

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Influencia de la Drama Terapia en el Autoconcepto de  
niños con Carencia Afectiva**

**Proyecto de Investigación**

**Arianna Verónica Chiriboga Moncayo**

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de Licenciada en Psicología

Quito, 7 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Influencia de la Drama Terapia en el Autoconcepto de niños con carencia  
afectiva**

**Arianna Verónica Chiriboga Moncayo**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana María Viteri, Ph.D.

Firma del profesor \_\_\_\_\_

Quito, 7 de diciembre de 2016

## Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la política de Propiedad Intelectual USFQ, y esto de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y Publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma del estudiante:

---

Nombres y apellidos:

Arianna Verónica Chiriboga Moncayo

Código:

00111244

Cédula de Identidad:

1714826904

Lugar y fecha:

Quito, diciembre de 2016

## RESUMEN

**Antecedentes:** La carencia afectiva es un tipo de maltrato infantil que se da en el sistema familiar y que interfiere en el desarrollo adecuado del individuo, especialmente en la formación de su autoconcepto. Sin embargo, en comparación con otros tipos de maltrato se han realizado escasos estudios sobre una intervención psicoterapéutica para esta problemática. Por ende, este estudio se enfoca en brindar drama terapia a un grupo de niños que sufren de una carencia afectiva para poder investigar el efecto que tiene la misma en su autoconcepto. **Metodología:** Se utilizó una muestra de 8 niños de un centro de cuidado infantil que presentaron síntomas y características de una carencia afectiva, y que demostraron tener un autoconcepto frágil mediante la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris. Se aplicó la drama terapia por un período de tres meses, y finalmente, se evaluó a los niños nuevamente con la misma escala. **Resultados:** Los resultados esperados según la revisión literaria fueron el desarrollo de un autoconcepto global más positivo, especialmente en los componentes de la escala de satisfacción-felicidad, popularidad, falta de ansiedad y habilidades físicas; la adquisición de habilidades sociales y habilidades de afrontamiento; y finalmente, el desarrollo una resiliencia psicológica. **Conclusiones:** La drama terapia afecta positivamente en el autoconcepto de niños con carencia afectiva generando que alcancen un bienestar psicológico y desarrollen una resiliencia psicológica.

**Palabras clave:** drama terapia, carencia afectiva, autoconcepto, niños, maltrato, desarrollo, resiliencia psicológica.

## ABSTRACT

**Background:** Emotional deprivation is a type of child abuse that occurs in the family system and interferes with the proper development of the individual, especially in the formation of his/her self-concept. However, in comparison with other types of abuse, few studies have investigated a psychotherapeutic intervention for this problem. Therefore, this study focuses on providing drama therapy to a group of children suffering from emotional deprivation to be able to investigate the effect that this therapy has on their self-concept. **Methodology:** A sample of 8 children from a child care center was used. They presented symptoms and characteristics of an emotional deprivation, and revealed a fragile self-concept through the Pierr-Harris Self-Concept Scale. Drama therapy was applied for a period of three months, and finally, children were again assessed with the same scale. **Results:** The expected results, according to the literary review, were the development of a positive global self-concept, especially in the satisfaction-happiness, popularity, non-anxiety, and physical components of the scale; the acquisition of social and coping skills; and finally, the development of a psychological resilience. **Conclusions:** Drama therapy positively affects the self-concept of emotionally deprived children, leading them to a psychological well-being and to the development of a psychological resilience.

**Key words:** Drama therapy, emotional deprivation, self-concept, children, abuse, development, psychological resilience.

## Tabla de Contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción al problema .....</b>	<b>8</b>
Antecedentes .....	10
El problema .....	12
Pregunta de investigación.....	13
<b>Revisión de la literatura .....</b>	<b>15</b>
Revisión de literatura .....	15
Formato de la revisión de la literatura.....	15
<b>Metodología y diseño de la investigación .....</b>	<b>52</b>
Justificación de la metodología seleccionada.....	52
Herramientas de investigación utilizada .....	52
Descripción de participantes .....	56
Reclutamiento de los participantes.....	56
<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>58</b>
Discusión.....	61
Limitaciones del estudio.....	64
Recomendaciones para futuros estudios .....	65
<b>Referencias.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO A: ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS-HARRIS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>78</b>

## Introducción

*“To play it out is the most natural self-healing measure childhood affords” (Erickson, 1950)*

Durante el siglo XXI se han podido evidenciar algunos cambios en la sociedad y el sistema familiar, como por ejemplo: ambos padres ejercen en el área laboral, hay un aumento en las separaciones y divorcios; así como también, se ha incrementado los horarios y la inflexibilidad de trabajo (De Bea, 2010). Estos cambios han causado modificaciones en la crianza de los hijos también, ya que varios padres tienden a sumergirse en el trabajo u otras actividades, reduciendo los espacios de relacionamiento con sus hijos (De Bea, 2010). Por lo tanto, estos padres pueden convertirse en figuras emocionalmente ausentes, provocando que sus hijos sean víctimas de una carencia afectiva (De Bea, 2010). En el Ecuador se han dado varios de estos cambios y existe un alto índice de maltrato en general (Unicef 2010), por lo que se considera que también hay un alto índice de niños con carencia afectiva.

Entre las principales consecuencias de la carencia afectiva en los niños está el desarrollo de un autoconcepto negativo, el cual a su vez, puede provocar el desarrollo de distintos trastornos mentales y dificultades en las habilidades sociales (Gavin, 2011) (Norman, et. al., 2013). Existen algunas terapias que se enfocan en niños con problemas emocionales y conductuales como la terapia de juego, terapias cognitivas conductuales (Landreth, 2012) y algunas arte terapias, como la drama terapia (Malchiodi, 2013). Sin embargo, existen escasos estudios sobre intervenciones de la drama terapia en niños con carencia afectiva. Por lo tanto, en este trabajo se pretende realizar un estudio sobre la influencia de la drama terapia en el auto concepto de niños entre 7 a 10 años que sufren de una carencia afectiva por parte de sus padre.

