

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dificultades en una relación de pareja pueden conducir a la disolución de ese vínculo (Gonzales & Espinoza, 2004). Durante el periodo de interacción de la pareja pueden surgir situaciones que eventualmente se convierten en razones para su separación, tales como: a) falta de amor, b) problemas emocionales, c) dificultades económicas, d) agresión física o emocional, e) dificultades al tener relaciones sexuales, y f) enfrentamiento con la familia extendida (González & Triana, 20001; Gottman & Silver, 2001; Muñoz & Reyes, 1997). En ocasiones cuando las parejas experimentan conflictos en su relación, y estos no se atienden, podrían enfrentarse a dificultades surgiendo la posibilidad de la separación. Usualmente cuando se han agotado las posibilidades de manejar estas dificultades, algunas parejas deciden optar por la separación o el divorcio.

El divorcio se define como la ruptura legal del enlace marital mediante una orden de un tribunal (Benokraitis, 1996; Ribo, 1987). Las cifras de divorcios han aumentado en los últimos años (Gómez & Weisz, 2005).

La consolidación del divorcio y la unión libre, abre paso a las nuevas reconfiguraciones de la familia.

Mongomery (1992) plantea que normalmente el matrimonio o la convivencia para la nueva pareja ocurre varios meses después de haber empezado la relación. Un proceso de galanteo común para las segundas parejas, según los autores es el siguiente: a) el hombre pasa algunas noches por semana en el hogar de la mujer que vive con sus hijos, b) pasan una temporada corta de convivencia a tiempo completo, c) se casan o pasan a la convivencia completa.

Whiteside (1982) defiende que la mayoría de las parejas inician su relación soñando con un nuevo comienzo, esperando evitar los errores del pasado, queriéndose y apoyándose mutuamente de un modo más satisfactorio. Se conocen mejor así mismos y son más conscientes de los inconvenientes de la convivencia y de la realidad de la parentalidad. Además entablar una nueva relación de pareja tras el divorcio refuerza la autoestima de los adultos. No obstante, son muy sensibles, cuidadosos y protectores.

Dentro de las familias reconstituidas, se pueden identificar dos tipos principales de familia, la simple y la compleja. La familia simple, donde hay un padrastro/madrastra que convive con sus hijastros de forma continua. Esta nueva pareja no tiene hijos en común. La familia compleja hace alusión a una pareja que convive de forma continua con sus hijastros y con los hijos que nacen a partir de esta nueva unión (González & González, 2005).

La cualidad de las relaciones entre miembros no biológicos en estas familias depende de la conducta de los adultos y de los niños presentes en ellas. Ligado a la conducta de los adultos, se encuentra el tema del rol que deben cumplir los “padrastros” o “madrastas”. Cherlin (1978) remarcó que la dificultad para determinar el rol que deben ejercer dentro de la familia, radica que la sociedad carece de normas que definan y regulen el cómo operar dentro de ellas. Al no contar con referentes de comportamiento, se generan conflictos y se potencia el estrés familiar, dificultando el establecimiento de relaciones positivas entre adultos y niños no ligados biológicamente.

A diferencia de las familias Biológicas que tienen su punto de partida en el amor, el respeto, compartiendo interacciones, dinámicas y aspiraciones, la conformación de las familias reconstituidas, mezcladas, ensambladas, se reorganizan a partir de una pérdida (un divorcio, separación o de una muerte), familias en la que al menos uno de los adultos aporta hijo/s de unión/es anteriores, marcando así las relaciones entre el padrastro/madrastra y los hijos de su pareja (hijastros).

Como indica Ganong y Coleman (2004) estas familias han sido las familias sin nombre ampliamente aceptado. Se les llamó “reconstituidas”, “mezcladas”, “reformadas”, “recicladas”, “combinadas”, “medio- combinadas”, “recasadas”, “de segunda vuelta”, “de segundas nupcias” o con el prefijo “step” en inglés. Todas estas etiquetas han intentado eliminar el estigma que acompaña a estas familias. Hoy por hoy predomina el término “stepfamily” en la bibliografía de habla inglesa, “reconstituida” en la bibliografía española y de la mayoría de los países hispanohablantes y “ensamblada” en la bibliografía argentina (Salcedo, 2012).

Relevantes son la edad de los “hijastros” al momento que el adulto se incorpora a la familia, y la frecuencia de contacto que estas tiene con su padre biológico. Así mientras menor sea el hijo y más baja la frecuencia de contactos entre este y su padre biológico, existe una mayor probabilidad de que el “padraastro” asuma un rol de “padre” (Marsiglio, 1992).

Adicionalmente se puede hacer mención que el Código niño, niña, adolescente del país establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño niña o adolescente, con el fin de asegurar, un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad, el cual hoy en día se ve claramente violentado, debido a que en muchos casos los padres biológicos delegan responsabilidades a los niños no acorde a su edad, limitándose al suministro de recursos por lo que se incrementan problemas de salud física como mental, abandono del hogar, abuso sexual, maltrato infantil.

En estas, que podríamos llamar construcciones y reconstrucciones familiares, donde al final casi siempre suele faltar el soporte físico y afectivo de los padres biológicos o no, debido a que casi nunca están integrados en los conceptos de convivencia, nacen los principales problemas que hoy afectan a la sociedad: Ausencia de formación

religiosa y de la práctica de virtudes y valores humanos, violencia, consumo de drogas, sexo a temprana edad, adicciones, etc.

La llegada de un padrastro/madrastra al núcleo familiar y la convivencia de esta nueva figura con la niña o niño pueden, en algunos casos favorecer su desarrollo evolutivo y emocional, ya que viene a sustituir la ausencia de la figura paterna o materna.

Según Navarro y Pereira (2000) refieren que el rol más difícil en una familia de padres que ha vuelto a casarse es el de los padrastros/madrastras. Y sabiendo que en las situaciones de divorcio lo más frecuente es que la guarda y la custodia sea dada a la madre lo que hace que los hijos convivan más con un padrastro que con una madrastra, se centren más en la figura del padrastro. Los roles, responsabilidades, derechos y obligaciones de padrastros y madrastras suelen estar establecidos con menos claridad que de los padres biológicos (Fine, Coleman y Ganong, 1988 citado en Arranz y Oliva 2010).

Las investigaciones han demostrado que los miembros de estas familias no están de acuerdo sobre cuál es el rol que el “padrastro” o “madrastra” debe desempeñar (Fine & Kurdek, 1994, citado en Coleman et al, 2000). Lo que toma mayor relevancia, al considerar que la claridad en el rol y la existencia de acuerdo entre los miembros de la familia sobre el rol a desempeñar, se relaciona con un buen ajuste en los miembros de las familias simultáneas (Fine, Ganong & Coleman, 1997).

Por todo lo expuesto anteriormente nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos psicológicos en niñas y niños que viven con un padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos de la Unidad Educativa Luis Calvo del barrio Lourdes de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación científica a través del método comparativo, pretende indagar sobre los efectos psicológicos en las niñas y los niños, debido a que uno de los progenitores se divorcia, enviuda o deja de convivir con su pareja, por esta disolución o rompimiento de la relación marital, los hijos se quedan en custodia de uno de los padres biológicos, pero con el tiempo el padre o la madre busca nuevas relaciones dando lugar a la conformación de una nueva familia, obligando al niño a convivir con un padrastro o madrastra, tal vez exponiendo al niño o niña a experiencias no adecuadas y traumáticas, que pueden ocasionar en su vida cotidiana, situaciones que afecten su desarrollo psíquico, alterar su equilibrio emocional y la socialización con su entorno.

El niño es un ser indefenso que no tiene derecho de emitir opinión ante una nueva relación de pareja, ya sea de su padre/madre, surgiendo en él emociones negativas, que a corto o largo plazo afectan su desarrollo y evolución. El padrastro o madrastra en la vida de los niños (hijastros), son los responsables o colaboradores en su educación y formación como persona adaptable, equilibrada y productiva ante la sociedad.

Por tanto se convierte en un tema relevante puesto que en la carrera de psicología de Tarija no se realizó una investigación similar, aportando y contribuyendo teóricamente a la psicología clínica; así, este estudio ampliar el conocimiento sobre los efectos psicológicos en niños que viven con un padrastro o una madrastra; como ser ansiedad; depresión que es un trastorno del estado de ánimo; autoestima que es la valoración, positiva de uno mismo.

La sociedad a veces actúa como un ente discriminador, etiquetando al padrastro o madrastra como un ser frívolo, superficial, inconsciente, cruel, siendo que estos pueden llegar a ser un apoyo paterno o materno adicional para la niña o niño en remplazo de su progenitor.

Los prejuicios que se tienen acerca de los estereotipos de las familias conformadas por padrastro/madrastra, pueden ser negativos, ya que en algunas familias los padres biológicos, los que tienen que dar cariño, afecto, amor, protección, etc, son más bien los que ocasionan daños físicos, psicológicos, emocionales a sus propios hijos, dejando huellas indelebles en la niña o niño, cicatrices que generan alteraciones en su comportamiento y conducta de la niña o niño, reflejando a futuro relaciones conflictivas, distantes y complejas.

El propósito de este estudio de investigación es el de servir como aporte o referente a las instituciones encargadas de la salud mental de los niños (Defensoría de la Niñez y Adolescencia, SEDEGES, Brigadas de Protección a la Familia, etc.) para que a partir de esta investigación se pueda realizar, según el caso: apoyo psicológico, terapia familiar, orientación personal, para ayudar a sobrellevar la mezcla de sentimientos y conflictos internos que presenten los niños, y logren superar algunos traumas psicológicos que pudieron haberse generado a consecuencia de vivir con un padrastro y una madrastra .

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles, son los efectos psicológicos en niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos de la Unidad Educativa Luis Calvo del barrio Lourdes de la ciudad de Tarija?

2.2 OBJETIVO

2.2.1 OBJETIVOS GENERAL

- Determinar los efectos psicológicos en niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos de la Unidad Educativa del barrio Lourdes de la ciudad de Tarija.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de ansiedad de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.
- Evaluar el grado de depresión de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.
- Determinar el nivel de autoestima de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.
- Describir los rasgos de personalidad de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.

2.3 HIPOTESIS

Hipótesis 1

Las niñas y niños de la Unidad Educativa Luis Calvo del barrio Lourdes que viven con padrastro o madrastra tienen un grado de ansiedad alta y los que viven con sus padres biológicos no presentan grado de ansiedad

Hipótesis 2

Las niñas y los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un grado de depresión alta y los que viven con sus padres biológicos presentan un nivel de depresión nulo

Hipótesis 3

Las niñas y los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un nivel bajo de autoestima y los que viven con sus padres biológicos presentan un nivel alto de autoestima.

Hipótesis 4

Las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra se caracterizan por ser sumisos, con bajo contacto social, son retraídos, con falta de estabilidad psíquica, con bajo nivel afectivo y los que viven con sus padres biológicos son alegres, confiados, tranquilos, sociables, etc.

2.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Ansiedad	Sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir que la aprensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo.	Ansiedad Estado	Aspectos Negativos Aspectos Positivos	Inquietud, nerviosismo, miedo, preocupación, molestia, temor, confusión angustia, contrariedad, tristeza. Calma, seguridad, descanso, agradable, animo, relajación, satisfacción, felicidad, bienestar, alegría, Cometer errores, melancolía, desgraciado, Toma de decisiones,	Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) 1-20 Muy Baja 25-45 Baja

		Ansiedad Rasgo	Aspectos Positivos	enfrentar problemas, preocupación excesiva, enojo, preocupación por pensamientos sin importancia, asuntos del colegio, indecisión, aceleración del latido cardíaco, miedo, preocupación por el futuro, insomnio, sensaciones estomacales, preocupación por los que otros piensen, influencia de los problemas, seriedad en las situaciones, dificultad en la vida, infelicidad	50 Media 55-75 Alta 80-99 Muy Alta
--	--	-------------------	--------------------	--	---

Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un periodo prolongado.	<p>Afectivos: Estado de ánimo irritable, autoestima baja, sentimiento de depresión.</p> <p>Motivacionales: Perdida de interés o placer, deseo de huir de casa, deseos de suicidios.</p> <p>Cognitivos: Problemas de atención, dificultades de memoria.</p> <p>Motores: Pasividad, agitación, lentitud.</p> <p>Físicos: Trastornos en el sueño (falta o</p>	<p>Episodio de llanto</p> <p>Falta de animo</p> <p>Impotencia</p> <p>Insatisfacción</p> <p>Remordimientos</p> <p>Culpabilidad</p> <p>Auto desprecio</p> <p>Autoacusación</p> <p>Deseos de autoeliminación</p>	<p>Inventario de Depresión de (C.D.I) KOVACS</p> <p>31-44</p> <p>Bajo</p>
-----------	--	---	--	--

		<p>exceso) cambios en el apetito, cansancio, subida o bajada de peso, crecimiento y peso que no son apropiados para la edad, quejas físicas.</p> <p>Conductuales: Regresiones ya sea en el habla o en el control de esfínteres, conducta dirigida a lastimarse a sí mismo, problemas de conducta/disciplina, aislamiento social.</p>	<p>Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>Fatiga</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Falta de interés por los demás</p> <p>Distracción</p>	<p>45-52 Media</p> <p>54-80 Altos</p>
	Es la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo,	<p>Autoestima Social:</p> <p>Corresponde al nivel de aceptación y la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares</p>	<p>Soy simpático</p> <p>Mis amigos gozan cuando están conmigo</p> <p>Prefiero jugar con niños menores que yo</p>	<p>Inventario de Autoestima de Coopersmith</p>

Autoestima	expresa una actitud de aprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso.	<p>Autoestima Escolar: Valoración afectiva e interpersonal en el contexto escolar</p> <p>Autoestima Familiar: Conductas relacionadas a las actividades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia</p>	<p>Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela</p> <p>Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa</p> <p>Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo</p> <p>Frecuentemente me incomoda la escuela</p> <p>Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos</p> <p>Me incomodo en casa fácilmente</p> <p>Mis padres esperan demasiado de mi</p> <p>Usualmente mis padres</p>	<p>Igual o Inferior a39 Baja</p> <p>Igual o superior a40 Media</p>
------------	--	---	--	--

		<p>Autoestima General: Nivel total de las conductas relacionadas con estabilidad, confianza, adecuadas habilidades sociales y atributos personales</p>	<p>consideran mis sentimientos</p> <p>Paso mucho tiempo soñando despierto</p> <p>Deseo frecuentemente ser otra persona</p> <p>Desearía ser más joven</p> <p>Soy un fracaso</p> <p>Me entiendo a mí mismo</p>	<p>Igual o superior a 60</p> <p>Alta</p>
Rasgos de Personalidad	Es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan una forma de pensar	Súper yo	<p>Copa en espiral</p> <p>Copa de líneas curvas</p> <p>Conjunto discordante de líneas</p>	<p>Test Proyectivo</p> <p>Test del Dibujo del Árbol de Koch</p> <p>Presencia</p>

III. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico tiene como objeto ser un referente para entender a cabalidad los términos utilizados, a partir del mismo se exponen conceptualizaciones que ayudan a comprender mejor el trabajo.

3.1. INFANCIA

La infancia periodo comprendido entre el momento del nacimiento y los 12 años aproximadamente. Esta primera etapa de la vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, sus características primordiales serán físicas, motrices, capacidades lingüísticas y socioafectivas.

El ser humano desde que nace se encuentra en constante interacción con el ambiente asimilando las características del grupo sociocultural en el cual se encuentra inserto (Montt y Almonte, 2003). En este proceso el niño ira formando una visión de sí mismo y del mundo que le rodea adquiriendo recursos emocionales, prácticos e intelectuales que le permitirán adaptarse (UNICEF, 2006).

Los niños desarrollan procesos de adaptación manifestando emociones en su entorno y su contexto, estos elementos son de vital importancia para la estructuración de su personalidad y de la cual dependen, las relaciones interpersonales que establecen con su entorno. (Lowenstein, 1995).

Según Guardini, (1999) afirma que entre los 8-12 años, (rango de edad en la que se encuentra los niños de la investigación), es la edad en que el problema puede ser más traumático. El niño ya ha salido del pensamiento mágico, pero su capacidad para afrontar la realidad se ciñe a aspectos mayormente concretos. Su respuesta dependerá mucho de la personalidad previa y de la ansiedad que envuelve a la situación, pero, en principio, es una fase donde puede haber más complicaciones.

Es una etapa de laboriosidad pues los niños aprenden habilidades necesarias para poder adaptarse a las exigencias del medio; con grandes deseos de conocer; evitando sentimientos de inferioridad (Boerce, 2001).

Dentro del desarrollo moral los niños, continúan internalizando las normas de la sociedad, es esperable que presenten respuestas pre-convencionales que se centran en el castigo, las recompensas, las figuras de autoridad (Beck, 2004). Observándose crítica a los mandados y prohibiciones (Dorr, 2003).

El desarrollo del pensamiento permite a los niños evaluar sus conductas y capacidades, comparándose con pares, apareciendo la crítica hacia sí mismo y a otros (Montt, 2003).

Los grupos de pares comienzan a hacerse más estables, en donde el niño se siente perteneciente o excluido, siendo una fuente de satisfacción o fracaso para el niño (Montt, 2003).

La adaptación social se refiere a la apertura del niño a participar en grupos sociales, siendo activo en agrupaciones diversificadas y cada vez más numerosas, pasando de la subordinación a la reciprocidad, en donde adquirirá progresivamente comprensión de diversas situaciones sociales, lo que es calificado como inteligencia social (Cubillos y Neira, 1991).

Las interacciones con los padres son de especial importancia para el ejercicio, desarrollo de las habilidades sociales y su calidad positiva o negativa incide en su autoestima. Al respecto puede señalarse que los mismos niños reconocen como fundamental en la formación del auto concepto, el respeto que ellos sienten que les tienen las personas que son más significativas para ellos son: padres, compañeros, seguidos de profesores y amigos. (Macia Diego; 2002:123).

3.2 LA FAMILIA

López y Escudero (2003) consideran que las definiciones de familia, incluyen al menos uno de los siguientes elementos:

- Los miembros del grupo
- Los vínculos entre los miembros
- Sus funciones

Y en base a ello proponen que una familia es como un sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia, afecto y poder condicionados por vínculos sanguíneos, legales o de compromiso tácito y de larga duración, que incluye al menos, una generación con una residencia común la mayor parte del tiempo. Se trata de sistema semihabierto, que busca metas y trata de autorregularse, modelado por sus características estructurales (tamaño, composición, estadio evolutivo, etc.), las características psicobiológicas de sus miembros y su posición sociocultural e histórica en el ambiente.

L. Von Bertalanffy (2000) concibe a la familia como un sistema, una estructura jerárquica, con sus relaciones y sus interacciones intra e intersistémicas; representando un subsistema integrante del marco sistema, que es la sociedad y como intermediaria entre esta y el sujeto. Los sistemas familiares se caracterizan por la totalidad, la circularidad, la capacidad auto correctiva o de homeostasis, y la capacidad de transformación o morfogénesis.

Escartin, Palomar y Suarez (2004) hacen referencia a esta perspectiva de la familia que se concretan, al considerar a esta como un sistema donde la conducta de los miembros esta interconectada entre sí, cualquier alteración producida en una conducta individual, afecta al grupo en sus totalidad; cuyas relaciones familiares son reciprocas

y pautadas, afectando cada forma de comportamiento a las respuestas de los otros, dándose de forma reiterativa y transmitiéndose de generación en generación, de aquí que se considere el problema de un miembro como el producto de la relación entre todos los miembros del grupo.

