalmente las respuestas oscilan entre aspectos físicos, académicos o laborales. Se debe estimular la expresión de aspectos socio-afectivos.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">- participantes- Escenografía


Actividad 3

<p>Tema:</p> <p>Superestrellas</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>30-35 minutos</p>
<p>Objetivo:</p> <p>Describir los aspectos más relevantes de la propia persona.</p> 	<p>Descripción: Se entrega estrellas de papel amarillo a cada participante y se les pide que digan lo que les gusta hacer, o lo que disfrutan hacer, como: Mi nombre es... Me gusta... Me divierto cuando... Yo puedo... Estoy orgulloso (a) cuando... Soy muy bueno (a) haciendo... Me siento bien cuando... Me siento más seguro cuando</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participante - Escenografía


Actividad 4

Tema: Amigo Bingo	Metodología: Grupal	Tiempo: 30 minutos
Objetivo: Reconocer y descubrir los gustos y las características de sus amigos 	Descripción: Se reparte a cada participante las tarjetas de amigo bingo, donde encontraran imágenes de niños alegres, tristes, llorando, sonriendo, cada niño se parará al frente y tendrá que realizar a través de la mímica lo que indica el dibujo. El participante que adivine tendrá que decir Bingo si adivinó y así cada uno realizará la actividad.	Materiales: -Tarjetas con las diferentes imágenes -participantes -Escenografía


Actividad 5

<p>Tema:</p> <p>Yo puedo hacer algo especial</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>20 minutos</p>
<p>Objetivo: Apreciar y valorar el talento de la propia persona</p> 	<p>Descripción: Previamente sentados en el piso en ronda se debate cada uno de los talentos que poseen los participantes, luego se les pregunta si les gustaría tener “un día especial”, después cada uno compartirá su talento con sus compañeros y a continuación los demás aplaudirán.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Una manta-Participantes


Actividad 6

<p>Tema: Yo puedo hacer algo especial 2 parte</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 40-50 minutos</p>
<p>Objetivo: Apreciar y valorar el talento de la propia persona</p> 	<p>Descripción: Según el talento que los participantes indicaron en la sesión anterior, cada uno ante el público demostrará sus dotes, se le otorgará el material pertinente al talento.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Los participantes-Trajes-Escenografía-Micrófono-Parlantes-Música


Actividad 7

<p>Tema: Lanzamiento al futuro</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>40 minutos</p>
<p>Objetivo: Lograr que cada participante conozca sus capacidades para elegir una profesión y proponerles que desean ser en un futuro.</p> 	<p>Descripción: Usando un reloj, lo vamos a envolver en un pañuelo y lo meteremos en una caja. Luego les indicaremos que en la caja hay una máquina del tiempo y que nos transportaremos a unos 15 años al futuro, simulando que entran en un cohete. Luego saldrán del cohete disfrazados de la profesión que han elegido y simularán tal profesión. Como un drama, demostrarán al público.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reloj -Pañuelo -Caja -Cohete de cartón -Disfraces


Actividad 8

<p>Tema: Caras</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>25-30 minutos</p>
<p>Objetivo: Mostrar las cuatro emociones básicas (felicidad, tristeza, enfado y miedo).</p>  <p>© Can Stock Photo - csp6781329</p>	<p>Descripción: Se le presentará al participante unos antifaces con las cuatro emociones y se le va a pedir que se las ubique en su rostro, luego se las saca y explicará que emoción es y finalmente lo hará sin el antifaz</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Antifaces de las cuatro emociones básicas. -Los participantes -Escenografía

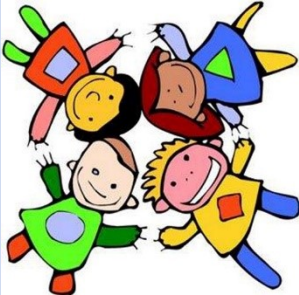
Actividad 9

<p>Tema:</p> <p>La caja mágica</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>30 minutos</p>
<p>Objetivo: Imitar los sonidos de los animales</p> 	<p>Descripción: Cada participante se va a disfrazar del animalito que más le guste y va a imitar el sonido del mismo y los demás tendrán que diferenciar los sonidos</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Disfraces-Escenografía-Los participantes