## **Introducción al problema**

El hecho de que los padres no dediquen el afecto y el tiempo necesario a sus hijos es considerado un maltrato, ya que al igual que el maltrato físico, puede provocar un deterioro en el desarrollo bio-psico-social del individuo (Moreno y Escallon, 2010). Los hijos de estos padres se convierten en víctimas de una carencia afectiva, lo que genera que se destruya su sentido de protección y cuidado personal (Taillieu, Brownridge, Sareen, Afifi, 2016). Por lo tanto, algunas de las consecuencias que trae este tipo de carencia (cuando es severo) son: el desarrollo de trastornos psicológicos; como por ejemplo, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos ansiosos, entre otros (Taillieu, Brownridge, Sareen, Afifi, 2016); mientras que también, estos niños pueden presentar dificultades en sus habilidades sociales y en su adaptación a diferentes contextos socio-culturales (Moreno y Escallon, 2010). Sin embargo, la base del problema en estos niños es que desarrollan un pobre valor y concepto de sí mismos (Van Harmelen, et al., 2010).

Por lo tanto, al ser un tema que puede causar trastornos mentales, malestares, y especialmente, interferir en la formación del autoconcepto del individuo, la carencia afectiva se presenta como un problema grave y necesario de tratar. Pero ¿cómo se puede intervenir en esta problemática?

Una de las psicoterapias que ha crecido en las últimas décadas y que ha sido utilizada, especialmente, para trabajar con niños con distintos problemas es la drama terapia. (Weber y Haen, 2005). La drama terapia se enfoca en aliviar los síntomas de un malestar, generar una integración física y emocional, y fomentar el crecimiento personal del individuo (Johnson, 1982). Sin embargo, a pesar de sus beneficios terapéuticos, se han realizado escasos estudios

sobre la utilización de la misma en niños con carencia afectiva. Esto se debe a que por un largo período tiempo, el teatro se consideraba solamente un forma entretenimiento (Malchiodi, 2013). De igual manera, un gran porcentaje de los estudios sobre el abandono se han enfocado en orfanatos o instituciones, en los cuales los niños han sido abandonados físicamente (Whetten, Ostermann, O'Donnell y Thielman, 2011) (Howe, 2006) (McLaughlin, Zeanah, Fox y Nelson, 2012). Así mismo, distintos estudios han investigado la influencia de la drama terapia u otros tipos de arte terapia en personas que sufrieron de un abuso físico, o un abuso sexual (Pretorius y Pfeifer, 2010) (Dix, 2015) (Van Westrhenen, y Fritz, 2014). Por lo que, se ha dejado a un lado el estudio de intervenciones para niños que viven con sus padres, pero que sufren de una carencia afectiva (ya que es más difícil de detectar) (Myers,2002).

Por ende, este estudio pretende investigar el efecto que tiene la drama terapia en el autoconcepto de niños que sufren de una carencia afectiva (el estudio se enfocará en el autoconcepto, ya que como se mencionó antes, es la base del problema de estos niños). Para esto, se recolectará niños entre 7 a 10 años que estén inscritos en una institución de cuidado infantil en la ciudad de Quito por la mayor parte del día, y que presentan características emocionales, físicas y psicológicas de una carencia afectiva. A estos mismos niños se les aplicará la Escala de Auto Concepto de Pierris-Harris, y luego, se trabajará con ellos utilizando la drama terapia. A continuación, se elaborará sobre estos temas, y luego, se presentará la metodología que se utilizará en este estudio para investigar lo propuesto anteriormente.

## Antecedentes

### **La historia del drama terapia y de la formación del auto concepto**

“El arte terapia surge como el resultado del diálogo entre la terapia y las distintas disciplinas artísticas” (Jara, 2014, p.71). Es un acompañamiento terapéutico en el que se promueve la expresión corporal, plástica, literaria o musical (Dumas y Aranguren, 2013). El interés por esta técnica ha crecido enormemente; sobre todo, para ser utilizada en niños con trastornos psicológicos (Jara, 2014, p.71). Dicha terapia ayuda a que el individuo se exprese a través de símbolos y haga consciente lo que sucede en su inconsciente (Case y Dalley, 2014). En otras palabras, es una manera en la que el individuo puede expresar sus sentimientos espontáneamente, utilizando herramientas creativas; lo que puede resultar más fácil que expresarse verbalmente, especialmente para los niños (Case y Dalley, 2014). Finalmente, este proceso terapéutico lleva a que el individuo desarrolle un conocimiento más profundo de sí mismo (Dumas y Aranguren, 2013).

La drama terapia, un tipo de arte terapia, tuvo sus inicios entre la mitad y los finales del siglo XX. Sin embargo, el teatro por sí solo ha sido utilizado desde la antigua Grecia y Roma como un medio de interpretación y entretenimiento (Johnson y Emunah, 2009). Así mismo, a principios del siglo XX, la dramatización era utilizada solamente para entretener a los pacientes en clínicas u hospitales, y hacer de su estadía una más agradable (Malchiodi, 2013) (Jones, 2007). No fue hasta el año 1945, cuando se apreciaron los beneficios psicológicos de la dramatización y se creó el término: *Drama-Terapia* (Brooke, 2006). El término se popularizó cuando se empezó a utilizar técnicas teatrales con pacientes hospitalizados durante la Segunda Guerra Mundial, a los cuales se les ayudó a mejorar en problemas mentales como la depresión y

la ansiedad (Brooke, 2006). En 1979 se fundó la Asociación Nacional de la Drama Terapia en Estados Unidos (Brooke, 2006).