La importancia de la familia en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y en que, por otra parte, resulta responsable en gran medida de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta (Huís Faquer, 1998 recogido por Navarro 2007).

Según Luna (2000), la dinámica familiar brinda un ambiente seguro físico, social, y emocional, donde el niño puede gozar de un espacio propio para realizar sus actividades; los padres comparten con los niños actividades cotidianas dentro y fuera de la casa, estimulando interacción con otras personas. En lo afectivo la familia tiene un intercambio afectivo donde el niño puede expresar sus emociones positivas y negativas. Los miembros de la familia son capaces de generar un vínculo que permite desarrollar sentimientos de pertinencia, brinda a sus miembros un contexto de afecto, aceptación y respeto; permitiendo tener in espacio donde la familia comparte diferentes actividades. En la relación con el otro el niño requiere reconocimiento y apoyo afectivo de parte de los padres, lo cual permitirá contar con seguridad afectiva para expresar conductas de oposición hacia la autoridad, actitudes agresivas e impositiva al relacionarse con el padre y desarrollar una postura de liderazgo con el grupo de pares.

Los padres son como un espejo de su sonrisa, el niño aprende que es encantador, de su caricia, que está seguro de su respuesta a su llanto, un niño aprende que es efectivo e importante. Estos son los principales fundamentos de su valía y los fundamentos de si autoestima. La relación con un solo padre no es necesariamente patológica, ni la familia con los padres es siempre saludable. (Demo, 1991).

Cuando los padres dan el don de aceptación a sus hijos, cuando los considera realmente, valora y aprecia, proporciona a sus hijos un escudo psicológico de por vida (Mattlaew, 1996).

Wegman (1996) dice que cuando los padres se separan, los niños pueden sentir dolor, confusión, angustia, odio, amargura, sentimientos de fracaso y duda de si mismos.

Al respecto Sorín (1990) dice: cuando los niños ven pelear a sus padres, o se sienten culpables de la pelea o piensan que sus padres no los quieren; es decir en un ambiente familiar hostil conspira contra los sentimientos de seguridad y confianza en sí mismo. Por el contrario relaciones de cordialidad, afecto y respeto dan al niño una especie de protección afectiva y le ofrecen además, un ejemplo positivo de relación con los demás.

Por otra parte, pese a los cambios que ha experimentado la familia en función de la modificaciones macrosociales, esta continua siendo una institución necesaria para el desarrollo tanto del individuo como de la sociedad en su conjunto (Quintero, 2001). Los cambios sociales orientados hacia el desarrollo de la autonomía y libertad personal (Sarquis, 1993), así como la diversidad de opciones en la convivencia, han potenciado el surgimiento de nuevas formas de organizarse en familia (Quintero, 2001).

Desde este punto de vista la familia no solo está condicionada por el tipo de sistema social imperante, sino que, dentro del mismo, sus características varían de una etapa histórica a otra, a su vez a nivel individual las particularidades de los conflictos familiares cambian de una familia a otra por diferentes aspectos.

Por otra parte, en general todos los psicólogos, sociólogos y psicopedagogos de la materia valoran a la familia para el desarrollo de la personalidad del niño hacia la adultez.

Concediendo una gran importancia a la familia porque satisface las necesidades afectivas, de seguridad, de autonomía y la formación de valores e intereses culturales.

3.2.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA

Existen numerosas definiciones de familia, pero todas coinciden en que la familia es el núcleo social básico que proporciona un modelo, un patrón de convivencia y de educación para los hijos, en la familia se forman y fortalecen los valores (positivos o negativos) que sirven para evaluar la conducta de sus miembros, señalando el rumbo que seguirán en su tránsito de la vida.

“La familia puede ser vista como una especie de trueque: los valores que se intercambian son: amor, alimento, protección, bienes materiales e información”. (Akeman, 1988).

Según Navarro (2007) la familia es el primer contexto socializador y aunque no se constituye como el único, es donde se adquiere primariamente los elementos característicos de la propia cultura, los valores y creencias, la información acerca del modo en que se estructuran las relaciones sociales en la sociedad, el modo en que hay que comportarse en cada situación e, incluso, el modo en que se llega pensar y sentir sobre uno mismo. La familia fundamentalmente es el lugar en el que se produce la procreación, la crianza y la socialización de los hijos, entre otros. Sin embargo, la importancia de la familia no se reduce a la socialización, sino que a lo largo de toda la vida la familia suele ser la principal fuente de apoyo. Aunque las relaciones familiares no están exentas de conflictos, la familia es el primer lugar al que se recurre en busca de ayuda de tipo material y emocional. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y por tanto un elemento clave del bienestar psicosocial.

Resaltan la importancia de la familia como agente socializador en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y posición individual dentro de la red intergeneracional.

La familia determina el destino emocional del hijo, afectando también el desarrollo emocional de sus miembros, de esta manera podemos decir que la estabilidad de la familia depende del complicado patrón del intercambio y equilibrio emocional.

3.2.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura de la familia empieza con la unión conyugal del hombre y la mujer.

La fecundación y la procreación son los valores primordiales en las estructuras tradicionales, pero el tipo de estructura familiar va a depender del tipo de matrimonio que se haya formado. Las bases para un determinado tipo de pareja radican en: Los espacios emocionales, en la que la conducta de uno de ellos tenga una consecuencia activa en el comportamiento del otro. El campo relacional, la pareja a lo largo de su encuentro y adaptación de uno a otro hacen posible la elaboración de una serie de pautas, reglas. El área de autonomía, la cual contiene los aspectos del amor maduro y la productividad de la pareja. Para que la pareja viva en armonía debe sintetizar los tres aspectos de forma simultánea (Milan y Serrano, 2002).

Como sugiere Espina (2010): La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos de interacción de sus miembros. Opera a través de pautas transaccionales, que son transacciones repetidas acerca de la manera, cuando y con quien relacionarse.

Éstas apuntalan el sistema y regulan la conducta de los miembros. Son mantenidas mediante dos sistemas de coacción:

- 1.- Genérico: normas universales que gobiernan la organización familiar. Ejemplo, la jerarquía de poder.
- 2.- Idiosincrásico: expectativa mutua de los miembros de la familia; su origen está en los años de negociaciones explícitas e implícitas.

Las pautas permanecen dando eficacia funcional y, a su vez, una resistencia al cambio.

Las transformaciones se dan cuando deben responder a cambios internos y externos.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, que pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. En cada subsistema hay diferentes niveles de poder y se aprenden habilidades diferenciadas.

La estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. La familia tiene una estructura que se encuentra en movimiento.

Se define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. El sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y qué forma (Eguiluz, 2004).

3.2.3 TIPOS DE FAMILIA

Según Valdez (2007), existen dos clasificaciones de las tipologías de familia dependiendo de la dinámica de sus relaciones y de su composición, Estas son:

Por organización y funcionamiento:

- a) Familias no convencionales: aquellas que se alejan de un esquema culturalmente establecido de los roles masculinos y femeninos. “Estas parejas manejan un alto grado de conflicto asociado al hecho de invertir los roles culturalmente establecidos” (Bourin y Meler 1998 en Valdez 200).
- b) Familias en transición: son las familias donde parcialmente se han invertido tanto los roles como las estructuras de poder.

- c) Familias tradicionales: poseen una estructura de autoridad donde evidencia un claro predominio masculino, existe una división sexual del trabajo, el padre es valorado de manera especial por su rol de proveedor u la madre por sus papeles en las labores del hogar.

Por su composición:

- a) Familias nucleares: constituidas por un padre, una madre y los hijos que viven en un mismo hogar, es identificada como la familia ideal en la sociedad.
- b) Familias monoparentales: aquella familia que tiene la presencia de un solo cuidador a cargo de sus hijos.
- c) Familias reconstituidas: cuando existe una relación materna o paterna filial anterior a la relación de pareja actual.
- d) Uniones libres: cuando los miembros de una pareja han decidido vivir juntos con la intención expresa de perdurar, pero por una razón u otra no han formalizado su relación a través del matrimonio.

3.3 Familias Reconstituidas

Dentro de las familias reconstituidas, se pueden identificar dos tipos principales de familia, la simple y la compleja.

1.- La familia simple: donde hay un padrastro/madrastra que convive con sus hijastros de forma continua. Esta nueva pareja no tiene hijos en común.

2.- La familia compleja: hace mención a una pareja que convive de forma continua con sus hijastros y con los hijos que nacen a partir de esta nueva unión (Gonzales y Gonzales, 2005).

Una estructura familiar en la que al menos uno de los miembros de la familia aporta algún hijo fruto de una relación previa, lo que convierte a estos adultos en padrastro y o madrastra de los hijos biológicos de su pareja Gorrell y Burchard (1998).

Serrano (1986) y Krahenbutl (1989) prefieren traducir “stepfamilies” como “familiastras”, aunque no existe ese término en castellano y a pesar de la carga negativa que conlleva el sufijo “astra”, especialmente aplicado a la madrastra (en el diccionario ideológico de la lengua castellana el sentido figurado de ese término es “cualquier cosa molesta o perjudicial”).

Gorrell (1990) se forma a partir de la muerte del cónyuge anterior, de un divorcio o una separación. Es importante señalar que el padre biológico ausente forma parte de la familia reconstituida, los padrastros son padres adicionales, pero no sustitutos, pues el padre biológico es quien tiene los derechos legales y emocionales sobre sus hijos.

Lo anterior hace referencia a que la conformación de una nueva familia, puede darse por muchos motivos o circunstancias, que pueden afectar a sus integrantes demostrando rechazo, indiferencia, y requiere reorganización y adaptación de todos sus miembros convivientes.

3.3.1 Origen de las familias Reconstituidas

Cintron Bon, Serrano, y Walters (2008) opinan que se puede objetar que las familias reconstituidas surgen de una pérdida, si se parte del concepto Freudiano de considerar que cualquier pérdida significativa desencadena una reacción de duelo.

Los puntos de partida de estas familias son: la muerte de uno de los cónyuges, la separación y el divorcio previo de uno o los dos cónyuges. En ambos casos de constituyen pérdidas fundamentales para el resto de los miembros de las familias, de manera que como señalan, la primera tarea de la familia reconstituida será la de aprender a manejar con las pérdidas y los cambios (Pereira, 2011).

Separación: La separación es un proceso en el que la pareja de convivir con el cónyuge sin llegar a la disolución legal del vínculo matrimonial (Blades, Mckay, y Rogers, 2000).

Divorcio: Es la ruptura del vínculo matrimonial, mediante sentencia declarada judicialmente (Camacho, 2005).

Las personas divorciadas pueden involucrarse en una nueva relación que culmine en un segundo matrimonio y, por ende, lleve a la formación de una familia reconstituida (González y González, 2005).

Según Vallejos, Sánchez y Sánchez, (2004), el divorcio genera repercusiones en aspectos emocionales de los hijos. La ausencia de una figura paterna o materna genera reacciones de temor, tristeza, pérdida, conmoción e infidelidad; esto puede influenciar un sentimiento de desconcierto e ira frente a sus padres, suponiendo un impacto negativo en el desarrollo global de los hijos.

Viudez: Es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento; si es un varón se le llama viudo. La muerte del cónyuge, especialmente si se produce de forma inesperada, provoca un estado de shock, de obnubilación intensa que configura la primera etapa del duelo. La superación de esta etapa se produce cuando la viuda/o acepta la realidad de la pérdida. Sin embargo, esta aceptación produce un dolor tan intenso, por lo que a veces se produce una negación de lo sucedido como forma de combatir ese dolor. Esta negación, que se acompaña a menudo de una búsqueda del fallecido, es otra de las etapas del duelo, y sólo su superación posibilitará el paso a la reacción emocional duradera, cuyo final vendrá con la resolución del proceso de duelo (Pereira, 2011).

3.3.2 Tipos de familias reconstituidas

Krahenbuhl (1989 citado en Espina, 2010) habla de cuatro tipos de familias reconstituidas:

1) Con madrastra. - El padre que vive con sus hijos se une a otra mujer. Si la madre biológica vive, el que no se quede con los niños puede deberse a algún problema, no siendo infrecuentes el maltrato infantil, enfermedad mental o adicción. En este caso, la competencia con la madrastra y el conflicto de lealtad en los hijos será la regla.

2) Con padrastro. - Es la más frecuente, ya sea por divorcio o por viudedad. La adaptación es más fácil porque el hombre, si trabaja, está menos tiempo en el hogar. El padrastro puede aparecer como el salvador de la familia, aunque los problemas de lealtad en los hijos y las rivalidades si el padre biológico vive, también estarán presentes.

3) Con padrastro y madrastra. - Cada miembro de la pareja trae sus propios hijos a la familia, y quedan fuera dos padres biológicos. El choque de ideologías y estilos educativos y las diferencias entre hijos propios y ajenos con escollos habituales.

4) Con hijos comunes. - En cualquiera de los otros tipos la nueva pareja tiene un hijo. El tener ese hijo puede estar motivado por el deseo de ser una familia nuclear normal o simplemente por querer tener un hijo juntos; si la relación anterior fracasó, puede estar presente la fantasía de que ese hijo será diferente porque se quieren, lo mismo que será distinta la historia de su relación. Las diferencias entre hijos e hijastras pueden ser aquí bastante dramáticas.

Serrano (1986) puede actuar de aglutinante familiar si los hijastros son adolescentes.

3.3.3 Mitos y estigmas

Ganong y Coleman (2004) plantean que la ideología de la familia nuclear, es decir, tratar a la familia nuclear como la norma a partir de la cual hemos de evaluar el resto de los paradigmas familiares, ha influenciado profundamente el contexto de las familias reconstituidas y ha creado tres percepciones sociales acerca de la identidad de ellas.

1.- La familia reconstituida como institución incompleta. En los años 70 Cherlin (1978) plantea que el recasamiento es una institución incompleta porque carece de directrices y normas para el desempeño de los roles de sus miembros, no cuenta con métodos socialmente aceptados para la resolución de sus conflictos y tampoco cuenta con apoyo de las instituciones. Además, sus términos son confusos (en inglés el prefijo step- y en español la terminación- astro/a) y dificultan la metacomunicación entre los miembros. Todo ello constituye a un mayor estrés para estas familias y a índices más altos de divorcio.

2.- La familia reconstituida como una desviada o deficitaria forma de familia (Ganong y Coleman, 2004). Se percibe como la consecuencia de un fracaso matrimonial y un hogar roto. Estas familias a menudo ocultan su verdadero estatus para evitar reacciones indeseables por parte de los demás. No obstante, se este modo no puede ser ayudadas por las instituciones y se aíslan. Se recalca el lenguaje dañino que se emplea para hablar de ellas, la gran cantidad de mitos que la rodean y la imagen negativa que tienen las madrastras debido a los cuentos infantiles y los padrastros debido al cine.

3.- La familia reconstituida como familia nuclear reconstituida (Levin, 1993). Dado el estigma que sufren no es de extrañar que se presenten como familias de primer matrimonio e intenten seguir el “modus operandi” de las familias nucleares. Así cuentan al menos con el apoyo normativo dirigido a las familias convencionales,

evitan el estigma y la desaprobación social y sienten que se convierten de nuevo en “familias normales” (Ganong y Coleman, 2004).

La ideología de la familia nuclear, da lugar a numerosos mitos, es decir creencias sociales que impregnan las narrativas que se constituyen alrededor de estas familias, Gnong y Coleman (2004) señalan los siguientes mitos:

- A los hijastros no les agradan los padrastros /madrastras.

- Los hijastros tienen más problemas que otros niños.
- Las familias reconstituidas son iguales que las demás familias.
- Padrastrros/madrastras e hijastros nunca pueden aprender a quererse.
- La adopción de los hijastros transforma las familias reconstituidas en nucleares.
- Los hijos solo deben ser leales a sus progenitores.
- Los padrastrros y madrastras deben querer enseguida y fácilmente a sus hijastros, llamado también “flechazo” entre padrastrro/madrastra e hijastro (Olsen y Stephens, 2003).
- Los padrastrros y madrastras son malos y dañinos.

Olsen y Stephens (2003) añaden que a menudo el mito de la familia nuclear se ve acompañado por el mito de que “un segundo matrimonio es la oportunidad de corregir errores del pasado”. En este sentido también señalan el mito de que el padrastrro o madrastra deben compensar las funciones parentales que el otro progenitor no asume. Carter (1996) señala al respecto: “es como si el hogar deshecho” pudiera y debería ser reparado, tras lo cual las cosas volverían a su cauce normal y tendríamos así la familia “otra vez intacta” de nuestros sueños”.

El papel del padrastrro o madrastra tiene un esquema negativo y hostil ante la sociedad y muy desprestigiado históricamente, ya que algunos apuntan a que no son madres, ni amigas, ni colegas, emprendiendo un arduo camino en el que el paso del tiempo acabara definiendo su papel en esta nueva familia.

3.3.4 Responsabilidades, rol, derechos y obligaciones

Ripoll (2013) hace referencia a las decisiones de crianza, un tema importante es la educación de los hijos en las familias reconstituidas ya que, este es otro de los conflictos que más se presentan en estas. Los padrastrros y las madrastras tienen diferentes acercamientos a la crianza por las expectativas que hay sobre su rol de género. En las madrastras, éstas expectativas son mucho más claras pues, se espera que estas adopten las características y comportamientos de cuidado propios del rol

materno. Sin embargo, la participación de esta nueva pareja en los aspectos de crianza está influenciada y en cierta medida depende del padre o madre biológica, siendo este un proceso gradual.

Montoya y Peñalosa (2010), establecen que estos evolucionan y se definen en a través del tiempo sin necesidad de hacerlo explícitos. Además, se ha encontrado que estos se constituyen a partir de la identidad de género que ha desarrollado la persona dentro de la sociedad. Es decir que independientemente de que el hombre sea padrastro o padre biológico cumple un rol de protector y proveedor, mientras que la mujer cumple un rol maternal y de ama de casa.

En cuanto a las relaciones y dinámicas de estas familias, se trata de familias mucho más complejas, donde más personas se encuentran involucradas en la convivencia y en la toma de decisiones, pero además, con el agravante de haber transitado un periodo de pérdidas y cambios, que les significo la separación de su anterior familia (González y González, 2005).

Por otra parte, se ha identificado que las familias reconstituidas no presentan un reconocimiento a nivel legal. Dejando desprotegidos a padrastros y madrastras que quieran hacerse cargo de los hijos de su pareja y adquirir su custodia. En varias ocasiones son los padrastros y madrastras quienes responden económica y / o efectivamente a las necesidades de su hijastro/hijastra sin ser reconocidos como una figura legal. En los casos de familias reconstituidas se manifiesta el vacío legal y limbo jurídico en el que se encuentran estas nuevas figuras para las que no existe nombre (Bourdieu, 1996 En Rivas, 2010)

Church (2004) analizó específicamente las percepciones de las madrastras acerca de la familia y su rol dentro de ella. Los resultados del estudio de 104 madrastras dieron 5 categorías:

- Veintitrés madrastras consideraban la familia nuclear como el ideal de familia: estas madrastras querían que se les llamara “mamá”, tenían muchas dificultades con aquellos hijastros que mantenían un fuerte vínculo con su madre biológica o hacían las funciones de madre sin reconocimiento.
- Veintiocho madrastras cogían como referencia a la familia extensa: estas madrastras hacían una definición más amplia de familia y consideraban que su rol era complementario al de su esposo, por ejemplo, como una tía de los niños.
- Treinta y dos madrastras tomaban como modelo de la familia la pareja: enfocaban en la relación marital, veían como secundaria la relación con sus hijastros y consideraban que estos “veían en el lote”, por lo que mantenían una relación amistosa con ellos.
- Dieciocho madrastras entendían como familia sólo biológica, por lo que excluían a sus esposos y sus hijastros de definición de familia.
- Solo tres madrastras consideraban que no eran una familia y se veían a sí mismas como “extrañas”.