Actividad 10

Tema: Sobre mi	Metodología: Grupal	Tiempo: 30 minutos
Objetivo: Centrar la atención del niño en aquellas características que lo hacen especial 	Descripción: Hacer que el niño piense por un momento en los aspectos positivos de su vida y su personalidad o de los sueños que tienen. Luego uno por uno se pondrá de pie y expresará finalmente al auditorio y aplaudirán.	Materiales: -Los participantes -Escenografía


Actividad 11

<p>Tema:</p> <p>Manos, corazón y cabeza</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>45 minutos</p>
<p>Objetivo: Resaltar las cosas buenas de los participantes.</p> 	<p>Descripción: Actuarán en una historia donde plasmen sentimientos, tengan movimientos corporales y pueden expresarse.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Escenografía-Disfraces-Participantes


Actividad 12

<p>Tema:</p> <p>Lo puedo hacer bien</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>40 minutos</p>
<p>Objetivo: Reconocer las cosas que, aunque no las puedan hacer bien, hay otras que las hacen de maravilla.</p>  A silhouette of a person in a dynamic, expressive pose, with arms raised and one leg kicked up. Surrounding the person are several colorful handprints in yellow, orange, red, pink, green, and blue. The background is a light, textured pattern of trees.	<p>Descripción:</p> <p>Mediante una dramatización se mostrará cada una de las aptitudes y capacidades que pueden realizar.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Disfraces- Participantes-Historia

Actividad 13

Tema: Voy a repetir	Metodología: Grupal	Tiempo: 30 minutos
Objetivo: Fortalecer la risa en los participantes 	Descripción: Varios participantes se harán a un lado de los demás, el guía y un solo quedará. El animador le contará al participante que se ha quedado una historia con detalles y rapidez, el participante debe estar muy atento. Después se le va a contar al otro participante y así a cada participante, finalmente le contará al último participante y éste dirá la historia. Esto provocará risas y diversión en los participantes.	Materiales: -Una historia -Escenografía -Los participantes


Actividad 14

<p>Tema: Juguemos con los gestos</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 30 minutos</p>
<p>Objetivo: Expresar sentimientos y emociones</p> 	<p>Descripción: Los participantes tienen que expresar lo que se les muestre en una paleta a través de gestos. Se le pondrá a disposición la paleta de gestos y la demostrarán en su cara.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Paleta de gestos-Escenografía-Los participantes


Actividad 15

<p>Tema: ¡Pásalo!</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 30 minutos</p>
<p>Objetivo: Reconocer los defectos propios y valorar sus virtudes.</p>	<p>Descripción: Se entrega a cada participante una hoja donde cada uno escribirá sus defectos, guardará la hoja en un sobre, cerrará el sobre (pegado) y escribirá su nombre. Luego se pedirá a cada participante que pase el sobre a su compañero(a) que está a su lado derecho. Los participantes solo podrán ver el nombre de la persona a quien pertenece el sobre, mas no sus defectos; así se les indica que escriban un comentario positivo sobre la persona a la que pertenezca el sobre. Así continuar pasando el sobre y continuar escribiendo los comentarios positivos de la persona, hasta que cada sobre regrese a cada dueño de su sobre. Indicar que cada niño lea los comentarios que han escrito sus demás compañeros, en silencio; haciendo ver a los participantes que deben controlar sus impulsos y tratar de no dejarse llevar por ellos, que vean la importancia de aprender a controlarse y seguir practicando sus virtudes.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Sobres <div data-bbox="1720 863 2067 1139" data-label="Image"> </div>


Actividad 16

<p>Tema: Los peluches</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 45 minutos</p>
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los aspectos positivos que hay en los demás. - Expresar y recibir elogios adecuadamente. 	<p>Descripción: SECUENCIA 1. Pida a los participantes que se sienten formando un círculo, usted siéntese entre ellos. Sugiera que los participantes vayan pasando de uno en uno al centro y se sienten. (Todos los participantes tienen lápices y un número de tarjetas igual que el número de participantes). (Para agilizar el tiempo, puede dividirse el grupo en dos o tres subgrupos.)</p> <p>SECUENCIA 2. Diga a los participantes que están haciendo el círculo que se concentren en el participante que está en el centro, pensando en cómo es, en los momentos bonitos que han pasado juntos, en las cosas que sabe hacer, etc. Pida que todos escriban en una tarjeta eso bonito que están pasando en ese momento de él y a continuación haga que se lo digan de uno en uno y siempre hablando en primera persona. Ejemplos: “Me gusta...”, “Lo que admiro de ti”, “Pase muy bien contigo cuando...”</p> <p>SECUENCIA 3. Cada participante con un pedacito de Masking, se levanta y pega su tarjeta sobre su compañero que está en el centro.</p> <p>SECUENCIA 4. Ahora pasa otro participante y se hace lo mismo con él, luego pasa otro y así hasta terminar. Pida un aplauso del grupo dirigido a ellos mismos.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pequeñas tarjetas de papel. - Masking <div style="text-align: center;">  </div>