Desde entonces, se ha utilizado la drama terapia en clínicas y colegios para fomentar el aprendizaje y tratar una variedad de problemas psicológicos (Freeman, Sullivan y Fulton, 2003). Entre ellos, está la utilización de la drama terapia para mejorar las habilidades sociales en niños con autismo, al igual que la utilización de la misma para reducir síntomas de ansiedad (Leigh, Gersch Dix y Haythorne, 2012). Sin embargo, se han realizados pocos estudios sobre los efectos de esta terapia en el autoconcepto. .

El autoconcepto se define como “el conjunto organizado de cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo” (Kinch, 1963). Varias investigaciones (Harter, 1999) (Luna, y Molero, 2013) (Lorente, 2014) afirman que el autoconcepto evoluciona a través del tiempo (no es estático), por lo que se construye de acuerdo a cómo el ser humano interpreta la información de sí mismo y del ambiente que lo rodea; utilizando herramientas como la comparación social y experiencias de éxito y fracaso. Sin embargo, los primeros años de vida del sujeto son fundamentales para formar la base del mismo, por lo que, las figuras de apego son de suma importancia en el desarrollo personal de los niños (Lorente, 2014).

Al crear el niño se siente vivo, ya que expresa las emociones o situaciones por las que está atravesando; lo que facilita que el niño desarrolle un auto control de sus emociones y de su vida (Martínez, 2009). Los distintos tipos de terapias artísticas, incluyendo la drama terapia, pueden ayudar a que los niños alcancen un mayor estado de desarrollo emocional y personal; pues, el uso de estas herramientas permiten que el individuo construya su identidad, afronte sus miedos, acepte sus errores y encuentre nuevas soluciones a sus problemas; llevando así,

finalmente, a que el niño alcance un estado de apertura y confianza en sí mismo (Lorente, 2014).

### **El problema**

La drama terapia, así como el arte terapia en general, han sido utilizadas mayormente para problemas mentales graves como: estrés postraumático, trastornos de conducta, trastornos de ánimo, autismo, trastornos de ansiedad, entre otros (Pulido, Estebaranz, y Cuadrado, 2014) (Van Westrhenen, y Fritz, 2014); o incluso, para mejorar habilidades como el reconocimiento de emociones o habilidades sociales (Barnes, 2013). De igual manera, se han encontrado estudios en los que se ha ejercido este tipo de terapia en situaciones de abuso sexual o de maltrato físico (Pretorius y Pfeifer, 2010) (Dix, 2015). Así como también, se ha ejercido la misma en situaciones escolares como un método de aprendizaje (Crimmens, 2006) (Karkou, 2010). Sin embargo, no se han realizado estudios sobre la utilización de la drama terapia en niños que sufren de una carencia afectiva y que presentan un concepto negativo de sí mismos.

Esto es importante, ya que la carencia afectiva es una problemática a nivel mundial. En el Ecuador existe un alto índice de maltrato psicológico y físico a niños de todas las edades (Unicef 2010). Dentro del maltrato psicológico se da el abandono emocional o la carencia afectiva (Myers, 2002) (Iwaniec, 2006), por lo que no se puede obtener una cifra exacta de los niños que son víctimas únicamente de dicho problema.

Sin embargo, a través de encuestas realizadas alrededor del Ecuador se ha podido encontrar que tres de cada diez niños menores de 18 años no viven con sus padres en el hogar, el 12% de niños menores a 5 años son dejados al cuidado por otros familiares y el 8% al cuidado de guarderías (Unicef 2010). Así mismo, solamente el 19% al 23% de niños de 5 a 17 años mantiene un diálogo con sus padres, y las reacciones más comunes que reciben de los

mismos ante una malacrianza son regaños (71%) o golpes (41%) (Unicef, 2010). Todos estos son factores de riesgo de una carencia afectiva (Moreno y Escallon, 2010), por lo que se puede concluir que existe un alto índice de esta problemática en el Ecuador.

Al ser este un nuevo problema de la modernidad (la falta de afecto no se consideraba un maltrato anteriormente) que ha aumentado a causa de la industrialización (Unicef, 2010), no se ha podido construir una intervención o prevención apropiada. Por lo tanto, este estudio explorará cómo la drama terapia influye en el autoconcepto de niños que sufren de una carencia afectiva. El estudio se centrará en niños de 7 a 10 años, en los que se tratará de hacer un cambio significativo en su autoconcepto, para que así, puedan desarrollar habilidades que les permitan combatir sus vulnerabilidades, miedos e inseguridades. De igual manera, se plantea la posibilidad de que dicha terapia, al fomentar una transformación en el autoconcepto del individuo, actúe como prevención a desarrollar trastornos mentales en edades posteriores.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cómo y hasta qué punto la drama terapia influye en el auto concepto de niños de 7 a 10 años que sufren de carencia afectiva por parte de sus padres?

### **El significado del estudio**

Al considerar que el abandono emocional es un problema real que se da en la actualidad y que no se han realizado estudios sobre intervenciones para estos niños en el Ecuador, el presente trabajo podría ser de gran utilidad al ofrecer una alternativa de intervención que ayude a que estos niños desarrollen un concepto más positivo de sí mismos. De esta manera, se pretende que

al reconstruir un mejor autoconcepto los niños adquieran habilidades cognitivas que los ayuden a combatir contra los conflictos y malestares que se presenten en el transcurso de su vida.