Visher y Visher (1990) consideran que los padrastros y las madrastras deben optar por un modelo amistoso, al menos al principio, dejando que el propio progenitor se encargue de la disciplina, usando ellos un estilo parental “de apoyo” hacia sus hijastros, o apoyando la disciplina que les impone a su pareja. Además, los que eligen ese papel de mayor apoyo a sus hijastros antes de pasar a implicarse en su disciplina, refieren mayor satisfacción en su relación con ellos (Hetherington, 1999; Bray y Kelly, 1998; Hetherington y Kelly, 2002).

Whistleside (1989) matiza al respecto que los niños suelen tener mayor dificultad en conectar con su padrastro o madrastra, cuando se sienten rodeados de tensión, sensación de pérdida y demandas de lealtad; todos ellos aspectos asociados a una coparentalidad disfuncional entre los progenitores.

La investigación de Schmeekle (2007) señala que la madrastra se engancha en un rol tradicional de género: se encarga de los cuidados de sus hijastros e invierte mucha energía en crear un vínculo cercano con ellos. A menudo la madrastra ayuda a su marido a tener una buena relación con sus hijos, hallazgo que confirma también Ganong y Coleman (2004). Pero la conclusión de Schmeekle (2007) van más allá: la relación con sus hijastros puede incluso, con esfuerzo durante un largo periodo de tiempo, convertirse en más importante que la relación que estos menores tienen con su propio padre. Además, Schmeekle evidencia la cuestión de género, por un lado, en el rol activo de la madrastra por unir a la familia, incluyendo a sus hijastros, y por otro, en el rol del padrastro de brindar un generoso apoyo instrumental, centrando en lo económico y lo ocupacional.

Cherlin y Furstenberg (1994) señalan que el parentesco entre padrastro/madrastra e hijastros no se adquiere con la mera reconstitución, sino se gana con la creación de una relación, un vínculo entre los dos.

3.4 ANSIEDAD

Spielberger (1973) define el estado de ansiedad como las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, que la aprensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo.

Spielberger (1980), señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

Cuando la ansiedad es intensa, origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad (deseos de correr, ocultarse y gritar) presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación en el individuo, a si también puede haber un sentimiento de irrealidad. Situaciones que indican que la ansiedad se entienda

como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (Spielberger, Pollans y Wordan. 1984).

El individuo realiza una evaluación subjetiva respecto del grado de amenaza que implica una situación o evento y según esta interpretación se produce la activación de un estado emocional con concomitantes fisiológicas y cambios bioquímicos que activan reacciones de emergencia (Spielberger 1988 citado en Cambiaso y Vilaseca, 1992).

La ansiedad es un proceso absolutamente normal en el ser humano, una respuesta automática que se produce en el cerebro primitivo cuando interpreta que existe un peligro para la vida. Cuando existe un motivo real, la ansiedad moviliza a la persona a enfrentarse al peligro. Sin embargo, cuando el peligro no es real, lo que ocurre es que la persona se bloquea y queda indefensa. (Ros, 2004).

Feldman (2004) la ansiedad es una sensación de aprensión o de tensión, en reacción a situaciones estresantes. Esta es una reacción normal, la cual suele ayudar a no perjudicar el funcionamiento diario.

Para Coleman (1975), el miedo y la ansiedad están estrechamente relacionados, ambos son variantes mutuas. El miedo, por un lado, es la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar. Es la respuesta a una situación real de la vida. La ansiedad en cambio es un estado ampliamente diferente y difuso de aprensión. No se relaciona con el peligro específico. Caracterizada por una sensación que todo lo invade, un sentimiento de peligro que proviene de una fuente desconocida. Acompañándose de una sensación de cambio junto con la incapacidad para manejarlo, evitarlo o huir del mismo. A diferencia del miedo, la ansiedad activa una serie de reacciones en cadena que se combinan, que algunas veces son irreversibles y habitualmente son incontrolables. El equilibrio entre una amenaza y la reacción a la misma acostumbra a guardar proporción, pero cuando la ansiedad es grave, se destruye este equilibrio y

deja de existir una relación razonable entre la intensidad de la causa y la fuerza de la reacción.

La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligrosos anticipados. Es una conducta emocional compleja, con respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, generalmente asociada a situaciones o estímulos concretos. Uno de los principales aspectos de la ansiedad es que señala la existencia de patrones individuales o tipos de reactividad individual que permiten su reducción de la manera más eficaz para cada individuo (Ost, Jerremalm y Jansson, 1998).

Muchas de las reacciones de ansiedad según Castro (1998) se manifiestan en inquietud, desasosiego, temblor, imposibilidad para permanecer sentado, actos repetidos de frotarse las manos, tocarse el rostro o los cabellos, o gestos similares.

Según Hurtado (1998) los niños actualmente se ven expuestos a mayores niveles de ansiedad y miedos a causa de saber que sus padres no se encuentran en condiciones de protegerlos indefinidamente. Las niñas y los niños con este tipo de temores, como afirma Gonzales y García (1995) la inhibición conductual, que se definen como la tendencia a una timidez extraordinaria o presentar miedo y aislamiento en situaciones nuevas y/o desconocidas.

En las manifestaciones de ansiedad en inquietud e hipersensibilidad, se presenta un nivel de mediana magnitud, esta categoría está referida a los reactivos que contiene la palabra preocupación o bien sugieren que la persona es miedosa, nerviosa, de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales (Reynolds y Richmond 1997).

Además, Ramírez, Rocha y Castillo (2003) encontraron que los niños y adolescentes maltratados presentan niveles altos de ansiedad estado y rasgo, así como Bassas y Tomas (citado por Chapi, 2012) señalan como las causas generadoras de ansiedad a la historia familiar, antecedentes genéticos, ambiente social que muestran como

marcadores principales la excesiva preocupación de su persona, temor a actuar en público y relacionarse, sensación de cansancio y algunos síntomas fisiológicos.

3.4.1 Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Baeza y Balagar (2008), afirman que los síntomas de la ansiedad son muy variados, y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- **Físicos:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. En casos muy extremos, alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- **Psicológicos:** Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura, o al suicidio.
- **De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
- **Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia

a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

- **Sociales:** Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

3.4.2 Causas

Carson y Butcher (1992), agregan un factor adicional, esto es: la cultura; y clasifican la causa de la ansiedad en tres grandes áreas:

Causas biológicas: mencionan que el factor hereditario juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. Algunos estudios han demostrado que existe una tendencia al apareamiento de la ansiedad en grupos familiares, aunque es difícil determinar el hecho de haber nacido y crecido en un ambiente familiar ansioso y en qué medida depende de la genética.

Causas psicosociales: en la génesis de la ansiedad estos factores parecen ser muy importantes ya que se relacionan los factores a los traumas fisiológicos en la infancia, patrones patológicos en la familia y en la relación padre-hijo así como las relaciones interpersonales. Se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado.

Causas socioculturales: no ha sido investigado con profundidad, pero se ha demostrado que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad. Una de las diferencias es el tipo de reacción que cada persona posee para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se desarrolla.

3.4.3 Tipos de ansiedad

- **Ansiedad estado** Es un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención, aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad estado tiende a ser modificable a lo largo del tiempo. Existirán ocasiones en que este tipo de ansiedad se eleva o posee una alta intensidad, en ese caso se denomina como ansiedad aguda (Spielberger, 1966).

El proceso de ansiedad se manifiesta a través de la secuencia de eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y comportamentales.

Las reacciones a las situaciones angustiosas se basan en las percepciones e interpretaciones que cada individuo le atribuye, no obstante, algunas situaciones son más angustiosas que otras (Spielberger, 1982).

Este proceso puede ser desencadenado por un estímulo estresante que se ha interpretado como peligroso o amenazante, o ser un pensamiento que pronostica una amenaza o que le causa, al recordar una situación anterior peligrosa.

Los sujetos que presentan mayores niveles de ansiedad como predisposición de personalidad que viene ser ansiedad rasgo, tiendan a formar condicionamientos más rápidos y estables por presentar un subsistema del sistema nervioso autónomo lábil y sobreactivo (Rojas, 1984).

-Ansiedad rasgo: La ansiedad se encuentra a niveles altos, relativamente estable, que se caracteriza en individuos que presentan una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras; así mismo, observa un estilo característico o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, siendo esta conocida como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo; teniendo así mayores posibilidades de ser más vulnerables al estrés, donde a su vez considera un gran número de situaciones como peligrosas (Spielberger, 1966)

Por otro lado; los sujetos con rasgo de ansiedad muy bajos se las puede considerar como personas insensibles o indiferentes con las demás personas. En general, las personas con alta ansiedad peculiar son más vulnerables a la evaluación de los demás porque se subestima y les falta confianza en sí mismo (Spielberger, 1982).

3.4.4 Ansiedad en niños

Sobre la ansiedad infantil en la niñez, González y García (1995) han afirmado que son múltiples los factores que pueden producir “desequilibrio” entre la demanda de los estímulos y las respuestas del niño: nacimiento de los hermanos, ingreso a la escuela, exigencias familiares, divorcio o separación de los padres; eventos que provocan que el infante pueda sentirse desbordado, inadaptado.

Los niños en especial los varones que viven con la madre divorciada tienen más problemas sociales, académicos y antisociales que los niños que viven con los dos padres. (Wegman, 1996).

Orgiles, Espada, Piñero (2007) revelan que los niños que han sufrido el divorcio de sus padres presentan problemas de conducta a diferencia de los niños que viven con ambos padres.

Según el Dr. Mejia, (1999): “las heridas más profundas de nuestra vida, generalmente son las que proviene de nuestra niñez y de nuestra familia”. Una familia que funciona mal ejerce una presión constante que deforma emocionalmente de por vida a aquellos que se crían en ella.

Martínez (2005), la ansiedad en los niños puede ser una reacción normal del desarrollo o puede ser una señal de disfunción. Hay muchas razones por la cual un niño puede sentirse ansioso dentro de su desarrollo normal. La ansiedad se puede presentar como medios constantes, rehusar ir a la escuela, dolores o molestias físicas sin explicación, dificultad en separarse de los padres o dificultad en el sueño.

Soutullo (2008), en los niños normalmente abundan los miedos, tanto a los extraños o personas ajenas al círculo familiar, como a los ruidos fuertes, animales, tormentas, la oscuridad. La mayoría de estos miedos se resuelven espontáneamente al ir creciendo el niño. Pero si el niño tiene un miedo exagerado o desproporcionado que interfiere con su vida diaria, esto puede indicar que existe un problema de ansiedad.

Según Aldana (2009) la ansiedad por separación en los niños (as) que padecen este trastorno suelen presentar malestar excesivo y recurrente al estar separado de su hogar o de las personas con las cuales existe cierto vínculo requieren conocer el paradero de las figuras de apego, que estén en constante contacto con ellos, puede vivir fantasías de daño hacia los otros como accidentes o circunstancias que les impidan volver a verlos, suelen tener miedo a perderse y no volver a reencontrarse con sus figuras de apego.

Cárdenas (2010) se refiere a que un factor de riesgo pueden ser los padres controladores y sobre protectores, que probablemente no son capaces de identificar la ansiedad que experimentan sus hijos, o peor aún, considérela normal.

Sin embargo, hay que tener en cuenta de acuerdo con Vallejo, (2009) que algunos casos de ansiedad se evidencia presencia de síntomas depresivos tal y como lo revelan algunas valoraciones, en las cuales plantean que “entre un tercio y la mitad de los pacientes con uno de estos trastornos presentan síntomas del otro”. De la misma forma el estudio realizado por Gonzales, (2009) revelo que tres de cada cuatro casos diagnosticados con ansiedad presentan síntomas depresivos, lo cual puede también ocurrir lo contrario.

En la infancia los rasgos de temperamento están relacionados con las posteriores manifestaciones de la ansiedad tanto en niños como en niñas. Los estudios realizados en relación a los rasgos de temperamento y la predisponían al desarrollo de la exteriorización e interiorización de síntomas muestran que los niños caracterizados de confiados y con tendencia explorar situaciones nuevas tienden a presentar significativamente menor ansiedad en la niñez y adolescencia. Las niñas que son pasivas tímidas, miedosas y que evitan las situaciones nuevas, presentan significativamente una mayor probabilidad de manifestar ansiedad en edades posteriores (Sandin, 2001).

Las investigaciones relacionadas con la prevalencia en la población infantil de ansiedad y depresión no solo ponen de manifiesto la importancia de reconocer que el diagnóstico forma parte de las estrategias de prevención, sino que también demuestran que la psicología deberá tener en cuenta que la variable edad de inicio, se constituye en un factor esencial a la hora de hacer pronóstico sobre la mejora y consecuencias futuras. El ministerio de protección social (2003) reporto que “para el caso de los trastornos de ansiedad, su aparición ocurre entre los seis años y los veinticinco años de edad, dependiendo del trastorno específico, lo que coincide con las etapas en las que más se reciben quejas por parte de padres y maestros. Esto pone

en evidencia el impacto de la ansiedad sobre los entornos socio-afectivos y escolar (Esparza & Rodríguez, 2009).

3.5 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del humor y de la disminución del estado de ánimo que se describe como un sentimiento de tristeza, con un grado de pérdida de interés y la dificultad para sentir placer en las actividades habituales. Como frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital. El episodio depresivo está acompañado por lo general de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. En alguna persona con episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero esto implica un esfuerzo muy importante y mayor (Acosta, 2011).

La depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de angustia, pérdida de interés, también afecta los hábitos alimenticios, ciclos de sueño y autoestima, alteraciones de la concentración y de la memoria, así como de síntomas físicos como disminución de la libido, entre otros (Díaz, 2013).

Lara, Acevedo y López (1998), indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva y como trastorno clínico. Para Lara (1999), la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse, más allá de meses o años.

Considerada en su dimensión clínica, la depresión, no está todavía bien delimitada a nivel conceptual (Polaino-Lerente, 1988), más se puede entender la depresión como:

1.- Un síntoma (humor disfórico), que puede surgir en ocasiones sin causa aparente o bien, aparece como respuesta a un desajuste o a una pérdida importante, o incluso manifestarse sin que forme parte de un síndrome o desorden depresivo.

2.- Un síndrome (donde se consideran cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras), puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones patológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo).

3.- Un desorden clínico, en donde se manifiesta un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, además, de manifiestan ciertas características específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, en donde es posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos y familiares.

La depresión es una reacción a la pérdida, un evento que ocurrió en el pasado; la tristeza y la depresión pueden estar asociados, aunque tienen muchas características en común son diferentes sentimientos (Antonini, 2013).

3.5.1 ¿Qué es la Depresión?

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

Desde el punto de vista clínico, la depresión es compleja y puede ser comprendida dimensionalmente en el contexto del espectro de los trastornos afectivos. A través de las manifestaciones psicopatológicas particulares es necesario diferencias grupos clínicos que condicionaran la indicación del tratamiento. Aunque existen elementos universales en la psicopatología de la depresión, la manera en que esta se expresa se encuentra modelada por la cultura (Boto, 2014).

3.5.2 Depresión Infantil

En la década de 1960, surge la postura teórica que sostenía que la depresión infantil se encontraba “enmascarada” por otros síntomas conductuales, tales como la irritabilidad o indisciplina escolar, manifestaciones que tenían poco que ver con los síntomas comunes atribuidos a la depresión (Kaslow, 1999; Rodríguez, 2000).

Cabo (2000), indica que la depresión en la niñez se inició hace dos décadas. Se dificulta identificarlo puesto que el niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. Por lo que se considera algo normal a su edad o etapa de su desarrollo, sin embargo, a una edad mayor puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. En ocasiones el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los familiares o el maestro percibe que el niño no se está comportando de manera usual. Al ser evidente esto, y que no se debe a malestares físicos, el pediatra puede sugerir que sea evaluado, por un profesional especializado.

La depresión infantil según Papalia, Wendkos y Feldman (2002), indican que no tiene excepciones en cuanto a edades y género, incluso los bebés podrán padecerla. De hecho, las estadísticas revelan que la depresión la padece uno de cada cien neonatos. Cuando él bebe llora, aun cuando se le consuela, el observar trastornos ritmos básicos; como la alimentación, el sueño, apagamiento o evitación de la mirada, son indicios que ayudan a determinar una inestabilidad emocional, en su mayoría, en su mayoría del tiempo, a consecuencia a la incapacidad de responder adecuadamente a sus necesidades y la temprana separación con la madre.

Hernández (2000), por su parte, definió la depresión infantil como la situación afectiva de tristeza mayor tanto en intensidad como en duración que ocurre en un niño.

García (2004), refiere que la depresión infantil afecta diferentes áreas de la conducta. En el área cognitiva se observa distorsión en los pensamientos del niño, en la capacidad de comprensión y de atención. En el aspecto psicomotor, se observa un cansancio sin motivo y un exagerado descenso de la actividad. Además, se vea afectado el estado de ánimo: el niño se siente triste, llora con facilidad y es incapaz de disfrutar de diferentes cosas que antes le hacían sonreír. Se perciben también aspectos psicósomáticos, como: alteración en el sueño y en el comer, cefaleas, vómitos, enuresis, dolores abdominales.

La depresión infantil es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un tristeza profunda y abatimiento, el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido se menosprecia a si mismo (Carson, Butcher y Mineka, 2000; Santrok, 2007). En los niños las conductas vinculadas con la depresión suelen ser más generales que en los adultos. Los niños deprimidos generalmente manifiestan agresión, fracaso escolar, ansiedad, conducta antisocial y malas relaciones con los padres (Santrock, 2007). Aunque es común que los niños comuniquen o muestren sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, la mayoría se recupera rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares (Saklofske 1998).

El niño depresivo se presenta como enfermo puede o no querer asistir a la escuela y estar siempre con los padres, y si asiste a la escuela presenta conductas negativas, irritabilidad y sentirse incomprendido (Tejera, 2011).

Consiguientemente, hay que considerar que los niños tienden a manifestar cuadros depresivos desde temprana edad lo que agrava la situación (Spitz, 2008).

Wright (2007) expone que son diversos los factores por los que un niño sufre depresión, la causa principal es el divorcio con todas las pérdidas que representa. Además de la separación de los padres también se encuentra la causas siguientes: Una

mal formación enfermedad que presenta el niño; disfunción de las glándulas endocrinas, la falta de afecto, abandono de los padres; rivalidad entre hermanos en el que se puede mencionar el favoritismo por alguno de los hijos que no es el propio y que se diferencia las atenciones prestadas entre unos y otros, dificultad de relación entre madrastra o padrastro y el niño, problemas económicos dentro del hogar, sensibilidad del infante entre el cambio de casa o escuela, como lo son las mudanzas.

Los niveles de depresión aumentan en el niño cuando la relaciones con sus padres no son buenas o cuando existe dificultades entre ellos,

3.5.3 Síntomas

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajaran de peso, sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (APA 2002).

A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respectó a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.

(3) Pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.

(4) Insomnio r hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.

(9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas ni son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de utilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento.

Del Barrio (2005) hace una síntesis de lo que varios autores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías.

Emocionales: En los cuales se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad, así como la ausencia de interés y llanto excesivo.

Motores: Se hace referencia por un lado a la hipoactividad, letargo enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía, y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.