Actividad 17

<p>Tema: Somos buenazos para un montón de cosas.</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 45 minutos</p>
<p>Objetivo: Promover el que los participantes reconozcan todo aquello que les gusta y todo aquello para lo que son buenos.</p> 	<p>Descripción: SECUENCIA 1. Pida que los participantes formen grupos de 3 o 4 personas. Uno de ellos se coloca en el centro y se agacha dejando caer los brazos y relajándose. SECUENCIA 2. Los otros participantes que le rodean hacen un masaje suave con los dedos desde la cabeza hasta los pies como si fueran una ducha. Se hacen tres pases de “champú” de movimientos amplios, con las palmas de las manos y tres pases de ducha solo con los dedos. Luego pasa otro participante y así sucesivamente, hasta que todos y todas hayamos pasado por la ducha. SECUENCIA 3. Ahora el trabajo es por parejas. Explique que primero uno de los dos hará el rol de entrevistador o el otro de entrevistado. El entrevistador pregunta al entrevistado cuáles son las cinco cosas que más le gusta hacer y por qué. Anotará las respuestas. Luego anotará cuáles son las cinco cosas que hace mejor y por qué. SECUENCIA 4. Pida a los chicos que cambien los roles y siga exactamente las mismas indicaciones de la secuencia 2 SECUENCIA 5. Ahora los participantes presentarán a su pareja, pueden hacerlo como si fueran locutores o a través de títeres con dibujos o con poemas, c como un cuento. Como cada uno quiera. SECUENCIA 6. Puede cerrar esta actividad organizando una obra de teatro en la que cada uno eligiera lo que más le gusta hacer y aquello para lo que es mejor, lo represente. Es decir que cada quien representa lo suyo.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papel -Crayones, marcadores, acuarelas o colores. -Cualquier material que sirva para dibujar y pintar - Masking -Unos títeres (pueden ser con medias viejas)


Actividad 18

Tema: Fotomatón	Metodología: Grupal	Tiempo: 20 minutos
<p>Objetivo: Presentarse unos a otros.</p> <p>Explorar la autoestima de cada uno</p> 	<p>Descripción: Por parejas, cada uno dibuja a su compañero mientras le entrevista para presentarlo posteriormente al resto del grupo; incluye preguntas en relación a su grado de autoestima.</p> <p>Advertir que es normal que los dibujos no nos favorezcan, pues casi nadie queda bien cuando se retrata en un fotomatón.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Un folio-Un bolígrafo para cada participante.


Actividad 19

<p>Tema: Descubriendo pensamientos erróneos</p>	<p>Metodología: Grupal</p>	<p>Tiempo: 40-50 minutos</p>
<p>Objetivo: Aprender a desenmascarar los pensamientos erróneos y cómo vencerlos.</p> 	<p>Descripción: Se explica al gran grupo la hoja “Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos”.</p> <p>Se dividen en pequeños grupos. Cada grupo estudiará una hoja de casos, indicando los pensamientos erróneos que encuentre en los distintos casos y escribirá en cada bocadillo un pensamiento positivo alternativo.</p> <p>En gran grupo, puesta en común</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una hoja “Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos” para cada participante. - Varios juegos de las tres hojas de casos y bolígrafos

Actividad 20

<p>Tema:</p> <p>El autoconcepto</p>	<p>Metodología:</p> <p>Grupal</p>	<p>Tiempo:</p> <p>30-40 minutos</p>
<p>Objetivo: Fomentar una visión realista y positiva de sí mismo / a y de las propias posibilidades.</p> 	<p>Descripción: Cada participante dibuja expresión a las caras de la hoja “El autoconcepto” y escribe en ella frases que describan cómo se ve a sí mismo.</p> <p>Las lee a sus compañeros, quienes intentarán descubrir posibles pensamientos erróneos, le harán ver el lado positivo y reforzarán sus cualidades.</p> <p>Se reparte el juego de hojas “¿Qué es la autoestima?” y se explica qué es la autoestima y sus bases.</p>	<p>Materiales:</p> <p>-Hojas “El autoconcepto” y “¿Qué es la autoestima?” para cada participante.</p> <p>-Bolígrafos.</p>