A continuación, se desarrollará la revisión de la literatura, la cual está dividida en tres temas: la carencia afectiva, el auto concepto y la drama terapia. Luego, se explicará la metodología que se aplicaría en esta investigación, y finalmente, se presentará las conclusiones y la discusión.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### Fuentes

La información de la siguiente revisión de literatura fue sacada de fuentes académicas que incluyen artículos de journals y revistas, así como, de libros de psicología infantil, psicología del desarrollo y de psicoterapias artísticas. Además, se utilizaron artículos de bases de datos como JSTOR, Taylor & Frrancis, ProQuest y Elsevier. Por otro lado, la información de los datos del Ecuador se adquirió de UNICEF. Se pudo acceder a esta información a través de los recursos electrónicos de la Universidad San Francisco de Quito y Google académico. Igualmente, se adquirió información de libros de psicología que se encontraron en la biblioteca de la misma universidad. La búsqueda consintió principalmente en palabras claves acerca de los temas específicos a tratar, como la carencia afectiva, el auto concepto y la drama terapia.

### Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura será presentada en tres temas generales. En primer lugar, se describirá la carencia afectiva, así como sus causas y consecuencias; luego, se revisará el tema del auto concepto incluyendo sus antecedentes, definiciones, etapas y componentes. Finalmente, se hablará de la drama terapia, su historia y antecedentes, sus principales procesos, sus diferentes técnicas y la utilización del cuento fantástico dentro de la misma.

#### **Carencia afectiva o abandono emocional**

##### *Historia y Definiciones*

Primero, para entender la carencia afectiva se debe conceptualizar lo que es el maltrato infantil. El maltrato infantil ha existido desde el comienzo de la humanidad; sin embargo, éste no era calificado como un problema ya que se consideraba que el niño era una propiedad del

hombre, y por lo tanto, era aceptable que los padres o cualquier persona adulta se dirijan hacia ellos de manera abusiva (Miller-Perrin y Perrin, 2012). Recientemente, hace 100 años, el niño empezó a ser visto como un ser valioso que debe ser amado y protegido; y en 1960, el maltrato se conceptualizó como un problema social (Miller-Perrin y Perrin, 2012)

En la actualidad, el maltrato infantil se define como cualquier acto u omisión de parte de una persona adulta hacia un niño que perjudique o interfiera en el desarrollo psicofísico, emocional y social del mismo (Mouesca, 2015). El maltrato se puede presentar de varias formas. Por un lado, puede darse cuando el abusador *comete* ciertas acciones, es decir, por una agresión física, emocional o por un acto sexual; y por otro lado, se puede presentar cuando el abusador *omite* ciertas acciones, es decir, por un abandono físico o emocional (Norman, Byambaa, Butchart, Scott y Vos, 2012). Incluso, el maltrato puede manifestarse como una combinación de acciones y omisiones que perjudican el bienestar del individuo (Norman, et al., 2012).

Por consiguiente, una de las primeras definiciones en cuanto al abandono fue la omisión de una o más acciones por parte de los padres, afectando de manera negativa el desarrollo de sus hijos (Myers, 2002). A través de la historia, se consideraba que para que se dé un abandono se debía presentar una carencia de comida, ropa, casa, cuidado médico o una falta de supervisión. No fue hasta el año 1970 (después de que se realizaron algunos estudios afirmando que la calidad de la relación de hijo-madre tiene efectos en la adultez) (Bowlby, 1952) cuando se consideró que el niño también tiene necesidades emocionales, por lo que se introdujo la carencia afectiva dentro de estos factores (Rose y Meezan, 1993). Por lo tanto, la carencia afectiva se define como el fracaso de los padres, o cuidadores principales, por satisfacer las necesidades básicas del niño

de recibir el afecto, estimulación y el nutrimento apropiado; provocando así, un daño emocional o físico en el mismo (Rose y Meezan, 1993).

A pesar de que el abandono es considerado un problema en la sociedad recientemente (1980) (especialmente el abandono emocional), éste se ha presentado a lo largo de los siglos, junto con el abuso físico; y ha demostrado tener la misma gravedad de consecuencias (Iwaniec, 2006). Incluso, algunos psicólogos han concluido que el abandono emocional es el punto central de todos los maltratos; sin embargo, es fácilmente desapercibido, ya que al contrario que otros tipos de abuso, no se puede obtener una evidencia física de que se está dando un abandono (Myers, 2002) (Iwaniec, 2006). De igual manera, es difícil detectar si ciertos niños sufren de una carencia afectiva porque usualmente no pueden expresar verbalmente lo que les está pasando, o no son conscientes de que les están haciendo daño; especialmente los más pequeños (Myers, 2002). Se debe tomar en cuenta también, que el maltrato puede darse con o sin intención (Iwaniec, 2006). Por ejemplo, los padres pueden omitir ciertas acciones importantes en la crianza de sus hijos al creer que así mejorará su disciplina, sin darse cuenta que en realidad los están perjudicando.

John Bowlby fue uno de los primeros autores en identificar el abandono emocional, al cual le puso el nombre de *privación maternal* (1952). Dicho término se enfoca específicamente en la relación madre-hijo desde los primeros meses hasta los tres años de vida del niño (Bowlby, 1952). La privación maternal puede suceder cuando la madre vive dentro de la casa con su hijo pero no se le entrega el amor o el cuidado necesario; o cuando, por cualquier razón, se separa al bebé de su madre (Bowlby, 1952). Se han hecho algunos estudios con animales en los que se demuestra esta privación maternal y sus consecuencias. En estos estudios se pudo observar que las crías no sólo acuden a su madre por comida, sino que también buscan estar cerca de sus

cuerpos como forma de protección y calor (Skard,1965) (Harlow, 198). Harry Harlow (1958) también realizó un estudio con monos, en el cual pudo comprobar que al separar a una cría del cuidado maternal provocaba que éste desarrolle comportamientos extraños como el aislamiento y la sobreexcitación.