Cognitivos: La autora cita la falla de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico, así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

Sociales: Entre ellos encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Conductuales: En esta categoría encontramos síntomas referidos exclusivamente a la depresión infantil, en comparación a la adulta entre los cuales se cita: protestas, riñas, desobediencias, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

Psicosomáticos: Entre estos síntomas destacan la enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, así como la baja de las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

3.5.4 Síntomas que se presentan según la edad

Desde bebés hasta la edad preescolar (0-2 años). En este periodo de edad, la depresión está relacionada a la depresión anaclítica producida en niños institucionalizados que no reciben estímulos emocionales adecuados y que se caracterizan por llanto constante, inexpresividad, disminución del peso,

vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico (Spotz, 1958/1973), En esta etapa además, son evidentes los síntomas de tipo motor como la inexpressión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo (Del Barrio, 2005).

Preescolares (2-5 años). Los síntomas afectan el área social no participa en actividades propias de su edad (puede negarse ir al colegio y participar en juegos con sus pares); puede manifestar ciertas conductas desadaptativas, imitación y agresión (hacia sí mismo, objetos y personas), además de problemas físicos enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias (Cuevas y Teva, 2006, Del Barrio, 2005, Tomas, 1996).

Escolares (6-12 años). Los síntomas se empiezan a mostrar sobre todo en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este periodo, se puede observar rechazo a las actividades escolares, imitación (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos, Se puede evidenciar, desde este periodo, problemas de conducta extremadamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.; también se sigue manifestando problemas de encopresis (incontinencia fecal), enuresis u onicofagia (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomas, 1996).

Adolescentes (12-18 años). En este periodo los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y más intensamente; asimismo, los aspectos cognitivos ya afectivos se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen (Cuevas y Teva, 2006; Weiss 1992 citados en Del Barrio, 2005). Relacionados con estos cambios, encontramos que se hacen evidentes: el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo (desafiante y opositor); así

como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnias (Cuevas y Teva; Del Barrio; Tomas 1996).

3.5.5 Tipos de depresión

La forma en que se pueden clasificar la depresión es muy variada, debido sobre todo a su complejidad. Como base se tomará la clasificación hecha por Del Barrio (2005), dado que es la que abarca de manera más amplia y actual las depresiones infantiles. Esta autora clasifica de acuerdo a su curso, su severidad, su causalidad, su modo y frecuencia, su carácter evolutivo, su sintomatología y su duración.

Por su curso, se pueden clasificar en depresión unipolar, que solo manifiesta un episodio depresivo y su pronóstico es bueno; y en depresión bipolar, donde se alternan los episodios depresivos con los maníacos y tiene mal pronóstico (Cuevas y Teva, 2006, Del Barrio, 2005).

Por su severidad; se pueden encontrar los tipos de depresión considerados en el DSM-IV-TR (APA, 2002). La depresión mayor, la cual cumple con los criterios mencionados, presentándose con numerosos e intensos síntomas, y la distimia, que presenta sintomatología menos severa y numerosa pero persistente por varios años.

Por las causas que las generan, pueden ser: exógena, la cual se debe etiológicamente a causas externas (eventos psicosociales negativos) que están relacionados directamente con su aparición; y endógenas, que se generan de manera inexplicable y tienen una etiología interna, por ejemplo, un déficit tiroideo (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por su modo y su frecuencia, encontramos las depresiones agudas, las que solo presentan un solo episodio y que se asocia a algún acontecimiento negativo que ha impactado a la persona; y las depresiones crónicas, que presentan varios episodios recurrentes sin la presencia de factores de riesgo que la desencadenan (Del Barrio, 2005).

Por su carácter evolutivo, son, la depresión sensoriomotriz, preescolar, y adolescente.

Por su sintomatología, podemos encontrar la depresión pura, que es similar a las depresiones descritas en el DSM-IV-TR, más asociadas a las depresiones adultas; y la depresión enmascarada o mixta, que es la depresión que muchas veces se oculta, se confunde o se entremezcla con problemas distintos, algunos autores la consideran más características, de las depresiones infantiles (Del Barrio, 2005).

Por su duración, podrían clasificarse en transitoria o duraderas, Nolen-Hoeksema (1992, citados en Del Barrio, 2005) señalan que, según sus estudios longitudinales, las depresiones infantiles no suelen ser transitorias (como se había dicho en un inicio para negar la existencia de la depresión infantil) pues se observa que existe una alta presencia de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo, además de existir elevado índice de recurrencia.

3.5.6 Factores asociados a la depresión infantil

A continuación, se presentan los factores que predisponen a los niños y adolescentes a padecer de algún trastorno depresivo. Estos se pueden clasificar, según su origen, en endógenos y exógenos.

En este sentido, Del Barrio (2005) plantea que los factores endógenos o personales se refieren a la vulnerabilidad presente de forma a priori en los sujetos que desarrollaran una depresión y que, de alguna manera, predisponen sus conductas. Dentro de estos, tenemos los aspectos biológicos y psicológicos.

- **Aspectos biológicos:** dentro de ellos se pueden mencionar los factores genéticos, el género, las hormonas, los neurotransmisores, la anatomía del cerebro y el sueño.
- **Aspectos psicológicos:** engloban los factores psicológicos relacionados con el temperamento, la personalidad, los aspectos cognitivos y otros trastornos psicológicos.

Los factores exógenos o ambientales son los diferentes sistemas en los que está inmerso el sujeto, y que explican su conducta, tanto adaptada como desadaptada, en función a los acontecimientos que suceden en estos sistemas, a la influencia que puede tener (Del Barrio, 2005), estos son la escuela, la familia y los acontecimientos vitales.

- **Acontecimientos vitales:** tanto los acontecimientos aislados y graves, así como la acumulación de pequeñas contrariedades puede estar relacionado con la aparición de la depresión, tanto en adultos como en niños y su repercusión estará relacionada con el soporte social presente y el tipo de personalidad que posee el niño.

El carácter evolutivo tiene un papel importante en la influencia que tienen los diferentes acontecimientos, así, los niños de 0 a 6 años, se verán afectados por los acontecimientos ocurridos en el núcleo familiar (pérdida de los padres o de algún familiar muy cercano, maltrato); los niños entre los 7 y 12 años, también son sensibles a los acontecimientos relacionados con la escuela (rendimiento, interacción y competencia con los compañeros, pertenencia al grupo); y los adolescentes se mostraran más vulnerables ante las transformaciones de su cuerpo y persona, las relaciones de pareja, el rol social (Del Barrio, 2005).

Según Monroe (1999, citados en Waslick, 2003) las pérdidas como la muerte de un ser querido o el rompimiento de una relación de pareja están asociados al inicio de depresión mayor; así también, la muerte por suicidio de un familiar o amigo cercano puede aumentar la ideación suicida, 6 meses después de ocurrido.

Otro factor que está muy relacionado con la depresión, es el abuso físico y sexual en la infancia, el cual también puede producir diversos tipos de

alteraciones (Del Barrio, 2005, Waslick, 2003), dado que el abuso es fuente de estilos de atribución negativa e induce a un estado de desesperanza aprendida.

- **Familia:** el clima familiar es otro de los factores que influye en la presencia de la depresión infantil. Las relaciones negativas entre padres e hijos, en algunos casos, tienden a hacerse más frecuentes en la medida en que los hijos crecen, y, especialmente en la adolescencia, están relacionadas con los desencadenantes y el curso de la depresión infantil (Del Barrio, 2005).

Entre las causas de las relaciones negativas entre padres e hijos encontramos la falta de control que tienen algunos padres sobre sus sentimientos negativos, los cuales a veces son dirigidos hacia sus hijos provocando peleas y riñas (Poznanski y Zrull, 1970, citados en del Barrio, 2005); las actitudes coercitivas que pueden limitar la autonomía de los hijos provocando sentimientos de ineficacia (Bandura, 1996 citados en el Del Barrio, 2005); la falta de atención de los padres hacia sus hijos (Bifulco, 1987), que suele provocar sentimientos de soledad y abandono; las excesivas expectativas que pueden tener los padres hacia sus hijos, lo cual puede originar que ellos se comparen, menoscabando su autoestima (Stak, 1990 citado en Del Barrio 2005); y, por último, otro factor de riesgo en este contexto es la inestabilidad emocional de los padres, siendo el problema de la depresión parental uno de los factores de riesgo ,más potente en la aparición de este trastorno en los niños; además del divorcio y la mala relación entre los cónyuges (Del Barrio, 2005).

- **Escuela.** La escuela es un ámbito de gran importancia, en el cual el niño pasará gran parte de su tiempo, y donde la competencia intelectual y social pueden ser factores que predispongan a los niños y adolescentes a la depresión (Del Barrio, 2005). Entre los factores presentes en la escuela, encontramos el rendimiento académico y el círculo de amistades.

Existen varias teorías respecto a la secuencia existen entre rendimiento académico y la depresión infantil; algunos afirman que la depresión infantil puede ser generada por el bajo rendimiento académico; mientras que otros refieren que la depresión genera el bajo rendimiento (Del Barrio, 2005).

Bandura, Pastorelli, Barbaranelli y Caprara (1999) le dan mayor peso en la aparición de la depresión a las creencias de los niños con respecto a sus dificultades para manejar las demandas académicas y sus relaciones interpersonales, destacando que a corto plazo los niños se deprimieron por su creencia en su ineficacia académica más que por su actual desempeño.

Los niños o adolescentes con depresión, frecuentemente presentan dificultades con la interacción y con la solución de problemas sociales, lo cual puede originar mayor rechazo y una percepción de poca competencia por su entorno (Waslick, 2003).

Gaspar de Matos, Barrett, Dadds y Short (2003), encuentran una correlación moderada entre las relaciones negativas con los pares, ansiedad y depresión. Los autores observan que los niños que presentan comorbilidad de depresión y ansiedad presentan peores relaciones con sus pares; asimismo, los que presentan elevados índices de sintomatología depresiva independiente, presentan peores relaciones con sus pares que los que presentan elevados síntomas depresivos.

La depresión ya estructurada incluye, desde la pérdida de interés por las actividades que se realizan normalmente, hasta baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastorno del sueño y de la alimentación e impulsos auto destructivos (Figueras, 2006). En este sentido, comparten elementos en común con la depresión del adulto; pero existen, además, otras expresiones que si resultan más típicas de las primeras etapas del desarrollo, tales como

irritabilidad, dificultad para realizar las tareas escolares, disminuyendo su rendimiento en este ámbito, muy vinculado a dificultades en el funcionamiento cognitivo (especialmente disminución del rendimiento abstracto, dificultades en la concentración de la atención, olvidos u otros problemas de memoria), problemas para relacionarse en la familia e interactuar con los iguales, así como trastornos de conducta.

3.5.7 Visión cognitiva de la depresión infantil

Los distintos modelos que explican la depresión en adultos extendieron su uso para explicar la depresión infantil luego de su reconocimiento como entidad patológica, por esta razón no hay un modelo teórico que se haya elaborado específicamente para los niños.

Entre los diversos modelos teóricos que se han elaborado solo revisaremos el modelo teórico propuesto por Beck sobre la base del cual se desarrolló el Inventario de Depresión de Kavasc.

Al interior de las teorías cognitivas, el modelo teórico de Beck se encuentra dentro de las denominadas del procesamiento de la información (Sanz y Vázquez, 1995), las cuales plantean la metáfora de que el hombre es un sistema que procesa información, en un medio que cambia continuamente y que por lo tanto le demanda capacidades adaptativas. Según los mismos autores, las teorías del procesamiento de la información plantean que el hombre es un constructor activo de la realidad ya que selecciona, codifica, almacena y recupera la información presente en el medio. De esta manera, la información sobre sí mismo y el mundo pueden experimentar transformaciones en el plano cognitivo que afectan a las respuestas emocionales y conductuales del individuo. En este sentido, algunos procesos cognitivos tienen un papel principal en el inicio, curso y remisión de la depresión.

El **modelo teórico de Beck**, llamado por sus autores Modelo Cognitivo de la Depresión, fue propuesto por Beck (1967, citado en Beck, Rush, Emery y Shaw, 1993) y Beck, Rush, Emery y Shaw (1979, citados en Beck). Este modelo teórico explica la depresión en adultos u propone tres elementos que la explican: la triada, cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. En niños y adolescentes deprimidos, los estudios realizados sobre las distorsiones cognitivas han encontrado algunas similitudes con los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión infantil (Kaslow, 1994 citados en Figueras, 2006). En la misma línea también se ha estudiado la visión del yo que tienen estos niños y adolescentes y se ha encontrado que presentan una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Kaslow, citados en Figueras 2006).

-La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos, los cuales están referidos a una visión negativa acerca de sí mismo, sus expectativas y su futuro de un modo particular. Según Beck (1983), los signos y síntomas de la depresión pueden explicarse como una consecuencia de estos patrones cognitivos. Con respecto a la visión negativa de sí mismo el individuo tiende a subestimarse y criticarse sobre la base de sus defectos, viéndose desgraciado, torpe, enfermo y considera que no logrará alegría ni felicidad. En referencia a la interpretación que hace de sus experiencias, el sujeto interpreta que se le presentan demandas exageradas y obstáculos insuperables que le impiden alcanzar sus objetivos (Beck, 1983). La visión negativa del futuro es el tercer componente de esta triada y está referida a la anticipación de dificultades, sufrimientos y fracasos que continuaran de modo indefinido (Beck, 1983).

-Los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base para que las personas interpreten de manera regular determinado conjunto de situaciones similares. Los esquemas pueden permanecer inactivos por mucho tiempo y son activos por inputs ambientales (Beck, 1983). Según los mismos autores, también son la base para transformar los datos de la realidad en cogniciones pues sobre ellos se localiza, diferencia y codifica el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los tipos

de esquemas empleados determinaran el modo en que el individuo estructurara sus distintas experiencias.

Según refieren Beck (1983), en los estados psicopatológicos los pacientes suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados. Estos esquemas se van haciendo más activos y son evocados por un número cada vez mayor de estímulos, los cuales producen que el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados (Beck, 1983). Según estos autores, en la depresión más leve el paciente conserva la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; a medida que la depresión se agrava su pensamiento puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos que le predisponen a una constante distorsión de las situaciones, produciendo pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias.

-El estilo depresivo de pensamiento presenta una serie de **errores cognitivos** sistemáticos que hacen dar validez a sus concepciones a pesar de que pueda existir evidencia contraria (Beck, 1967 citado en Beck, 1983). Entre los errores cognitivos que citan Beck se encuentran:

- La **inferencia arbitraria**, de una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella.
- La **abstracción selectiva**, es un error cognitivo relativo al estímulo que consiste en la selección de un elemento poco relevante de una situación para interpretar con ello la totalidad de la experiencia.

- La **generalización excesiva**, está referida a la elaboración de conclusiones o reglas a partir de hechos aislados para ser aplicados a otras situaciones que pueden estar relacionadas o no con dichas situaciones.
- La **maximización o minimización**, son errores que se presentan cuando la persona evalúa la magnitud o significación de un acontecimiento, incrementado o disminuyendo su significación.
- La **personalización**, consiste en la atribución que se hace la persona a sí misma de fenómenos externos, sin una base firme u objetiva para hacer tal conexión.
- El pensamiento **absolutista y dicotómico**, es un error relativo a la clasificación de las experiencias en función a una o dos categorías opuestas, como por ejemplo: bueno o malo, santo o pecador, etc. El paciente suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo.

Beck (1983) señalan que el depresivo tiende a organizar la realidad sobre la base de un tipo de pensamiento inmaduro o primitivo. Ese pensamiento posee características como el de ser extremo, negativo, absolutista, invariable, etc, a diferencia del pensamiento maduro que suele ser relativo, multidimensional, variable, etc. Las características que posee el pensamiento inmaduro puede originar respuestas emocionales que tienden a ser negativas y extremas.

Por último, este modelo señala que los eventos negativos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que le dio origen.

3.6 EL AUTOESTIMA

3.6.1 DEFINICIONES DE LA AUTOESTIMA

Según el psicopedagógico Stanley Coopersmith (1967) señala que la autoestima “Es la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. Es decir, es el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo”.

Según Alcántara, José (1993) indica que la autoestima es el conjunto de creencias y valores que el sujeto tiene acerca de quién es, de sus capacidades, habilidades y potencialidades. La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida a medida que se va formando una imagen de sí mismo, imagen que lleva en el interior, que es reflejada por las experiencias que tiene con otras personas.

Según Branden, Nathaniel (1995) señala que la autoestima es el concepto que tenemos de nosotros mismos, no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación que tengamos sobre lo que piensan los demás de nosotros.

Según Ribeiro, Lair (1997) indica que la autoestima es el concepto que tenemos de nosotros mismos, de nuestra capacidad, potencialidades personales, y no se basa solo en nuestra forma de ser, sino también en nuestras experiencias a lo largo de la vida. En nuestra autoestima influyen las relaciones que hemos tenido con las demás personas (familia, maestros, amigos, etc.).

La autoestima es la valoración que una persona tiene sobre si misma ya sea de manera positiva o negativa; mostrarse, sentirse y aceptarse como uno mismo es, con cualidades y debilidades. La autoestima se va desarrollando desde el momento que nace, sobre todo en la niñez y en la adolescencia, de acuerdo al cariño, aprecio y

aceptación que la persona recibe, de los padres, familiares, amigos y del entorno en sí.

3.6.2 NIVELES DE LA AUTOESTIMA

Se plantea que existe distintos niveles de autoestima, por lo cual, cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro y reacciones disimiles. En algún momento algunas personas pueden estar un poco más estables que otras, otras personas son cambiantes, etc. Todo dependerá del momento y la situación por la que este atravesando, depende del contexto que la autoestima baje o suba, para esto se puede llegar a clasificar o caracterizar a las personas con alta, media y baja autoestima.

Autoestima alta.

Figueirido (2008) considera las siguientes características en este nivel de la autoestima:

- Aceptación de sí mismo, se da un reconocimiento sincero en cuanto a sus limitaciones, defectos, virtudes y cualidades.
- Capaces de decir no, no busca agradar a los demás y no teme ser rechazado.
- Responsabilidad sobre decisiones tomadas, no huye de los problemas ni tiene miedo de asumir sus culpas. Una vez que decide algo se hace responsable de las consecuencias.
- Los errores son oportunidades para aprender, no son fracasos, sino es algo de lo que sacar provecho para hacer las cosas mejor.

Autoestima media.

- El estudiante que se presenta una autoestima media, se caracteriza por disponer un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la

opinión de las personas de su entorno. Es decir, los estudiantes se presentan seguros frente a los demás, aunque internamente no lo son. De esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y periodos de baja autoestima (producto de alguna crítica). Los estudiantes muchas veces tienen confianza en sí mismo, pero en ocasiones esta puede llegar a ceder.

- Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a las demás personas, aunque en su interior están sufriendo. Aquellos que posean este nivel, viven de una forma relativamente dependientes de los demás, es decir, si ven que el resto les apoya en alguna acción que realice, su autoestima crecerá, pero, por el contrario, cualquier error que alguien le eche en cara servirá para que su confianza decaiga.

Autoestima baja.

Figueirido (2008) esquematiza las siguientes características de las personas con baja autoestima:

- Fragilidad, porque rápidamente le afectan las cosas y le abruma, es muy sensible a los comentarios que se hacen porque se siente atacado.
- Miedo al rechazo, al valorarse poco, siente que siempre será rechazado. Como el mismo no se quiere, no cree que otros puedan quererlo.
- Necesidad constante de aprobación, busca agradar y recibir la aprobación de todo lo que hace. Su inseguridad lo hace dudar de sí mismo. Pierde criterio propio.
- Dependencia de otros, necesita de los demás para todo, pensando que por sí mismo no conseguirá las cosas. Necesita el consentimiento o acompañamiento de otro para conseguir las cosas.
- Incapacidad para decir no, por el afán de buscar la aprobación de los demás, para sentirse aprobado, no puede decir no.