Actividad 21

Tema: Un paso por el bosque	Metodología: Grupal	Tiempo: 55 minutos
Objetivo: Favorecer el conocimiento propio y de los demás. 	Descripción: La investigadora indica a los participantes que dibujen un árbol en un folio, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos o triunfos. Se pone música clásica de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse.	Materiales: <ul style="list-style-type: none">- Papel- rotuladores- música clásica de fondo

EVIDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS TALLERES DE TEATRO TERAPIA.



CUADRO DE EDAD CRONOLÓGICA Y EDAD MENTAL

CUADRO DE EDAD CRONOLÓGICA Y EDAD MENTAL

INSTITUCIÓN: Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad

CIUDAD: Loja

EXAMINADORA: Karen Lorena Elizalde Rodriguez

FECHA: febrero 2017

PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA	PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA	RESULTADOS DE EDAD CRONOLÓGICA	RESULTADOS DE EDAD MENTAL
P.S		34 años	9 años
G.G		20 años	12 años
K.L		14 años	14 años
Y.S		33 años	11 años
L.T		16 años	6 años
K.P		17 años	13 años
L.P		23 años	10 años
J.J.G		26 años	10 años
L.G		43 años	7 años
G.Q		28 años	12 años
	E.R	23 años	23 años
L.M		21 años	7 años
Y.J		40 años	10 años
M.O		20 años	11 años
M.C		18 años	8 años
C.M		27 años	6 años
A.C		16 años	7 años
J.P.Q		24 años	8 años
J.V		18 años	10 años
D.C		24 años	8 años

[Firma manuscrita]

Dr. Ober Estalin Macas Sánchez

Director del Centro Diurno de
Desarrollo Integral para
Personas con Discapacidad
LOJA



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	vii
MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS.....	viii
ESQUEMA DE TESIS.....	ix
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS) SUMMARY.....	2
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL DEL NIÑO.....	8
HABILIDADES SOCIO-EMOCIONALES DEL NIÑO.....	9
LA AFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL.....	9
EL NIÑO Y SUS EMOCIONES.....	10
CONSTRUCCIÓN DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO.....	12
ALTERACIONES DEL DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL INFANTIL.....	13
CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LOS NIÑOS.....	15
CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL DEL NIÑO.....	16

TRASTORNO BIPOLAR.....	17
DEPRESIÓN.....	18
TRASTORNO DE OPOSICIÓN DESAFIANTE.....	19
AUTOCONCEPTO.....	19
DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO.....	21
CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCONCEPTO.....	22
DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO.....	23
DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO PERSONAL.....	24
DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO ACADÉMICO.....	25
AUTOESTIMA.....	28
COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA.....	29
DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.....	31
CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA.....	32
IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA.....	35
PAUTAS DE ACTUACIÓN RECONOCIDAS PARA EL TRABAJO DE AUTOESTIMA.....	36
DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	37
TIPOS DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES.....	38
DIMENSIONES DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	39
CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	43
ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	45
ACTITUDES PARA EL FOMENTO DE LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA.....	49
TEATRO TERAPIA.....	52

OBJETIVOS DE TEATRO TERAPIA.....	54
EL TEATRO TERAPIA EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
INTELECTUAL MODERADA.....	55
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	57
f. RESULTADOS.....	60
g. DISCUSIÓN.....	66
h. CONCLUSIONES.....	69
i. RECOMENDACIONES.....	70
PROPUESTA ALTERNATIVA.....	71
j. BIBLIOGRAFÍA.....	78
k. ANEXOS.....	86
a. TEMA.....	88
b. PROBLEMÁTICA.....	89
c. JUSTIFICACIÓN.....	92
d. OBJETIVOS.....	94
e. MARCO TEÓRICO.....	95
f. METODOLOGÍA.....	115
g. CRONOGRAMA.....	117
h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	118
i. BIBLIOGRAFIA.....	119
ÍNDICE.....	147