La privación maternal se refiere a la inhibición de todas las características que cumple el cuidador principal con su bebé como: darle de comer, hablarle y entregarle calor corporal (Skard, 1965). Durante los primeros 6 meses, la relación de la madre con su bebé solamente se basa en esas actividades. Es por esto que el infante puede ser alejado de su madre y cuidado por otra persona sin un mayor problema (Casler, 1961). Sin embargo, desde los 6 meses hasta los 3 años de edad el niño ya establece un vínculo significativo con su madre (Bowlby, 1952), por lo que el daño y los efectos a largo plazo que se dan por la separación o la ausencia de la misma se acentúan con mayor severidad (Casler, 1961) (Skard, 1965). Es decir, al no recibir el afecto o la estimulación apropiada del tutor en esta etapa, causa que el niño corra el riesgo de sufrir una privación maternal.

Los primeros años de vida del niño son períodos sensibles y críticos para el desarrollo adecuado del individuo; es por esto, que la privación maternal perjudica con mayor severidad a los niños en esta etapa (Pringle, 2013). Sin embargo, la carencia afectiva también puede darse en niños más grandes (Pringle, 2013). Es más, usualmente los niños que sufrieron una privación maternal en sus edades tempranas continúan sufriendo de una carencia afectiva en edades posteriores, solamente que ésta se presenta de distintas maneras (Boston y Szur, 1990). Por lo tanto, es trascendental considerar que para que se dé un abandono emocional se debe tomar en cuenta tanto las conductas de los cuidadores, así como el impacto que tienen estas conductas en el niño; lo que puede cambiar de acuerdo a su edad (Nordoff, 2014). Es decir, lo que puede

resultar una carencia afectiva en un niño de cierta edad puede que no sea perjudicante para otro de mayor edad. En niños de 5 a 10 años la carencia afectiva se presenta por una falta de comunicación, falta de expresión de afecto físico y verbal, o por una falta de espacios de relacionamiento (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2013).

En resumen, la relación emocional entre los padres y el niño es sumamente importante porque afecta inmensamente el desarrollo emocional y personal del individuo (Hartup y Rubin, 2013). Es por esto que se considera que así como los padres deben estar presentes físicamente en la vida de sus hijos, también deben estar presentes emocionalmente. Los padres son responsables de otorgar a sus hijos protección, cariño, seguridad, respeto, etc.; lo que se puede realizar través de espacios de juego, de interacciones significativas, o a través de actividades en los que ambos puedan compartir positivamente (Hartup y Rubin, 2013). Por lo contrario, si no se presentan estos escenarios, es muy probable que se dé una carencia afectiva.

### *Carencia afectiva en el Ecuador*

Lamentablemente, no es posible medir el porcentaje de carencia afectiva que se da en el Ecuador, debido a que, como se ha mencionado antes, es un problema difícil de detectar. Sin embargo, UNICEF (2010) ha realizado un análisis de los factores que influyen y afectan el desarrollo del niño en el Ecuador, y que así mismo, son considerados factores de riesgo de un abandono emocional. A continuación se expondrá los factores mencionados.

En primer lugar, se ha evidenciado a través de encuestas que el cuidado diario de la niñez en sus primeros años de parte de los padres ha disminuido (UNICEF, 2010). Esto se debe a los cambios sociales y económicos que se han dado en el Ecuador contemporáneo, los cuales han reducido el tiempo disponible y la capacidad de varios padres y familias de cuidar a sus hijos

durante los días laborales (UNICEF, 2010). Se ha encontrado que un 12% de los niños ecuatorianos son dejados al cuidado de sus abuelos u otros parientes en horarios laborales, mientras que existe un 8% de niños de familias indígenas que son dejados en manos de guarderías u otras instituciones; así como un 1 de cada 100 niños menores de 5 años de la población general de Ecuador pasan la mayor parte del día en instituciones (Unicef, 2010).

Así mismo, se ha podido observar un declive en el diálogo entre padres e hijo del país. Apenas el 19% de niños y el 23% de niñas ecuatorianos/as entre 5 a 17 años dialogan con sus padres sin importar su etnia religión o lugar de residencia (UNICEF, 2010). En el 2010 la actividad principal que compartían los hijos con sus madres (33%) era ver la televisión o ver películas, por lo que el diálogo entre ellos disminuyó (UNICEF, 2010). EL 11% de padres que viven en la ciudad no comparten ninguna actividad con sus hijos, mientras que el 6% de los padres en zonas rurales tampoco lo hacen (UNICEF, 2010).

Es importante resaltar que un problema grave de la realidad ecuatoriana es el maltrato, el cual se presenta de diferentes formas, sea físico, sexual o psicológico (UNICEF, 2010). Generalmente estos tipos abuso van acompañados de una carencia afectiva (Young, Lennie, Minnis, 2011), por lo que es fundamental que también sean analizados. Entre las reacciones más comunes que se dan ante las desobediencias o falta de sus hijos en el Ecuador son los regaños, los golpes, los insultos, los baños de agua fría, la expulsión de la casa, e incluso, varios de estos padres, dejan sin comer a sus hijos (Unicef, 2010). Se estima que un 44% de niños ecuatorianos entre 5 a 17 años experimentan algún tipo de maltrato de parte de sus padres, especialmente violencia física (Unicef, 2010). Solamente el 31% de los padres utilizan el diálogo como una reacción ante una desobediencia o falta de su hijo (Unicef, 2010).

En cuanto a la opinión de los niños, 4 de cada 10 niños ecuatorianos entre 5 a 17 años ha reportado que su opinión no suele o no es tomada en cuenta por sus padres (Unicef, 2010). EL 32% de ellos siente que su opinión es tomada en cuenta solamente en ciertas circunstancias, mientras que el 6% siente que su opinión no es tomada en cuenta en ninguna situación dentro de su hogar (Unicef, 2010).