- Agresividad, ante el miedo a ser rechazado, ante los sentimientos de inferioridad, se reacciona con agresividad. La violencia está relacionada con sentimientos de impotencia. Muchos a través de la agresividad, buscan conseguir las cosas, hacerse valer, porque en el fondo sienten que tienen poco valor.
- Consideran los errores como fracaso, Al momento de cometer un error, cuando las cosas no salen bien, entonces lo interpretan como fracasos. De manera que estos fracasos empujan a la autoestima hacia abajo.

3.6.3 Bases de una adecuada autoestima

Calero (2000), describe las cuatro bases que son esenciales para el desarrollo de la autoestima:

La aceptación de sí mismo.

Indica reconocer y valorar sus propias habilidades y limitaciones, sus errores y logros. Auto aceptarnos no significa no desear cambiar, mejor, evolucionar. Significa no estar en guerra con nosotros mismos, no negar nuestra realidad actual.

La autoaceptación incondicional es un componente de la autoestima sana según diversos enfoques: desde la psicología humanista hasta propuestas actuales como la de la autonomía óptima. Su opone dejar de juzgarse o de etiquetarse a uno mismo como “bueno” o “malo”, aceptarse amablemente, y tratarse con el mismo respeto y cariño que se mostraría hacia un buen amigo.

La autonomía.

Es otra base fundamental de la autonomía, Saberse, sentirse y actuar con seguridad es posible si se logra aprendizajes que permitan actuar con independencia. Se orienta a que la persona se valga por sí mismo en las diversas circunstancias de la vida, sin excluir la posibilidad de dar a pedir apoyo a los demás.

Para tener una adecuada autoestima es necesario poder hacer frente a los retos y dificultades cotidianas y asumir nuestras decisiones.

La expresión afectiva.

Se manifiesta en la relación con los demás, como capacidad de dar y recibir afectividad. Esto es lo que motiva a la persona a autoestimarse, ser respetuoso, solidario, generoso, etc.

Para tener una autoestima afectiva, positiva, es necesario sentirse explícitamente querido y querible en forma frecuente por las personas que nos rodean. Así mismo, alude a la capacidad de autorregular los impulsos y de adecuarse a las situaciones sociales.

La consideración por el otro.

Es reconocer y respetar los derechos de los demás, considerándolos como iguales. Cuando nos damos cuenta de que se nos acepta y se nos quiere por lo que somos y sin expectativas, ensalzamos automáticamente el sentido de nuestra valía y desde allí de nuestra autoestima en general.

3.6.4 Factores que afectan negativamente la autoestima

Céspedes (1995) citado en (Cano, 2009) manifiesta que nuestra relación con los niños y adolescentes muchas veces utilizamos formas y estilos de la comunicación que hieren: algunas veces no lo detectamos porque las consideramos formas normales de trato.

Esta comunicación atacante, puede generar sentimientos que dificultan el desarrollo de la autoestima. Tal como lo señala Cortes de Aragón (1999) citado en Válek de Bracho, (2007), es necesario destacar que para promover la autoestima se debe ser capaz de manejar los sentimientos de inferioridad culpabilidad y miedo:

Sentimientos de inferioridad.

También denominado de incompetencia, es resultado de poco aprecio personal. La persona que posee este sentimiento se siente menos que los demás, convirtiéndose en el lado opuesto de la autoaceptación. Surge de múltiples experiencias frustrantes y de objetivos y deseos incumplidos.

Bandura plantea, que “las experiencias de fracaso en el logro de objetivos constituyen una importante fuente de información para determinar el sentimiento de inferioridad y la autoestima” (Citado en Hidalgo y Abarca, 1999).

Sentimientos de culpabilidad.

Este sentimiento es verdaderamente autodestructivo. No todo sentimiento de culpa es perjudicial, puesto que este puede ayudar al individuo en la autorregulación de su conducta. A veces el sentimiento de culpa puede originarse desde pequeño con experiencias surgidas con personas significativas, donde el niño al no tener capacidad de análisis desarrolla un sentimiento verdaderamente nefasto, sobre todo relacionado con la sexualidad y su aprendizaje.

Sentimiento de miedo.

La ansiedad, la angustia y el estrés son estados emocionales desagradables; acompañados generalmente de manifestaciones fisiológicas como temblor, piloerección (carne de gallina), sudoración, sensación de vacío en el estómago, aumento del ritmo respiratorio, etc. Estas manifestaciones son valiosas al momento de un peligro real, puesto que son capaces de salvar la vida de quien las evidencia; pero sin embargo ciertas personas los padecen sin causas aparentes y de forma sobreaabundante, lo cual los mantiene en una tensión constante y en ocasiones los inutiliza para vivir una vida productiva.

Los estados, emocionales, como el temor, el miedo, la angustia, se constituye en una fuente de autoevaluaciones negativas. Todos estos elementos pueden generar bajas expectativas de autoeficacia, con lo cual la persona no se involucra, no se esfuerza tanto, teniendo como resultado una baja autoestima. (Hidalgo y Abarca, 1999).

Hay otros factores que también afectan negativamente la autoestima, como el rodearnos de personas tóxicas, compararnos con los demás, tener pensamientos negativos de uno mismo y no poner límites. Estos y los otros factores ya mencionados hacen que la persona no se sienta valiosa, lo que puede generar problemas psicológicos, emocionales, intelectuales, problemas de conducta llegando incluso a problemas somático.

3.6.5 DIMENSIONES DE AUTOESTIMA

Así mismo, Coopersmith (1967, citado por Haeussler, I. Y Milicia. N. (1994), plantea que la autoestima se puede dividir en cuatro dimensiones: social, escolar, familiar y general.

Autoestima Social, señalan que uno de los factores más decisivos para la adaptación social y el éxito en la vida es tener una alta autoestima; es decir, saberse que uno es competente y valioso para los otros, lo que involucra las emociones, los efectos, los valores y la conducta. De esta forma, cuando se tiene un alto concepto de sí mismo, la persona se siente importante cuando necesita ayuda, porque reconocer su propio valor, permite que más fácilmente pueda reconocer el de los demás. En caso contrario, no se confía en sí mismo y tampoco en los demás y, por lo tanto, es una persona inhibida y crítica, poco creativa y, generalmente, tiende a desvalorizar los logros de los demás, lo que dificulta su relación con el ambiente.

La sociedad cumple una función muy importante para las personas, puesto que a partir de la cultura en la que se desenvuelven, la familia a la que

pertenece el niño adopta pautas, costumbres, expresiones, modos de actuar o de reaccionar, formas de vida diferentes, que son transmitidos a sus miembros y determinan o moldean la estructuración y consolidación de la personalidad de todos y cada uno de sus miembros, teniendo a esta como modelo social. Así, todas las personas se ven así mismas desde el punto de vista de los grupos en que participan, y todo eso que piensen de uno influirá ´positiva o negativamente en la autoestima o forma de pensar, por ello, los criterios mediante los cuales las personas nos evaluamos a nosotras mismas, son culturales.

La autoestima escolar, se refiere a la “autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y específicamente, a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares. Incluyendo también la autovaloración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, constante, desde el punto de vista intelectual”. Dentro del ámbito escolar, los maestros pueden favorecer u obstaculizar el proceso por el cual uno puede encontrarse a sí mismo. Su comprensión o la ausencia de la misma, pueden favorecer o afectar negativamente la consolidación de la personalidad que se desarrolla y está en vías de manifestarse. Por todo lo anterior, es fundamental que la escuela ayude a sus educandos a descubrirse y aprender a ser las personas que siempre quisieron ser, respetándole sus tiempos, sus conflictos, sus confusiones, es decir su individualidad.

La autoestima familiar (Hogar), es aquella que se desarrolla en la familia; a pesar de que para muchas familias adúcar es corregir, lo que conlleva a ser más críticos que estimulantes con sus hijos; el clima emocional del hogar, las expresiones de afecto, el compartir momentos agradables, la forma de tratar y guiar al niño van a tener una influencia decisiva en la estabilidad emocional futura. En este sentido, han demostrado que una de las mayores dificultades que existen para lograr un buen nivel de autoestima es no haber contado con aprobación y afecto en la infancia. Por lo tanto, es importante construir

buenos recuerdos en los niños, dado que son básicos para lograr confianza en sí mismos.

Al respecto, desde hace más de un siglo, que nuestro sentido de quienes somos del Yo, se origina de nuestras experiencias con nuestro medio familiar y social, y en nuestra vida influyen tanto las opiniones de los demás que podemos sentir que somos buenos o malos con base en lo que otras personas piensan de nosotros.

En este sentido, la autoestima familiar está muy relacionada, tanto que dependiendo de lo que diga o como se diga algo en el hogar, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento que se trasmite desde la infancia hacia el futuro. Por tanto, cuando uno de los padres daña la autoestima de sus hijos, se entiende que no siempre lo hacen intencionalmente, ya que ellos fueron educados del mismo modo.

Autoestima general. Un individuo con una buena percepción de sí mismo establece una mejor comunicación interpersonal, lo que deriva en relaciones exitosas con otras personas. Además, el individuo tiende a tolerar el estrés, la incertidumbre y los cambios, busca superar sus fracasos, tiene mayor autonomía personal y logra auto-realizarse, apoya la creatividad y acepta responsabilidades, desarrollando el liderazgo. (Haeussler, I., y Milicia, N., 1994:15).

3.7 PERSONALIDAD

3.7.1 DEFINICIONES

Allport (1961) define a la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio”.

Feldman (2006), comenta que la personalidad es el modelo de características permanentes en la que se comportan las personas y las hace diferentes de las demás.

También es lo que hace comportarse de forma adecuada en diferentes circunstancias y durante periodos prolongados.

Papalia, Olds y Feldman (2010), definen que la personalidad es un conjunto de emociones, temperamentos y comportamientos que hacen exclusiva a la persona.

Porter y Catell (2002), mencionan que la personalidad es un conjunto de factores conocidas como factores de rasgo-fuente, caracterizados por rasgos de habilidad que permiten al individuo funcionar efectivamente, rasgos temperamentales que se refiere a la vida emocional y la cualidad estilística de la conducta, y los rasgos dinámicos referido a la vida motivacional, esforzada del individuo.

Cloninger (2009), indica que la personalidad en la persona empieza con los aspectos biológicos innatos, algunos intervienen por la herencia y otras influencias, que a lo largo de la vida se canalizan por factores como la familia, la cultura y otras experiencias. La personalidad estaría constituida por el patrón que se deriva de las conductas, cogniciones y patrones emocionales.

Pervin (1998), manifiesta que la personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas en la vida de una persona, el mismo que está integrado por estructuras que reflejan su naturaleza y aprendizaje, además de englobar los efecto del pasado incluyendo los recuerdos, las construcciones del presente y del futuro.

Por tanto, la personalidad hace referencia a la forma de percibir a sentir de un individuo, el mismo que está integrado por elementos de carácter, cognitivos, emocionales y afectivos; los cuales determinan una continua interrelación e interdependencia, los mismos que entraran en juego en la determinación de la conducta futura.

Características

Allport (1937) resume las características de la personalidad en 5 formas, las cuales son las siguientes:

- 1.- Los rasgos de la personalidad son reales y existen en nuestro interior. No son constructos teóricos ni simples etiquetas inventadas para explicar el comportamiento.
- 2.- Los rasgos determinan la conducta o la causa. No solo ocurren frente a ciertos estímulos. Nos impulsan a buscar los estímulos correctos e interactúan con el entorno para producir conducta.
- 3.- Los rasgos se pueden demostrar de forma empírica. Si observamos la conducta durante cierto tiempo, podemos inferir la existencia de los rasgos en razón de la consistencia de las reacciones de un individuo a estímulos idénticos o similares.
- 4.- Los rasgos están interrelacionados y se pueden traslapar no obstante que representen características diferentes. Por ejemplo, la agresividad y la hostilidad son rasgos distintos, pero están relacionados y muchas veces se presentan juntos en el comportamiento de una persona.
- 5.- Los rasgos varían con la situación. Por ejemplo, un individuo puede mostrar el rasgo de orden en una situación y el de desorden en otra.

COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD

Estudios que se remontan desde hace varios años atrás han sido llevados a cabo con la finalidad de conocer e identificar las formas en las que los individuos difieren entre sí, llegando a realizar varios postulados que describen las diferencias individuales, basándose básicamente en agrupaciones por tipos y rasgos de personalidad:

- a) La composición orgánica: Esta se lleva a cabo debido a las características somáticas (corporales), psicológicas básicas y permanentes en las que se ha

desarrollado el individuo, (herencia), al igual que influyen elementos como alimentación, traumas infantiles, entre otros; que también formarán parte de la personalidad del individuo. (Cabanyes, 2003).

b) Temperamento: El temperamento se basa principalmente en aquellos modos de ser y de comportarse, es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación, el cual puede ser heredado y no influenciado por factores externos.

Por otro lado se ha considerado que es el temperamento el cual modela el carácter al igual que se ha demostrado que este ocupa también la habilidad para adaptarse. (Cabanyes).

c) Carácter: Es aquel que se forma a través de los hábitos y comportamientos adquiridos durante la vida, mismos que provienen del medio ambiente, la cultura y el entorno social donde cada persona se forma. De igual manera se ha determinado que el carácter está vinculado con procesos psicológicos que se moldean a través de la educación, el trabajo constante de la voluntad y los hábitos. (Cabanyes, 2003).

3.7.2 ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD

Coon (2005), cita a Sigmund Freud y expone sobre el modelo de la personalidad que es como un sistema dinámico que es administrado por tres estructuras: Ello (id), Yo (ego), y Superyó. Estas tres estructuras están íntimamente ligadas a la mayoría de conductas.

- El Ello (id): Se forma por los impulsos biológicos innatos e instintos, es egoísta, irracional, e impulsivo. Sus formas de actuación se basan en el principio del placer; se expresan libremente e impulsivamente. El id es como un agujero de energía en la psique que fluye de los instintos vitales, muchas

de estas energía del id están encaminadas a liberar tensiones relacionadas al sexo y la agresión.

- El yo (ego): Se le conoce también como el ejecutivo porque orienta las energías aportadas por el Ello, el cual solo puede crear imágenes mentales de lo que se desea, pero adquiere poder para dirigir la conducta relacionada con los deseos del ello con la realidad externa. El yo, se rige por el principio de la realidad, es decir detiene una acción hasta que se la apropia.
- El superyó (superego); El cargo de éste, es actuar como juez de los pensamientos y las acciones del yo; una parte llamada conciencia, los sentimientos de culpa imponen un castigo interno.

El superyó opera como un progenitor internalizando la conducta de la persona.

Niveles de conciencia: El inconsciente contiene recuerdos y emociones reprimidas, además de los impulsos instintivos del ello. Científicamente han dicho que el sistema límbico del cerebro parece soltar emociones y recuerdos inconscientes. Aunque se encuentren lejos de la conciencia, los pensamientos, deseos e impulsos inconscientes en ocasiones se presentan como emociones disfrazadas.

El nivel consciente es todo aquello de lo que se tiene consciente en cierto momento: pensamientos, percepciones, sentimientos y recuerdos. El preconsciente es el que contiene material que puede ser fácil de traer del inconsciente.

3.7.3 INFLUENCIAS FAMILIARES Y SOCIOCULTURALES

Las perspectivas socioculturales se enfocan en los factores relacionados con la familia y el ambiente expresan que las conductas se perciben en la infancia ayudan a la formación de carácter y personalidad del niño por ende si el niño crece en un ambiente de familias disfuncionales, en donde los gritos, golpes peleas prevalecen esto será lo que aprenda a él y lo tome como parte para la construcción de su

personalidad desarrollando así conductas agresivas y violentas según expone Halgin y Kraus (2009).

Robins (citado por Serbin y Karp, 2004) descubre que el acto de divorcio no es causa de afección en el niño sino la falta de armonio y estabilidad que se da antes de realizar el acto de divorcio, las disputas, la falta de coordinación, disciplina incongruente donde los progenitores optan por formas distintas de educación y corrección llevan en si al niño a un equilibrio por lo tanto no logran discernir entre las acciones malas o buenas y sus consecuencias.

Otro factor de riesgo es la desnutrición, estudios revelan que los niños que padecieron desnutrición a los tres años de edad manifiestan mayor agresividad, falta de atención en su entorno y concentración en sus necesidades fisiológicas obteniéndolas y convirtiéndolas en foco de necesidades placenteras personales refiere RaineMednick (2004).

Un estudio realizado revela que el comportamiento y temperamento del niño combinado con su entorno familiar, determina la actuación de los cuidadores en cuanto a su propio temperamento, funciona como espejo en el de los niños ya que el entrar a la etapa del modelamiento ellos siguen ciertas características de la conducta del cuidador lo que depende de la etapa del desarrollo en que se encuentren; también tienen cierta participación las madres sobreprotectoras o con rasgo de constricción, quienes con su forma de restricción al educar y al negarle varis conductas de tal manera que se comporten de manera “adecuada” lo que hacían era que el niño reprimiera sus sentimientos y no expresara su sentir o pensar por lo tanto al momento de crecer ellos podrían expulsar y explotar toda esa emoción como una olla de presión y así realizar conductas ilícitas según fundamenta Mangelsdorf (como se citó en Parrellada y Moren, 2010).

3.7.4 TEST DEL ÁRBOL: Que información ofrece

Una de las ventajas de utilizar este test frente a otros test proyectivos como el test de la figura humana, es que genera menos asociaciones conscientes y más asociaciones preconscientes e inconscientes.

El dibujo del árbol representa la sensación de equilibrio que siente la persona consigo misma y sus recursos personales, a través de sus diferentes partes podemos conocer cómo se configura la estructura del “yo”.

Aunque el valor del dibujo puede subestimarse como test, un buen lector puede tener información directa sobre la relación del paciente con el ambiente. A su vez, puede obtener información relacionada con su desarrollo, como es el contacto con la realidad (si tiende a la fantasía o es realista, etc.), sentimientos de equilibrio o tensión.

3.7.5 Elementos de análisis

Son muchos los aspectos que tenemos que tener en cuenta a la hora de interpretar el test del árbol: la raíz y el suelo, el tronco, ramas y copa entre otros elementos que pueden aparecer.

A grandes rasgos podemos decir que:

- **Raíz y suelo:** Muchos relacionan esta parte del dibujo con el “Ello” freudiano, es decir, lo más inconsciente del sujeto. Esto nos mostraría sus emociones más íntimas y cómo es su contacto con la realidad, ya que son las raíces quienes sostienen y simbolizan el nacimiento del árbol.
- **Tronco:** Este elemento se identifica con el “Yo”. En esta parte, el dibujo nos muestra cual es la percepción que el sujeto tiene de si mismo: confianza, seguridad y cuáles son sus recursos para afrontar las adversidades.
- **Ramas y copa:** Todos los elementos de la parte superior del árbol forman parte de este que simboliza la calidad e intensidad de las relaciones que el

sujeto tiene con el mundo que le rodea, sus aspiraciones personales y su estado de ánimo actual.

3.7.6 Interpretación

Suelo Hay quien dibuja o no el suelo, como una línea base que delimita el espacio. El significado que suele tener la aparición del suelo es la estabilidad con la que el sujeto afirma su personalidad, es decir, si está presente se habla se criterio de realidad y si está ausente, se puede referir a una sensación de desarraigo, inseguridad o falta de apoyo.