En fin, al analizar todos estos datos, se puede observar que Ecuador presenta una variedad de problemas que se relacionan con el riesgo de una carencia afectiva en las familias de esta sociedad. Por lo tanto, se puede concluir que la carencia afectiva también es un problema grave en el Ecuador, por lo que es importante prestarle más atención y crear intervenciones que ayuden a que estos niños tengan un desarrollo psicológico saludable. A continuación, se elaborará a mayor profundidad sobre las causas y consecuencias de dicho problema para poder entenderlo de una mejor manera.

### *Causas*

En un inicio se consideraba que la única causa por la que se producía un maltrato o abandono infantil era porque los padres sufrían de alguna enfermedad psiquiátrica (Díaz-Aguado, 2001). Sin embargo, esta teoría fue rechazada al descubrir que el problema es más complejo y diverso (muchas veces fuera del control de los padres), y al encontrar que sólo un promedio del 5 % al 10% de padres maltratadores sufren de una enfermedad mental (Díaz-Aguado, 2001). Por lo tanto, en la actualidad, el abandono emocional es considerado un problema multifactorial; es decir, se da por distintas situaciones del entorno que les rodea, así como por características de los padres y de los hijos (Moreno y Escallon, 2010).

Los estresores del entorno son unas de las causas más frecuentes de la carencia afectiva en la actualidad. Las situaciones estresantes provocan que el individuo se enfoque en sus problemas dejando un lado a los otros (incluyendo a sus hijos), ya que suelen ver a los demás como símbolos u objetos, y no como sujetos completos (Elkind, 1982). Los padres víctimas de altos niveles de estrés esperan que sus hijos se adapten a sus circunstancias, tiempo y necesidades, en vez de ellos adaptarse a sus hijos. De igual manera, el estrés los agota, por lo que al relacionarse con sus familiares su estado anímico y entusiasmo es relativamente bajo, lo que impide que satisfagan adecuadamente las necesidades afectivas de los mismos (Pérez, Lorence, Menéndez, 2010).

Hoy en día, se vive en una sociedad industrializada, por lo que uno de los principales estresores es la alta competencia profesional, incluyendo el aumento e inflexibilidad de las horas de trabajo (Bianchi y Milkie, 2010). Estos estresores pueden provocar un desajuste emocional en los padres y limitar los espacios de relacionamiento con sus hijos/as (Elkind, 1982). Es decir, existe una relación negativa entre las largas horas de trabajo de los padres y la cantidad de actividades que realizan con sus niños, por lo que construyen con ellos una relación carente en afecto (Bianchi y Milkie, 2010).

De igual manera, dentro del siglo XXI, un mayor porcentaje de mujeres trabajan a tiempo completo, por lo que existe un aumento en la proporción de familias en las cuales ambos padres cumplen con un horario laboral (Bianchi y Milkie, 2010). Algunos estudios han encontrado que el hecho de que la madre también trabaje trae consecuencias positivas a la crianza y al bienestar de sus hijos, especialmente en familias de bajo recursos, al mejorar las posibilidades del niño y del ambiente que les rodea (Bianchi y Milkie, 2010). Sin embargo, otros estudios sostienen que el hecho de que ambos padres trabajen induce a una flexibilidad limitada en cuanto a atender las

demandas de sus hijos (Bianchi y Milkie, 2010), por lo que dentro de estas familias se suelen dar menos interacciones positivas. Igualmente, en varios de estos casos, los niños pasan la mayor parte del día en instituciones o al cuidado de otras personas, lo que puede provocar que el niño no establezca una relación afectiva y confiable con un adulto (Bianchi y Milkie, 2010). Así como también, el hecho de pasar poco tiempo con su hijo/a puede ocasionar que los padres no lo conozcan a profundidad, y como consecuencia, se vuelven incapaces de satisfacer adecuadamente las necesidades afectivas del mismo. (Barglow, Vaughn, y Molitor, 1987) (Bianchi y Milkie, 2010)

Esta problemática suele darse con mayor frecuencia en familias monoparentales. Hoy en día, un quinto de la población general de niños son parte de familias monoparentales (Waldfogel, Craigie y Brooks-Gunn, 2010). Las familias monoparentales en las que la madre/padre trabaja presentan un mayor riesgo de suministrar una crianza pobre en afecto (Berger, 2004). Esto se debe a que estas familias suelen estar relacionadas con desventajas o problemas económicos, ya que solamente un adulto es el que aporta con todos los ingresos y recursos necesarios (Waldfogel, Craigie y Brooks-Gunn, 2010). Por lo tanto, las familias monoparentales suelen presentar un mayor grado de estrés, al igual que una menor cantidad de tiempo disponible para compartir con sus hijos.

Sin embargo, así como la abundancia de trabajo puede generar estrés y se relaciona con una mala relación entre padres e hijos, también puede suceder lo mismo con la pobreza y la falta de trabajo (Mouesca, 2015) (Moreno y Escallon, 2010). Los padres que viven en la pobreza desarrollan una salud mental y física inferior a los padres que viven económicamente estables (Brooks-Gunn y Duncan, 1997); lo que causa una dificultad en establecer una relación afectiva con sus hijos, y por lo contrario, genera que adopten estrategias de crianza inadecuadas que

conducen a una negligencia emocional y a una tendencia de ejercer conductas violentas (Stoltenborgh, et al., 2013). Así mismo, los padres que sufren dificultades en el trabajo y producen bajos ingresos generalmente suelen desconectarse de su vida familiar (Bianchi y Milkie, 2010). Dichos padres suelen perder el contacto con sus hijos, o incluso, dejan de vivir con ellos porque el hecho de no proveer con los recursos necesarios les produce un malestar intenso (Bianchi y Milkie, 2010).

Otros estresores que se han dado con más constancia dentro de la sociedad son el aumento de separaciones, divorcios, la formación de nuevas familias, etc. (Yu, Pettit, Lansford, Dodge, y Bates, 2010). “Unas malas relaciones maritales, un hogar inestable y tensiones constantes pueden funcionar como importantes fuentes de estrés en los adultos, y posteriormente influir en el comportamiento de los menores” (Pérez., Lorence, Menéndez, 2010). Dichos problemas interpersonales afectan la calidad de relación padres-hijos, ya que estos niños suelen actuar como testigos o participantes del conflicto (Moreno y Escallon, 2010) (Summer, et al., 2007). Igualmente, el involucramiento de uno de los padres puede disminuir si, a causa de la separación, el padre o madre deja de vivir con ellos (Yu, et al., 2010).

Por otro lado, las características de los padres que pueden llevar a que se genere un abandono emocional también son varias y pueden presentarse de manera combinada. Por ejemplo, aparte de ser diagnosticados con enfermedades mentales como la depresión o bordelinde (Slack, et al., 2011), estos padres también suelen ser víctimas de abuso o tener un pasado de abusos. Ser víctimas de un maltrato puede provocar que se repita el ciclo de su infancia; y por lo tanto, utilicen las mismas estrategias inadecuadas de crianza que utilizaron sus padres con ellos (Mouesca, 2015). De igual manera, los padres que demuestran tener una drogadicción o un problema con el consumo de sustancias, generalmente tienen una dificultad

en construir una relación emocional con sus hijos, y por lo contrario, reaccionan violentamente y negligentemente en contra de ellos (Myers, 2002). Estas características se suelen dar usualmente en padres de estratos económicos bajos y con una baja educación, ya que habitan en lugares donde la droga y el abuso circula con mayor frecuencia (Brooks-Gunn y Duncan, 1997).

En cuanto a las características del niño, el abandono puede darse porque el niño sufre de alguna enfermedad mental, un retraso, no cumple con las características que los padres anhelaban en un hijo, o no fue un hijo deseado; lo que lleva a que los padres lo rechacen y no le den el afecto apropiado (Mouesca, 2015) (Zuravin, 1991). También, si un niño presenta conductas desobedientes, hiperactivas o ansiosas puede causar que sus padres se cansen emocionalmente en el transcurso de la crianza, provocando que disminuya su involucramiento (Mouesca, 2015). Otro de los factores de riesgo es que el niño tenga condiciones médicas graves, ya que puede colocar una gran carga personal y financiera en los padres, alterando las rutinas familiares y la relación de apego con su hijo. (Myers, 2002) (Mouesca, 2015).

En fin, hay que tomar en cuenta que estos factores de riesgo generalmente se relacionan entre sí y, en ocasiones, solamente al combinarse provocan que se dé una carencia afectiva; pues, como se mencionó en un principio, el abandono emocional es un problema multifactorial. Lo mismo sucede con las consecuencias de dicha problemática, el impacto de una carencia afectiva depende de las circunstancias y características de cada persona (Nordoff, 2014). A continuación, se elaborará sobre las diferentes consecuencias que puede producir la carencia afectiva.

### ***Consecuencias***

Un niño que es maltratado físicamente o emocionalmente presenta varias consecuencias en su desarrollo cognitivo, emocional y social. Estas consecuencias se manifiestan en dos principales alteraciones de la conducta (Merz y McCall, 2010), las cuales son:

- La tendencia a una conducta violenta y antisocial en la cual se exterioriza el problema causando daño a los demás (Díaz-Aguado, 2001).
- La tendencia a una conducta pasiva y aislada, en la cual se interioriza la conducta, provocando que sea más difícil percibir el problema (Díaz-Aguado, 2001).

Sin embargo, al comparar con otros tipos de maltrato, el abandono emocional presenta mayores problemas de internalización, así como una mayor asociación con problemas psicológicos y cognitivos (Young, Lennie y Minnis, 2011). Estos problemas surgen por el deterioro en las habilidades evolutivas básicas que se da en el niño cuando no recibe el afecto necesario; y al no desarrollar adecuadamente estas habilidades básicas, se genera un estancamiento que impide que el niño adquiera habilidades posteriores (Díaz-Aguado, 2001). Entre las principales habilidades evolutivas básicas que se deterioran por dicho maltrato están:

- El establecimiento de los primeros vínculos, a partir de los cuales se desarrollan los modelos internos que regulan las relaciones sociales futuras del individuo (Young, Lennie y Minnis, 2011).
- El establecimiento de la autonomía y la motivación de eficacia, de los cuales surge la habilidad de implantarse objetivos y aplicar su consecución (Díaz-Aguado, 2001).
- El desarrollo de la interacción del individuo con sus iguales, de la cual se adquiere habilidades socio afectivas superiores (Díaz-Aguado, 2001) (Young, Lennie y Minnis, 2011).

Por lo tanto, a causa de deterioros en estas habilidades básicas, el niño construye esquemas mal adaptativos que perjudican su desarrollo cognitivo, social, emocional, e incluso, su desarrollo físico. En cuanto a las consecuencias cognitivas, el niño puede desarrollar esquemas negativos de las expectativas de los demás y de él mismo, ya que como se mencionó antes, sus relaciones primarias afectan la construcción de sus modelos internos (Díaz-Aguado, 2001). Así mismo, si los padres rechazan o no toman en cuenta los primeros dominios independientes del niño, el individuo aprende a anticipar resultados negativos de sus intentos por ser una persona autónoma y competente; y por lo tanto, puede presentar dificultades en la toma de decisiones, o en realizar acciones independientemente de la aprobación de los demás (Díaz-Aguado, 2001). Se ha encontrado también, que estos niños suelen presentar problemas de atención y de aprendizaje; e inclusive, cuando el abandono es severo, se puede generar un retraso en el desarrollo del lenguaje (Sylvestre y Mérette, 2010).