En el caso de que además de poner un suelo se incluya un pasto o jardín, puede referirse a un conflicto externo que le produzca incomodidad. Será necesario fijarse en donde está ubicado, la cantidad y longitud del mismo, y el tipo de pasto que ha hecho.

Tronco Tal y como anteriormente adelantamos, el tronco permite conocer el nivel de fortaleza yoica del sujeto que lo ha dibujado, es decir, esa parte de sí mismo que le ayuda a hacer frente a las presiones y obstáculos para conseguir sus objetivos.

A su vez, también nos habla de la estabilidad emocional que tiene, como los conflictos personales que pueden tener: como se adapta, si se tiene o ha sentido vulnerable, etc. También permite ver como controla sus impulsos y su criterio de realidad. La anchura del tronco permite conocer qué aspectos del Yo son los que más predominan

- Un tronco muy delgado haría referencia a personas sensibles o vulnerables ante las tensiones externas. Puede tratarse también de personas que tienden a la idealización o utilizar la racionalización para explicar lo que sienten.

- Un tronco muy ancho haría referencia a esas personas que son más dadas a la actuación que al pensamiento, son más impulsos y se ciñen más al instinto.
- Se describe como tronco “normal” a aquel que esta entre ancho y delgado, suele definir a personas que tienen un equilibrio emocional.

Ramas y copa El trazo de las ramas, la forma de las mismas y si tienen o no copa, puede hablarnos de sus relaciones interpersonales y como puede obtener satisfacción del ambiente.

Si el árbol tiene ramas se interpreta como que son sujetos que se relacionan activamente con los demás; mientras que si no hay ramas pero si un follaje, se suele interpretar como que no son tan espontáneos en sus relaciones con los demás.

IV. METODOLOGÍA

4.1. AREA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación corresponde al área de la Psicología Clínica ya que este campo de estudio, valiéndose de diferentes pruebas y técnicas psicológicas, se encarga de la evaluación y diagnóstico de los efectos psicológicos. En el presente trabajo de investigación se hizo la caracterización de la ansiedad, depresión y autoestima a través del diagnóstico de los niños de 8 a 12 años de edad que viven con padrastro o madrastra con respecto a los niños que viven con sus padres biológicos del barrio Lourdes de la ciudad de Tarija, Provincia Cercado.

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Según el tipo de estudio la investigación se tipifica en: *Diagnóstica-descriptiva* busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernández; 1999:60).

De acuerdo al tipo de estudio es investigación: *Diagnóstica* porque expone un proceso psicológico evaluable, que, de acuerdo con lo que sucede, recoge información sobre fenómenos observables y sus relaciones en la medida que estos son observables sin agregarle significado. Es decir, este tipo de investigación solo presenta al fenómeno como lo encuentra, sin buscar causas ni motivos sobre el origen de la ansiedad, depresión y autoestima de los niños que viven con padrastro o madrastra y niños que viven con sus padres biológicos.

Es *descriptiva* ya que las investigaciones o estudios descriptivos tienen como principal objetivo el explicar sistemáticamente hechos y características de una población dada o área en forma objetiva y comparable.

Es *comparativa*, ya que es un estudio donde existen dos o más poblaciones y donde se requiere comprobar algunas variables para contrastar una o varias hipótesis, en este

caso serán las variables de la ansiedad, depresión, autoestima y rasgos de personalidad de niños que viven con padrastro o madrastra y de los niños que viven con sus padres biológicos.

Es un estudio *Exploratorio* porque tiene como objeto esencial familiarizarnos con un tópico desconocido o poco estudiado o novedoso. Esta clase de investigaciones sirven para desarrollar métodos a utilizar en estudios más profundos.

4.3. POBLACIÓN

La población o universo de estudio a la que estuvo dirigida esta investigación son los niños y niñas que asisten a la Unidad Educativa Luis Calvo del Barrio Lourdes, que se encuentra ubicado al Norte de Provincia Cercado de la ciudad de Tarija, perteneciente al distrito 8, hasta hace unos 5 años era considerado área Rural pero en estos últimos tiempos ha tenido un acelerado crecimiento, con características de nivel socioeconómico bajo, con carencias de seguridad, iluminación, servicios básicos, etc.

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Selltiz, 1974), en el presente trabajo de investigación que es de tipo comparativo; la población está constituida por 250 niñas y niños comprendidos entre las edades de 8 hasta los 12 años, estudiantes pertenecientes a 3°, 4°, 5° y 6° curso del nivel primario.

4.4. Muestra

Una muestra es un subconjunto de la población, y para seleccionar una muestra deben delimitarse las características de la población (Sudman, 1976, citado en Hernández 2003: 28).

Para hacer la selección de la muestra de esta investigación, se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional, pues la selección de los sujetos que participaron en el proceso de investigación no depende de la probabilidad. Por otra parte debido a la

utilización de ciertos juicios y criterios que se han establecido previamente por los investigadores y que son indispensables para el logro de los objetivos de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Hernández, Fernández y Baptista (2003:52), señalan la desventaja de que en las muestras no probabilísticas “los datos no pueden generalizarse a una población”. Lo cual limita el valor de esta a los grupos específicos seleccionados, aspecto que no contradice los objetivos de este estudio. Y tomando en cuenta que, la ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto de una representatividad de los elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema, se puede concluir que es este el tipo de muestreo acorde al estudio.

La muestra para la investigación se realizó tomando en cuenta que la población en general es de 250 estudiantes de los cuales se tomó como muestra de tipo intencional 80 estudiantes que presentan los criterios, exigencias y características para realizar este estudio. De estos 80 estudiantes 40 viven con padrastro o madrastra y 40 viven con sus padres biológicos, la misma fue delimitada bajo ciertas particularidades que proporcionan información más confiable para hacer generalizaciones al respecto; cabe recalcar que, debido a que se trata de una investigación comparativa se tomaron dos grupos de niños con la mayor similitud posible entre los mismos.

Los criterios que se tomaron en cuenta para los participantes en esta investigación cumplieron los siguientes requisitos y precisiones.

Grupo1:

- Niños de ambos sexos.
- Entre las edades de 8 a 12 años de edad.
- Nivel primario cursando el 3°, 4°, 5° y 6°

- Que asistan a la unidad educativa Luis Calvo.
- Que vivan con padrastro o madrastra.

Grupo 2:

- Niños de ambos sexos.
- Entre las edades de 8 a 12 años de edad.
- Que vivan con sus padres biológicos.
- Que asistan a la unidad educativa Luis Calvo.

CUADRO N° 1
MUESTRA

Edad Sexo	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	TOTAL
MASCULINO	7	5	6	8	11	37
FEMENINO	5	7	10	9	12	42
TOTAL	12	12	16	17	23	80

4.5 METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.5.1 MÉTODOS

El método es el camino por donde se transita para lograr una estructura lógica del proceso de forma tal que se pueda incidir en el objeto para transformarlo.

Los métodos utilizados en esta investigación son: teóricos, empíricos y estadísticos.

- El *método teórico* permite describir de manera general las características que poseen las variables en la fundamentación teórica y la contextualización de la información que sustenta el estudio.

- El *método empírico*, incluye una serie de procedimientos prácticos sobre el objeto de estudio, que permite ver las características fundamentales y las relaciones esenciales de éste, que son accesibles a la contemplación sensorial, la cual se fundamenta en la experiencia y expresa en un lenguaje determinado. En el caso de la presente investigación se utilizaron los instrumentos de medición de ansiedad, depresión, autoestima y rasgos de personalidad.
- Los *métodos estadísticos* son los que permiten realizar una medición de los resultados a través de cálculos matemáticos y tablas de los datos alcanzados.

4.5.2 TÉCNICAS

Las técnicas que se utilizaron en la investigación fueron la de observación y test psicológicos, la observación permitió ver el comportamiento de cada niño al momento de la aplicación de los test psicológicos, los cuales cuentan con una hoja de respuesta de llenado sencillo, por medio de estas técnicas se pudo recabar la información necesaria para este estudio comparativo.

4.5.3 INSTRUMENTOS

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente; debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Los instrumentos utilizados son los siguientes:

- **Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)**

Este instrumento permite medir el primer objetivo específico en la investigación, el cual es identificar el grado de ansiedad de niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos

comprendidos entre las edades de 8 hasta los 12 años de la unidad Educativa Luis Calvo. de la ciudad de Tarija.

Descripción:

Nombre original: “State-Trait Anxiety Inventory for Children”.

Nombre en la adaptación: “STAIC, Cuestionario de Autoevaluación”.

Autor: Charles D. Spielberger y colaboradores (CPP, California, 1973).

Adaptación: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A, Madrid (1989).

Administración: Individual y colectiva.

Duración: Variable entre 15 a 20 minutos.

Aplicación: Niños de 9 a 15 años

Significación: Evolución de la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo.

Tipificación: Baremos en centiles y puntuaciones típicas.

El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), creado por Spielberger y cols. (1973, 1982) en California, es antecedido por el test STAI, del mismo autor. El STAIC fue adaptado a población Española Spielberger (1971) inició la construcción del STAIC retomando otros cuestionarios diseñados para medir ansiedad en niños y contando con la experiencia de la construcción y desarrollo del STAI (para adolescentes y adultos), inicialmente se elaboró un conjunto de 33 elementos de Ansiedad Estado (AE) y otro de 40 preguntas para evaluar Ansiedad Rasgo (A-R), con un modelo parecido al ya existente del STAI, pero exclusivamente para niños escolares. Posteriormente fue adaptado para la población Española por Seisdedos, N (1989), y quedó compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar la

Ansiedad Estado (A-E) y la otra para evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad del niño en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos cómo el sujeto se siente en general.

Normas de aplicación

Aunque, en principio, el STAIC puede autoaplicarse sin que sea necesaria la presencia de un técnico o personal cualificado, este resulta normalmente valioso para una mejor comprensión de las instrucciones y adecuada cumplimentación del cuestionario.

Las instrucciones necesarias para dicha aplicación están impresas en la portada de la prueba e inmediatamente debajo de los espacios destinados a los datos de identificación; no es necesario cumplimentar todos éstos, o bien pueden pedirse otros que se consideren convenientes. En dichas instrucciones no se han incluido indicaciones concretas sobre el lugar donde hay que anotar la contestación (en el mismo Ejemplar o en una Hoja de respuestas), puesto que esto dependerá del tipo de aplicación.

En la escala A-E las columnas de respuestas 1 a 3 señalan expresiones de grado que representan los sentimientos y se han encabezado con los titulares “Nada”, “Algo” y “Mucho” para facilitar la corrección y puntuación manual. En la escala A-R las respuestas expresan la frecuencia y las respuestas 1 a 3 vienen encabezadas con los titulares “Casi nunca”, “A veces” y “A menudo”.

Las instrucciones impresas pueden ser leídas en voz alta por el examinador (cuando se trate de exámenes colectivos), mientras los sujetos las sigue mentalmente. En el caso de un examen individual, el sujeto puede leerlas en silencio, y estar presente el examinador para aclarar cualquier duda, pero si se trata de niños pequeños es muy

conveniente la lectura por parte del examinador para facilitar la comprensión de la tarea por parte de los mismos.

Cuando el sujeto tiene que contestar en el Ejemplar, el examinador indicará qué debe hacerse poniendo una cruz sobre el número correspondiente a la respuesta (1, 2 ó 3) en ese elemento. En caso contrario, las instrucciones se ajustarán al tipo de Hoja de respuestas empleada y a las exigencias de la posterior corrección (manual o mediante lectora óptica).

No deberían modificarse nunca las instrucciones impresas para la escala A-R; sin embargo, las referidas a la escala A-E pueden alterarse para evaluar el nivel de intensidad del “estado” en una determinada situación o para un específico intervalo de tiempo de interés para el investigador o psicólogo clínico. Así, por ejemplo, para fines de investigación, el examinador puede enfocar su interés en un determinado periodo de tiempo: “lo que sentías cuando realizabas la tarea”, “momento antes de”, “cuando tenías delante el estímulo” o “cuando en su casa ocurrió”. A muchos sujetos no les resulta difícil responder a la escala A-E teniendo presentes los sentimientos de esas situaciones concretas.

Es necesario que los sujetos hayan comprendido perfectamente la tarea antes de comenzar la prueba, y el examinador pondrá especial cuidado en la comprensión de las instrucciones (contestar CÓMO se siente AHORA en la escala A-E, o CÓMO se siente EN GENERAL en la escala A-R), y la forma de anotar las contestaciones. Por estas razones es aconsejable que, una vez comenzada la prueba y durante los primeros momentos, se compruebe el seguimiento de dichas instrucciones, evitando que esto signifique una “fiscalización” de las respuestas concretas que se van dando.

Cuando todos los sujetos han comprendido la tarea, se les pide que den vuelta al impreso, que comiencen a contestar a las cuestiones de la prueba y que al terminar cada parte den vuelta de nuevo al Ejemplar y esperen las instrucciones del examinador.

Si la prueba es aplicada por personal auxiliar, queda bajo la responsabilidad del psicólogo, u otro profesional calificado para esta tarea, la comprobación de que dicho personal auxiliar tenga la competencia necesaria para la aplicación de este tipo de pruebas, de modo que se logre un buen clima y se conteste adecuadamente a las dudas o preguntas del examinador.

En el caso de un sujeto analfabeto o con algún impedimento que haya dificultado la lectura o comprensión de la tarea, el examinador mismo puede anotar la contestación dada por el sujeto a la presentación oral de cada elemento. No obstante, en ningún caso se debe cambiar, ampliar o interpretar las instrucciones ni aconsejar una de las respuestas.

Una vez finalizada la prueba, y antes de que se retire el sujeto, conviene revisar el material (Ejemplar/Hoja), para comprobar que se han seguido las instrucciones dadas. En caso contrario, tal vez sea posible pedirle que se considere esas diferencias, puesto que un material mal complementado puede invalidar el esfuerzo de toda la aplicación.

Normas de corrección y puntuación

En primer lugar, conviene examinar previamente el material utilizado para comprobar que no se han hecho anotaciones inapropiadas (por ejemplo, marcar varias alternativas en un elemento). Si se presenta alguno de estos casos, el examinador puede hacer las correcciones oportunas.

Normalmente los niños contestan a todos los elementos del STAIC sin necesidad de tener que urgirles a que lo hagan.

No obstante, si un niño omite uno o dos elementos en A-E o en A-R, es necesario prorratear la puntuación que hubiera obtenido si hubiera contestado a todas las cuestiones; esto puede hacerse de la siguiente forma: 1) dividir la puntuación obtenida en los elementos contestados por el número de éstos; 2) multiplicar el

resultado por 20; y 3) redondear el producto al valor entero superior. Si se hubiera omitido más de dos elementos, hay que cuestionar la validez de los resultados.

Las contestaciones dadas por el sujeto pueden ser puntuadas con 1 a 3 puntos, de acuerdo con la intensidad del síntoma presentado en cada elemento, y la suma de puntos puede hacerse manualmente o mediante un proceso de mecanización. En el primer caso es necesaria la utilización de la planilla de corrección; en ella se resumen las instrucciones para su utilización con la ayuda de las tres columnas (A, B Y C) para obtener el número de puntos obtenidos en cada escala.

Dado que las respuestas que expresan negación de la ansiedad reciben al menos 1 punto, la puntuación mínima en cada escala es de 20 puntos. La puntuación máxima en cada una es de 60 puntos. Por otra parte, como la mitad de los elementos de la escala A-E están redactados de forma que la respuesta “3 Mucho” indica ausencia de ansiedad (“me siento seguro”), estos elementos deberían ser puntuados de forma inversa, es decir la respuesta “1. Nada” debe recibir 3 puntos, 2 puntos la respuesta “2. Algo” y 1 punto la respuesta “3. Mucho”. Sin embargo, se ha ideado un procedimiento que permite obviar esta inversión; consiste en puntuar separadamente los aspectos “positivos” de ansiedad y los aspectos “negativos” de la misma, calcular la diferencia entre ambos conjuntos y añadir al resultado una constante (40 puntos). Esto sólo es aplicable a la escala A-E (pues en la escala A-R todos los elementos son “positivos” hacia la ansiedad), y por esta razón en la Plantilla existen dos columnas o recuadros para puntuar esta escala A-E.

Cuando el proceso se haga manualmente, se seguirán los siguientes pasos:

- Se coloca la Plantilla sobre el Ejemplar de modo que las palabras “Nada”, “Algo”, “Mucho” del recuadro A coincidan con las del ejemplar A-E; se suman los puntos obtenidos por las respuestas del sujeto que se transparentan debajo de la planilla. Estos son los puntos “positivos A”.

- Se coloca de nuevo la Plantilla de modo que el recuadro B cubra esa misma zona, y se suman los puntos obtenidos por las respuestas del sujeto que transparentan debajo de la plantilla. Estos son los puntos “negativos B”.
- Se calcula la diferencia “positivos”, “negativos” y se le suma la constante 40, es decir la puntuación en $A-E = A - B + 40$.
- Se coloca de nuevo la plantilla de modo que el recuadro C cubra la zona de las respuestas a la escala A-R, y se suman los puntos obtenidos por las contestaciones del sujeto. Como no hay elementos negativos de ansiedad esa suma es la puntuación directa en la escala A-R.

Si el proceso es mecanizado, y se han seguido las exigencias del mismo (utilización de Hoja especial, marcas con lápiz, complementación de los códigos de identificación, etc.), la máquina realizará todo el proceso hasta obtener ambas puntuaciones directas, sus derivadas o cualquiera de las “salidas” existentes en dicho proceso.

NORMAS PARA LA INTERPRETACIÓN

El uso práctico de la tabla de baremos es bastante simple. Una vez obtenidas las puntuaciones directas (PD) en ansiedad de un sujeto mediante el uso de la Plantilla de corrección, se entra en el cuerpo de la tabla por la columna de su sexo hasta encontrar el valor directo, y a la misma altura se hallan la puntuación centil (“Pc” en la primera columna de la izquierda), y la puntuación “S” (en la última columna de la derecha)

Estas son las categorías diagnósticas de acuerdo a los percentiles:

- 1 - 20 ansiedad muy baja
- 25 – 45 ansiedad baja
- 50 ansiedad media
- 55 – 75 ansiedad alta

- 80 – 99 ansiedad muy alta

➤ **Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs**

Este instrumento permite evaluar el grado de depresión de niñas y de niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos comprendidos entre las edades de 8 hasta 12 años de la Unidad Educativa Luis Calvo.

La primera versión oficial del CDI fue creada por Kovacs y Beck en 1977 y, desde entonces, la prueba, no sufre muchas variaciones, constituyéndose en el primer instrumento de depresión fundamenta en un marco teórico cognitivo. Entre los años 1978 y 1981, como producto de la intensa investigación de Kovacs, aparecen muchos artículos publicados sobre el instrumento.

La evolución de la depresión infantil puede realizarse a través de múltiples instrumentos. El Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs ha sido traducido a diferentes idiomas y es el más usado y citado en la bibliografía especializada. Además es la primera prueba creada para medir la sintomatología depresiva en niños. Estas cualidades son posibles, en la medida en que ha demostrado sus propiedades psicométricas a través de estudios realizados en países con culturas tan diversas como, Irak, Inglaterra, España, Puerto Rico, Perú, etc.

Características de la prueba

El inventario de la Depresión Infantil (CDI) ha sido diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es una prueba fácil de leer y comprender pues ha sido creada para un nivel muy básico de escolaridad (Sood y Nirbhay, 1996) por lo que se puede aplicar desde los 7 años.

La última versión del CDI (2004) en español presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la

presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004).

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening). Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Solo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos.

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas proporciona la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas son transformadas en sus percentiles.

Estas son las categorías diagnósticas de acuerdo a los percentiles:

- 31 – 44 puntajes bajos de sintomatología depresiva
- 45 - 52 puntajes medios de sintomatología depresiva
- 54 - 80 puntajes altos de sintomatología depresiva

➤ **Inventario de Autoestima de Coopersmith**

Para los propósitos del presente trabajo se empleó como instrumento un inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Stanley Coopermith 1997 (I.A.C) traducida al español por María Isabel Panizo.

DESCRIPCIÓN: El inventario de autoestima fue diseñado por Coopersmith para medir el nivel de autoestima, está constituido por 58 afirmaciones con respuestas dicotómicas igual que (A) – distinto a (B), que brindan información acerca de las características del autoestima a través de la evaluación de cuatro sub test.

Autor: Stanley Coopersmith.

Administración: Individual y colectiva

Tiempo: aproximadamente 30 minutos

Nivel de aplicación: de 8 a 15 años

Finalidad: Medir las actitudes valorativas hacia el sí mismo, en las áreas: sí mismo general, social, escolar, mentira y, hogar o familiar de la experiencia del sujeto

- Autoestima en el área sí mismo general
- Autoestima en el área social
- Autoestima en el área escolar
- Autoestima en el hogar
- Autoestima de la mentira

Coopermith estableció la siguiente escala de puntajes que indica el tipo de autoestima que posee el participante, si el puntaje es:

- Igual o inferior a los 50 puntos en puntaje Bruto o 39 puntos en Puntaje Transformado, entonces se tiene Autoestima Baja.

- Igual o superior a los 52 puntos en Puntaje Bruto o a 40 puntos en Puntaje Transformado, entonces se tiene Autoestima Media.
- Igual o superior a 76 puntos en Puntaje Bruto o a 60 puntos en Puntaje Transformado, entonces se tiene Autoestima Alta.

- **TEST DEL ÁRBOL**

Test del árbol

El test del árbol entra dentro de los llamados “Test Proyectivos” o “Test Gráficos”.

Por ende, el test del árbol es un test proyectivo de la personalidad profunda a través de sus distintos contenidos se exploran áreas de la personalidad. Es una técnica muy utilizada en la práctica clínica.

El desarrollo del test del árbol como un test proyectivo y psicodiagnóstico fue legado primeramente por Emil Jucker, un consejero vocacional suizo. Fue posteriormente seguido por Thurner, un psicólogo suizo; luego, Vetter, un grafoanalista alemán y psicólogo fue el primero que combinó las dos ciencia. Más tarde, el psiquiatra suizo Karl Koch aporta sus formulaciones al Test de Árbol. Muchas de las interpretaciones que K. Koch hizo del Test del Árbol están muy relacionadas con aquellas de la grafología (Masuello, 1998, pág. 5).

El test del árbol es, sin duda, uno de los instrumentos proyectivos más simples de efectuar por parte de niños, jóvenes y también adultos.

Por tanto, el test del árbol es una herramienta muy eficaz para comprender los aspectos más auténticos y escondidos de la personalidad. El test puede ser aplicado a cualquier persona sin importar la edad.

4.4 PROCEDIMIENTO

Para la realización del presente trabajo de investigación se va a seguir los siguientes procedimientos, los cuales se describen a continuación:

- **Primera Fase:** Esta fase consistió en la búsqueda bibliográfica para la realización del presente trabajo de investigación.
- **Segunda Fase:** (Prueba piloto) En esta fase se hizo la aplicación de los instrumentos a una muestra piloto, que tenía por objeto verificar que los mismos, al aplicarlos, sean entendidos por los sujetos objeto de estudio. En ella se obtuvieron resultados favorables, que permitieron su aplicación posterior.
- **Tercera Fase:** (Preparación de los instrumentos) Para esta etapa, se procedió a la preparación de cada uno de los instrumentos seleccionados para esta investigación, de la misma manera se han realizado las correcciones de las dificultades encontradas en la aplicación de la prueba piloto.
- **Cuarta Fase:** (Selección de la muestra) Para este paso se procedió a la selección de cada una de los elementos muestrales para posteriormente realizar la aplicación de los instrumentos seleccionados a la misma. Para esta fase se procedió a buscar a cada uno de los niños que vivan con un padrastro o madrastra y pedir su consentimiento para que pueda ser partícipe de la presente investigación e indicando que se le aplicarán unas pruebas psicológicas y que los resultados de los mismos solo serán de conocimiento de la autora y que se vela, por la confidencialidad de los resultados encontrados.
- **Quinta Fase:** (Recojo de información) Se procedió a la aplicación de cada uno de los instrumentos seleccionados, entre los cuales se tienen el cuestionario de Ansiedad de Rojas, el Inventario de Depresión de Beck BDI-II, el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el test Proyectivo del Dibujo del Árbol de Koch, los cuales ayudaron a responder la hipótesis de trabajo.

- **Sexta Fase:** (Análisis e interpretación de los datos) Los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos fueron interpretados y analizados según sus escalas y/o baremos de los test utilizados, más la interpretación y el análisis propio de cada uno de los sujetos para la posterior aceptación o rechazo de la hipótesis de trabajo.
- **Séptima Fase:** Se procedió a la redacción del informe final.

V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos utilizados para evaluar la muestra seleccionada, que en este caso está comprendida por niños que viven con padrastro o madrastra y niños que viven con sus padres biológicos de la ciudad de Tarija.

Así mismo, se realizó el análisis de los datos más ilustrados en cada cuadro y gráfico delineados para evaluar y cumplir con la comparación de cada uno de los objetivos de la investigación en función de estos dos grupos de estudio y dar respuesta precisa a la hipótesis y el problema planteado.

El procedimiento y análisis e interpretaciones presentadas se realizaron a través de una metodología cuantitativa y descriptiva, las cuales permiten una mejor visión del tema investigado, permitiéndonos realizar una comparación de los dos grupos.

La realización del análisis se orientó de la siguiente forma, consecuentemente en el orden de cada objetivo específico:

1 “Identificar el grado de ansiedad de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos” Para la medición de este objetivo se utilizó el test de STAIC, el cual mide el nivel de ansiedad estado - rasgo, para una mejor comprensión del análisis cuenta con un cuadro y su gráfica.

2 “Evaluar el grado de depresión de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos” Para la medición de este objetivo se utilizó el test de CID, el cual mide el nivel de depresión, para una mejor comprensión del análisis cuenta con un cuadro y su gráfica.

3 “Determinar el nivel de autoestima de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.” Para la medición de este objetivo se utilizó el test de COOPERSMITH, el cual cuenta con su cuadro estadístico y su gráfica para una mejor comprensión de análisis.

4 “Describir los rasgos de personalidad de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.” Para la medición de este objetivo se utilizó el test proyectivo del ÁRBOL, el cual nos permite evaluar rasgos de personalidad en tres dimensiones el “SUPER YO”, el “YO” y “ELLO”, los cuales cuentan con su cuadro y gráfica correspondiente para una mayor comprensión de análisis.

Sin embargo, previo a analizar los objetivos, es importante mencionar los siguientes tres cuadros que hacen referencia a los datos de: sexo, edad, padrastros/madrastras y padres biológicos.

CUADRO N° 1

SEXO

SEXO		
	Fr	%
Varón	43	54
Mujer	37	46
Total	80	100

En este cuadro, como se observa el sexo masculino llega a la cantidad de 43 sujetos que equivale al 54% de la muestra total de la investigación. Por otro lado el sexo femenino alcanza una frecuencia de 37 personas, la misma que representa el 46% del total de los evaluados. De esta manera se llega a la sencilla deducción que ambos porcentajes hacen una sumatoria general del 100%.

CUADRO N° 2

EDAD

EDAD		
	Fr	%
8 Años	12	15
9 Años	12	15
10 Años	16	20
11 Años	17	21
12 Años	23	29
Total	80	100

El análisis correspondiente referente a la edad están, presentados por porcentajes absolutos y porcentuales, resultado de niñas y niños que se encuentran cursando la primaria, tanto del sexo femenino como del masculino, etarios que comprenden las edades de 8 hasta los 12 años.

En la apreciación de los resultados se puede observar que la distribución de edad cronológica, tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino, el rango de edad de 8 y 9 años alcanza un porcentaje igual al 15% del total de la muestra, así mismo el rango de edad de 10 años representa un 20% del total de la muestra, se aprecia que el rango de edad de 11 años corresponde a un equivalente de un 21% y la mayor proporción de la muestra está en el rango de edad de 12 años con un porcentaje equivalente a un 29%.

CUADRO N° 3

PADRASTRO/MADRASTRA Y PADRES BIOLÓGICOS

Padres		
	Fr	%
Padraastro	28	35
Madrastra	12	15
Padres Biológicos	40	50
Total	80	100

Para la lectura del tercer cuadro, organizada en 2 grupos referente a padrastro/madrastra y padres biológicos.

Se aprecia que en los grupos mencionados se puede ver que el total compuesto por padrastros alcanza un porcentaje igual al 35% del total de la muestra, el grupo de las madrastras representa una minoría equivalente a un 15%, así mismo mencionar que los padres biológicos alcanzan un porcentaje de 50%.

Podemos mencionar que debido a los cambios que ha experimentado la familia, han potenciado al surgimiento de nuevas formas de organizarse; una de ellas, es esa estructura familiar en la que al menos uno de los miembros de la familia aporta algún hijo fruto de una relación previa, lo que convierte a estos adultos en padrastro y o madrastra de los hijos biológicos de su pareja (Gorrell y Burchard, 1998).

La familia es el núcleo social; según Luna (2000), la dinámica familiar brinda un ambiente seguro físico, social, y emocional, donde el niño puede gozar de un espacio propio para realizar sus actividades; los padres comparten con los niños actividades cotidianas dentro y fuera de la casa, estimulando interacción con otras personas. En lo afectivo la familia tiene un intercambio afectivo donde el niño puede expresar sus emociones positivas y negativas. Los miembros de la familia son capaces de generar un vínculo que permite desarrollar sentimientos de pertinencia, brinda a sus miembros un contexto de afecto, aceptación y respeto; permitiendo tener un espacio donde la familia comparte diferentes actividades. En la relación con el otro, el niño requiere reconocimiento y apoyo afectivo de parte de los padres, lo cual permitirá contar con seguridad afectiva para expresar conductas de oposición hacia la autoridad, actitudes agresivas e impositivas al relacionarse con el padre y desarrollar una postura de liderazgo con el grupo de pares.

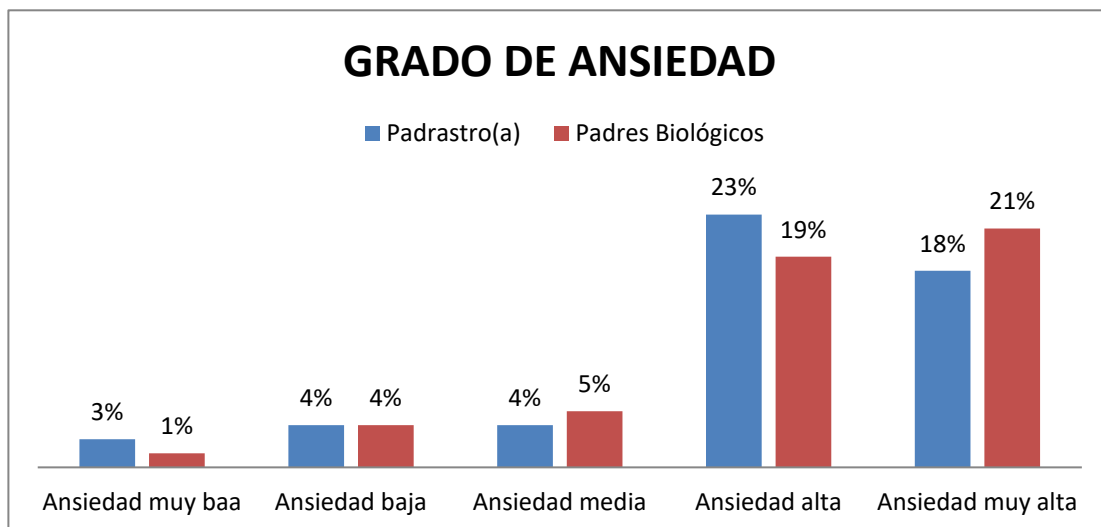
5.1. Primer objetivo específico

“Identificar el grado de ansiedad de las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra en comparación con niñas y niños que viven con sus padres biológicos.”

CUADRO N° 4
GRADO DE ANSIEDAD

NIVEL DE ANSIEDAD	TIPO FAMILIA					
	Padrastro		Madrastra		Padres Biológicos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ansiedad muy baja	1	1%	1	1%	1	1%
Ansiedad baja	1	1%	2	3%	3	4%
Ansiedad media	2	3%	1	1%	4	5%
Ansiedad alta	13	16%	5	6%	15	19%
Ansiedad muy alta	11	14%	3	4%	17	21%
TOTAL	28	35%	12	15%	40	50%

GRÁFICO N°1



Elaboración propia.

La ansiedad según Charles D. Spielberger, se define como, las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, que la aprensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en cierto plazo de tiempo. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente que algunas veces son irreversibles y habitualmente son incontrolables, la persona reacciona con respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras. Para la medición de la ansiedad se toma en cuenta estas dos dimensiones A-E (ansiedad estado) y A-R (ansiedad rasgo), a medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. La medida A-R, por otra parte, intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad. Por tanto, ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños, con elevado A-R están más propensos que los niños con bajo nivel A-R a responder con elevaciones de A-E. Dimensiones que evalúan el factor de la ansiedad.

En el análisis del presente cuadro, se hace referencia a la ansiedad, trastorno emocional complejo que implican sensaciones desagradables y produciendo cambios fisiológicos y de conductas.

De acuerdo a los datos obtenidos, en el Gráfico N°1 se puede evidenciar de forma general la comparación de los resultados del grado de ansiedad de los niños que viven con padrastro o madrastra y los niños que viven con sus padres biológicos, se distingue que un 23% de los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un grado de ansiedad **alta**, que llega a ser igual a 18 personas, lo que indica que tal vez en las relaciones entre padrastro e hijastro se reporten las mayores dificultades. Investigaciones reportan como las niñas y niños resienten la ruptura del vínculo con su progenitor biológico (muchas veces acentuando durante la vida como familia uniparental) y perciben a la nueva pareja como un rival de afecto parental. Por otra, los niños pueden vivir el acercamiento hacia el nuevo padrastro (o madrastra) como un problema de lealtad con padre (o madre) biológico ausente (Rivera & Meschi,

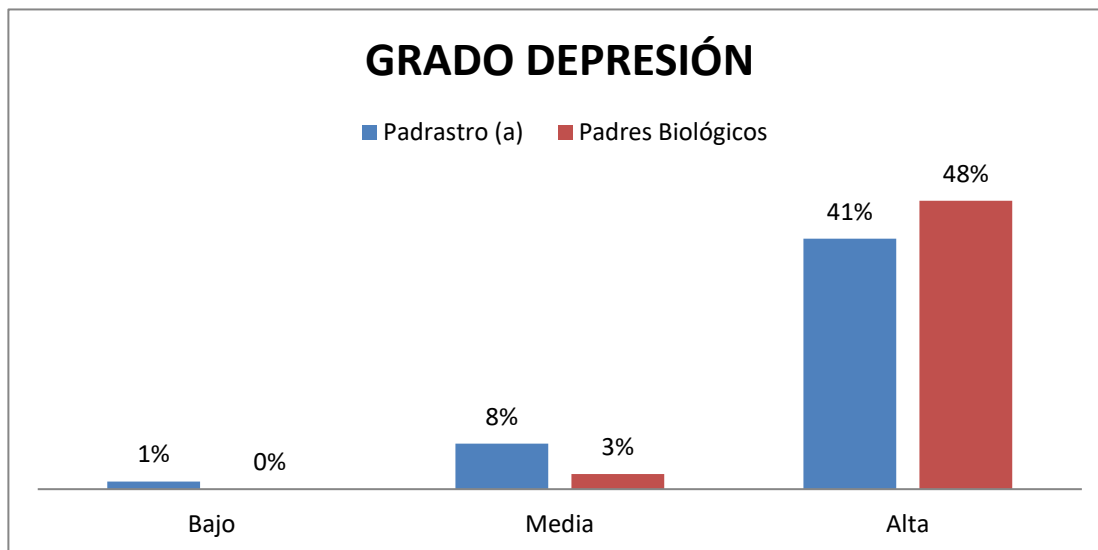
1995; Bernstein, 1997). Además, el manejo de autoridad entre padres e hijos no biológicos opera como una de las principales fuentes de tensión e insatisfacción marital (Coleman et al., 2000).

Por otro lado, el grupo de los niños que viven con sus padres biológicos presentan un grado de ansiedad **muy alta** siendo el mismo equivalente a 17 personas; lo que indica que un factor de riesgo pueden ser los padres controladores y sobre protectores, que probablemente no son capaces de identificar la ansiedad que experimentan sus hijos, o peor aún, considerarla normal (Cárdenas, 2010). Cuando la ansiedad es intensa, origina sentimientos desagradables de terror e irritabilidad (deseos de correr, ocultarse y gritar) prestando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación en el individuo, así también puede haber un sentimiento de irrealidad, Situación que indican que la ansiedad se entienda como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (Spielberger, Pollans y Wordan. 1984).

CUADRO N°5
GRADO DEPRESIÓN

NIVEL DE DEPRESION	TIPO FAMILIA					
	Padraastro		Madrastra		Padres Biológicos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	1	1%	0	0%	0	0%
Media	4	5%	2	3%	2	3%
Alta	23	29%	10	13%	38	48%
TOTAL	28	35%	12	15%	40	50%

GRÁFICO N°2



Elaboración propia.

Según Beck (1983) el depresivo tiende a organizar la realidad sobre la base de un tipo de pensamiento inmaduro o primitivo. Ese pensamiento posee características como el de ser extremo, negativo, absolutista, invariable, etc, a diferencia del pensamiento maduro que suele ser relativo, multidimensional, variable, etc. Las características que posee el pensamiento inmaduro pueden originar respuestas emocionales que tienden a ser negativas y extremas. Por último, este modelo señala que los eventos negativos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que le dio origen.

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede evidenciar, en el Gráfico N°2 que el mayor porcentaje en ambos grupos presentan grados de depresión **altos**, con 41% en los niños que viven con padrastró o madrastra y un 48% de los niños que viven con padres biológicos, con síntomas de: sentimientos de tristeza, sensación de infelicidad, dificultad en la concentración, relaciones de dependencia, sentimientos de culpa, fatiga, que empiezan a mostrar sobre todo en la escuela y en su relación con los pares,

que son las actividades que caracterizan esta edad. En este periodo, se puede observar rechazo a las actividades escolares, imitación (peleas y discusiones constantes con sus pares), dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestran autocríticos e inseguros de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos, Se puede evidenciar, desde este periodo, problemas de conducta extremadamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.; también se sigue manifestando problemas de encopresis (incontinencia fecal), enuresis u onicofagia (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomas, 1996).

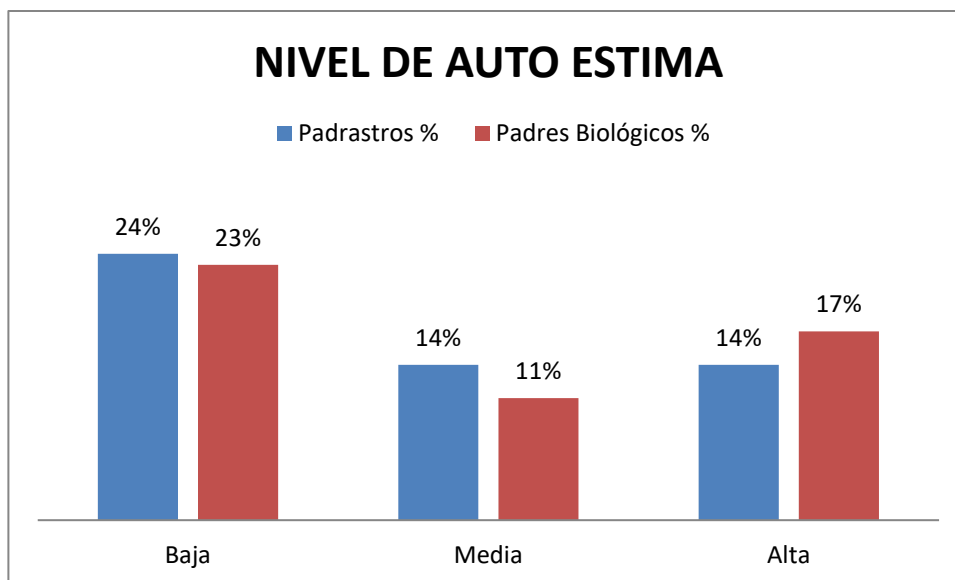
Según Wright (2007) son diversos los factores por los que un niño sufre depresión, la causa principal es el divorcio con todas las pérdidas que representa. Además de la separación de los padres también se encuentran las causas siguientes: Una mal formación enfermedad que presenta el niño; disfunción de las glándulas endocrinas, la falta de afecto, abandono de los padres; rivalidad entre hermanos en el que se puede mencionar el favoritismo por alguno de los hijos que no es el propio y que se diferencia las atenciones prestadas entre unos y otros, dificultad de relación entre madrastra o padrastro y el niño, problemas económicos dentro del hogar, sensibilidad del infante entre el cambio de casa o escuela, como lo son las mudanzas.

CUADRO N°6

NIVEL DE AUTOESTIMA

NIVEL DE AUTO ESTIMA	TIPO FAMILIA					
	Padraastro		Madrastra		Padres Biológicos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Baja	13	17%	5	7%	18	23%
Media	9	11%	2	3%	9	11%
Alta	6	8%	5	7%	13	17%
TOTAL	28	35%	12	15%	40	50%

GRÁFICO N°3



Elaboración propia.

Stanley Coopersmith (1967) señala que la autoestima “Es la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo; expresa una actitud de aprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. Es decir, es el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo”.

Observando el Gráfico N°3, se presenta la de comparación de los niveles de autoestima en niños que viven con padrastro o madrastra y niños que viven con sus padres biológicos

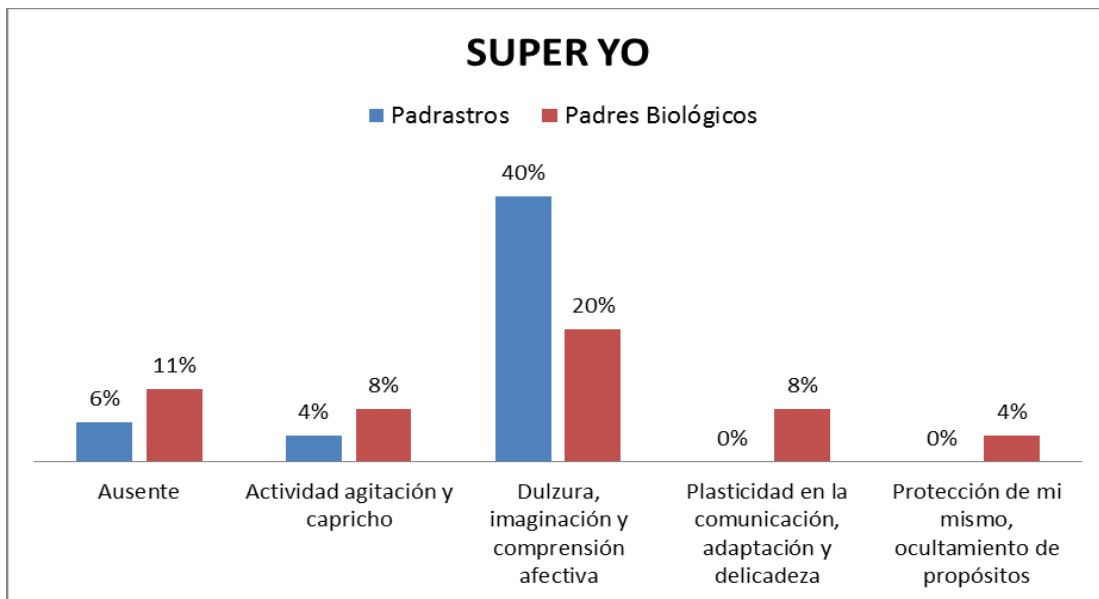
Estos resultados muestran que existe una diferencia muy notable en estos dos grupos de estudio, ya que el grupo de los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un **nivel bajo** de autoestima con un 24% presentando las siguientes características; se sienten frágiles porque le afectan las cosas y los comentarios ya que se sienten atacados, sienten que siempre serán rechazados, son inseguros, necesitan la aprobación de todo lo que hace, considera sus errores como fracaso. Por otro lado, el grupo de los niños que viven con padres biológicos presentan un **nivel alto** de

autoestima con un 17% lo que indica que este grupo presenta las siguientes características; de aceptación de sí mismo, se da un reconocimiento sincero en cuanto a sus limitaciones, defectos, virtudes y cualidades, capaces de decir, no busca agradar a los demás y no temen ser rechazados, se responsabilizan sobre decisiones tomadas, no huyen de los problemas ni tienen miedo de asumir sus culpas, cuando deciden algo se hacen responsable de las consecuencias., sus errores son oportunidades para aprender, no son fracasos, sino es algo de lo que se puede sacar provecho para hacer las cosas mejor. Podemos mencionar que las interacciones con los padres son de especial importancia para el ejercicio, desarrollo de las habilidades sociales y su calidad positiva o negativa incide en su autoestima. Al respecto puede señalarse que los mismos niños reconocen como fundamental en la formación del auto concepto, el respeto que ellos sienten que les tienen las personas que son más significativas para ellos son: padres, compañeros, seguidos de profesores y amigos. (Macia Diego; 2002:123). Los padres son como un espejo de su sonrisa, el niño aprende que es encantador, de su caricia, que está seguro de su respuesta a su llanto, un niño aprende que es efectivo e importante. Estos son los principales fundamentos de su valía y los fundamentos de su autoestima. (Demo, 1999).

CUADRO N°7
RASGOS DE PERSONALIDAD (SUPER YO)

PERSONALIDAD	TIPO FAMILIA					
	Padrastra		Madrstra		Padres Biológicos	
SUPER YO	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausente	4	5%	1	1%	9	11%
Actividad agitación y capricho	1	1%	2	2%	6	7%
Dulzura, imaginación y comprensión afectiva	23	28%	9	11%	16	20%
Plasticidad en la comunicación, adaptación y delicadeza	0	0%	0	0%	6	7%
Protección de mí mismo, ocultamiento de propósitos	0	0%	0	0%	3	4%

GRÁFICO N°4



Elaboración propia

Sigmund Freud expone sobre el modelo de la personalidad que es como un sistema dinámico que es administrado por tres estructuras: Ello (id), Yo (ego), y Superyó. Estas tres estructuras están íntimamente ligadas a la mayoría de conductas.

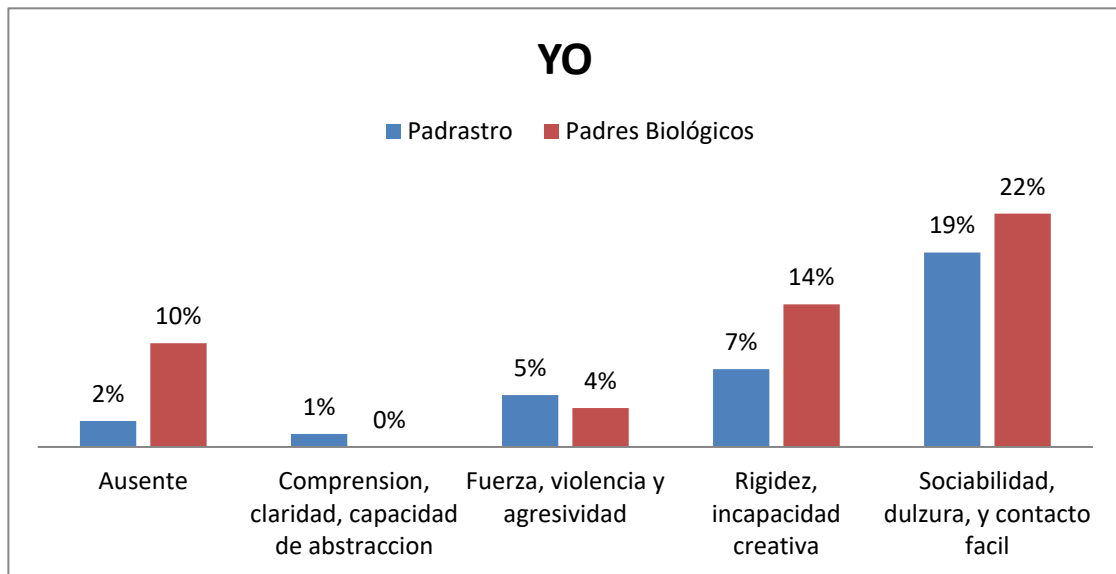
Como se explicó anteriormente, el Súper Yo es el representante de las normas y de la autoridad. En el incluye la educación percibida por el sujeto, la sociedad y el entorno que le rodea. Es inconsciente, pero con una parte consciente.

Se puede observar en el Gráfico N°4, que los niños de los grupos comparativos de rasgos de personalidad, nos indica que los niños que viven con padrastro o madrastra presentan rasgos de carácter de dulzura, son comprensivos, afectivos e imaginativos, evidenciando un resultado de 40%. Por otro lado, el grupo de los niños que viven con sus padres biológicos presentan indicadores de rasgos de personalidad con protección de sí mismo y ocultamiento de propósitos con un resultado de 4% de estos rasgos.

CUADRO N° 8
RASGO DE PERSONALIDAD (YO)

PERSONALIDAD	TIPO FAMILIA					
	Padraastro		Madrastra		Padres Biológicos	
YO	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausente	2	2%	1	1%	8	10%
Comprensión, claridad, capacidad de abstracción	1	1%	2	2%	0	0%
Fuerza, violencia y agresividad	4	5%	1	1%	3	4%
Rigidez, incapacidad creativa	6	7%	2	2%	11	14%
Sociabilidad, dulzura, y contacto fácil	15	19%	6	7%	18	22%

GRÁFICO N°5



Elaboración propia

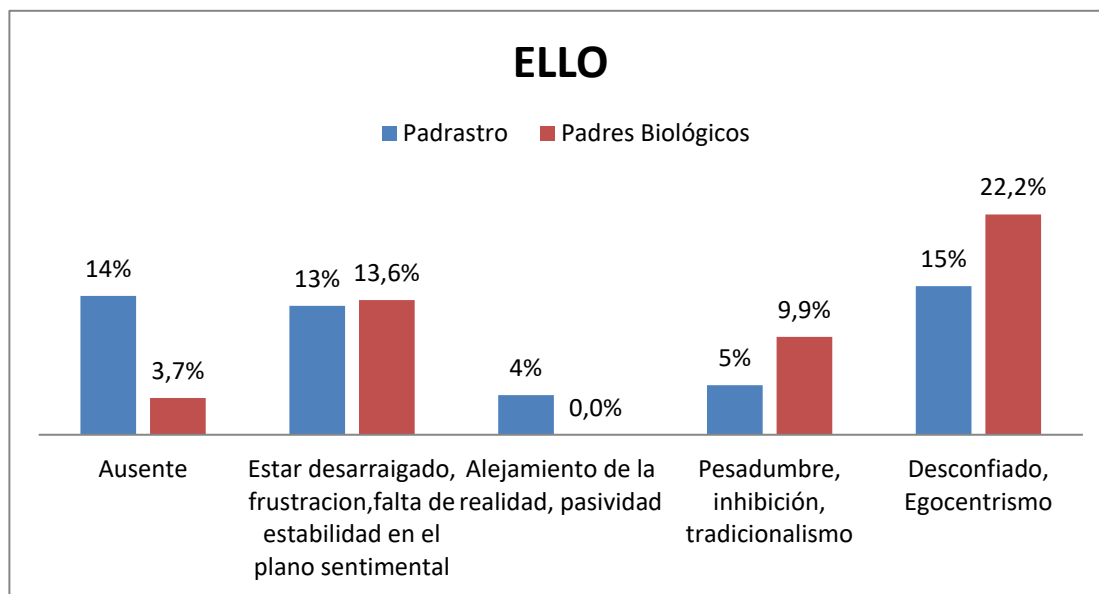
El Yo es el principio de la realidad, es consciente y tiene como función comprobar la realidad, controlar los deseos y los impulsos del Ello.

Se observa en el Gráfico N°5 que el grupo de los niños que viven con padrastro o madrastra presentan rasgos de agresividad, sin control de fuerza y violencia el grupo de los niños que viven con sus padres biológicos son sociables, de contacto fácil.

CUADRO N° 9
RASGO DE PERSONALIDAD (ELLO)

PERSONALIDAD	TIPO FAMILIA					
	Padrastra		Madrastro		Padres Biológicos	
ELLO	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausente	9	11,1%	2	2,5%	3	3,7%
Estar desarraigado, frustración, falta de estabilidad en el plano sentimental	7	8,6%	3	3,7%	11	13,6%
Alejamiento de la realidad, pasividad	3	3,7%	0	0,0%	0	0,0%
Pesadumbre, inhibición, tradicionalismo	2	2,5%	2	2,5%	8	9,9%
Desconfiado, Egocentrismo	7	8,6%	5	6,2%	18	22,2%

GRÁFICO N°6



Elaboración propia

El Ello simboliza la calidad e intensidad de las relaciones que el sujeto tiene con el mundo que le rodea, sus aspiraciones personales y su estado de ánimo actual. El Ello es inconsciente, en él se encuentran los impulsos instintivos y el principio del placer.

En este último Gráfico N°6 podemos destacar que los niños que viven con padrastro o madrastra son pasivos, con alejamiento de la realidad y los niños que viven con sus padres biológicos son desconfiados, egocéntricos con el mundo que les rodea.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

El presente trabajo concluido con los niños que viven con padrastro y madrastra y los niños que viven con sus padres biológicos es enriquecedor puesto que no solo se cumplió los objetivos planteados al inicio sino también fue un espacio para poder aprender acerca de los efectos psicológicos que presentan los niños al convivir con este tipo de familias reconstituidas en comparación con los niños que viven con sus padres biológicos, fortaleciendo también los conocimientos adquiridos durante los años de estudio.

Una vez efectuados el análisis e interpretación de los datos obtenidos, se presenta las siguientes conclusiones.

1.- En cuanto se refiere al grado de ansiedad se pudo verificar que los niños que viven con padrastro o madrastra poseen un **grado de ansiedad alto** y los niños que viven con sus padres biológicos presentan un **grado de ansiedad muy alto** rechazando así lo planteado en la hipótesis que dice: *“Las niñas y niños de la Unidad Educativa Luis Calvo del barrio Lourdes que viven con padrastro o madrastra tienen un **grado de ansiedad alta** y los que viven con sus padres biológicos no presentan grado de ansiedad.”*

2.- Al señalar el grado de depresión, cabe destacar que según los datos extraídos y el análisis realizado, los niños que viven con padrastro o madrastra y los niños que viven con padres biológicos presentan **grados de depresión altos** rechazando la hipótesis planteada en el trabajo de estudio que dice: *“Las niñas y los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un grado de depresión alta y los que viven con sus padres biológicos presentan un nivel de depresión nulo”*

3.- La variable autoestima de los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un **nivel bajo** y los niños que viven con sus padres biológicos presentan, un **nivel alto** aceptando lo que se plantea en la hipótesis al inicio de la investigación, que dice: *“Las niñas y los niños que viven con padrastro o madrastra presentan un nivel bajo de autoestima y los que viven con sus padres biológicos presentan un nivel alto de autoestima.”*

4.- Se puede observar que los rasgos de personalidad de niños que viven con padrastro o madrastra son rasgos de personas comprensivas, afectivas, de sentimientos dulces e imaginativos, sociables, de contacto fácil, pasivos y los niños que viven con padres biológicos son desconfiados, egocéntricos, tal vez con actitud de protección de sí mismo, con rasgos de ocultamiento de propósitos, de comportamiento agresivo, violento, rechazando la hipótesis planteada en la hipótesis de estudio que dice: *“las niñas y niños que viven con padrastro o madrastra se caracterizan por ser sumisos, con bajo contacto social, son retraídos, con falta de estabilidad psíquica, con bajo nivel afectivo y los que viven con sus padres biológicos son alegres, confiados, tranquilos, sociables, etc.”*

6.2.- RECOMENDACIONES

Una vez finalizado todo el proceso investigativo se puede recomendar lo siguiente

A los padrastros o madrastras y padres biológicos

1.- Al tratarse de niños con diferentes problemas de ansiedad, depresión resulta más imperativo trabajar más de cerca con los estudiantes, los padrastros o madrastras como también con los padres biológicos, enseñando técnicas de relajación para lograr ayudar a sobrellevar y superar los conflictos externos e internos que presentan los niños, y así los niños puedan afrontar las diferentes situaciones difíciles que les toque vivir.

2.- Evitar expresiones y conductas que refuercen estados de ansiedad y depresión.

3.- Incluir dentro de las actividades de la unidad educativa taller de fortalecimiento para las relaciones de este tipo de familia reconstituida.

4.- Ayudar a los padrastros o madrastras con apoyo jurídico, ya que no existen leyes que respalden su rol o su responsabilidad.

5.- Ante la advertencia de ansiedad, depresión, cambio de comportamiento, que lleven a conductas patológicas de los niños, realizar la consulta oportuna a profesionales especialistas.

A los directores:

1.- Que impartan programas de prevención, promoviendo charlas seminarios y talleres con temáticas referente a la ansiedad, depresión, autoestima y comportamiento, promoviendo y facilitando el dialogo abierto entre profesores, padres y niños.

2.- Ante la detención de ansiedad, depresión y cambios de comportamiento patológicos se ponga en conocimiento a los padres biológicos, a los padrastros o se haga la derivación correspondiente a las instituciones encargadas del tema.

A la universidad y a las instituciones:

1.- A futuros investigadores interesados en esta temática que se dirijan a realizar investigaciones más profundas con niños que conforman este tipo de familias reconstituidas.

2.- A partir de lo experimentado durante todo este proceso, se considera importante poder llevar a cabo un estudio similar o una réplica del mismo en otras poblaciones, es necesario considerar la necesidad de trabajar el aspecto emocional de los niños para enfrentar los problemas habituales que se presentan tanto en la familia biológicas como las familias reconstituidas con padrastro o madrastra.

3.- La promoción de información sobre la importancia del manejo de la ansiedad, depresión que estos conllevan de no ser tratados oportunamente.

4.- Periódicamente la aplicación de instrumentos que permitan la detección de ansiedad, depresión y cambios de comportamiento.

5.- La explicación de lo adecuado y no del manejo de la ansiedad, depresión; a los profesores o personas que trabajan con este tipo de población.