Otro de las consecuencias más comunes está dentro del ámbito emocional. El niño que carece de afecto puede presentar una dificultad en su regulación emocional, lo que incluye déficits en el reconocimiento de emociones y en la expresión de los mismos (Kim, y Cicchetti, 2010). Esto se debe a que cuando la expresión de sus emociones es ignorada o no recibe la atención necesaria, los niños suelen inhibir o suprimir dichos sentimientos (conductas de internalización), por lo que, desarrollan una dificultad en diferenciar e identificar cómo se sienten en ciertas situaciones y por qué se sienten así. (Burns, Jackson y Harding, 2010). Por otro lado, una pobre regulación emocional también puede provocar que estos niños atribuyan sus experiencias emocionales a características socialmente inaceptables, como por ejemplo, conductas agresivas o conductas descontroladas (conductas de externalización). (Kim, y Cicchetti, 2010) (Burns, Jackson y Harding, 2010). Generalmente, los niños víctimas de un

abandono y abuso emocional luchan en contra de sentimientos de impotencia, de miedo y de enojo, así como también, constantemente se sienten heridos (Gavin, 2011).

De igual manera, la ausencia de un vínculo estable o una carencia de afecto pueden provocar que el niño desarrolle una falta de sensibilidad social (Young, Lennie y Minnis, 2011). Estos niños demuestran tener mayores dificultades en sus relaciones sociales con sus iguales y en sus relaciones con adultos (Merz y McCall, 2010). Esto se da ya que habitualmente estos niños desarrollan una mayor desconfianza y rechazo hacia las personas nuevas, en comparación con los niños que no han sufrido de ningún abuso (Gavin, 2011). Igualmente, Jungmeen Kim y Dante Cicchetti reafirmaron en su estudio (2010) que aquellos niños que presentan dificultades en su regulación emocional también desarrollan problemas en sus habilidades sociales. Es decir, un niño abandonado emocionalmente puede desarrollar problemas en su regulación emocional, lo que a su vez, conlleva a que el niño presente dificultades en sus habilidades sociales. Se debe tomar en cuenta también, que estos niños suelen desarrollar características sociales como la dependencia, falta de empatía, apatía, poca tolerancia, hiperactividad, entre otras; los cuales causan una dificultad en mantener una relación social estable (Moreno y Escallon, 2010).

Cuando el abandono emocional es severo los niños también suelen presentar problemas en su desarrollo físico y biológico. Como por ejemplo, pueden desarrollar problemas de crecimiento, deterioro en sus habilidades motoras, así como también, problemas o retrasos en el control de sus esfínteres (Moreno y Escallon, 2010). En otras palabras, estos niños pueden desplegar varias enfermedades como la enuresis y encopresis (Moreno y Escallon, 2010), así como también, pueden involucrarse en más accidentes al no ser supervisados lo suficiente por un adulto.

Sin embargo, la consecuencia más generalizada del abandono emocional es el desarrollo de un autoconcepto débil y una baja autoestima (Bueno, 1997). Esto sucede porque el niño forma una imagen de sí mismo al reflejarse en el afecto que le brindan sus padres; es decir, los niños desarrollan un sentido del yo a través del reflejo de la experiencia que tiene con sus cuidadores principales (Richter, 2015). Por lo tanto, si un niño no recibe el amor y atención necesaria no se sentirá un ser valioso; por lo contrario, se verá a sí mismo como un ser depreciado, vulnerable, incapaz y no digno (Gavin, 2011)(Richter, 2015). Es más, el desarrollo de un autoconcepto débil es considerado uno de los factores influyentes en desarrollar algunas de las consecuencias mencionadas anteriormente (Norman, et al, 2012).

Igualmente, el construir un autoconcepto frágil y al presentar algunas de las dificultades anteriores, los niños son más propensos a desarrollar enfermedades mentales severas: como por ejemplo: trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno límite de la personalidad, trastornos de conductas y trastornos alimenticios (Norman, et al, 2012). Incluso, esta problemática puede llevar a que los individuos se involucren en comportamientos inapropiados en su adolescencia o adultez como: sexo arriesgado, conductas delictivas o consumo de sustancias (Norman, et al, 2012). En fin, las consecuencias de una carencia afectiva severa y un autoconcepto débil conllevan a resultados negativos en el desarrollo del niño. A continuación, se elaborará a mayor profundidad sobre el autoconcepto, para así poder entender de mejor manera el impacto que tiene la carencia afectiva sobre el mismo, y el impacto del autoconcepto sobre el desarrollo del individuo.

## **Autoconcepto**

### *Historia y aportes teóricos*

El autoconcepto es un tema de gran interés que ha sido discutido a lo largo del tiempo por filósofos, psicólogos, políticos, educadores, etc. Es por esto que para poder entender su estructura y componentes de una manera más completa se debe abarcar desde las primeras teorías y definiciones, y observar la manera de cómo éstas han ido cambiando a través del tiempo.

Para empezar, se debe tomar en cuenta que la construcción del *self* es sumamente importante en el desarrollo del autoconcepto. Según el diccionario de psicología, el *self* es “la totalidad de todos los atributos característicos, conscientes e inconscientes, físicos y mentales de una persona” (p. 875, 1999). Un evento cultural crítico en el desarrollo del concepto del *self* fue el cambio que se dio de las actividades de caza a la agricultura sedentaria. Este cambio permitió que una sola persona pueda aportar comida para una gran cantidad de individuos, dejando que el resto tenga la oportunidad de especializarse en actividades distintas a la caza y la reunión de alimentos (las cuales solían ser las únicas actividades) (Leary y Tangney, 2011). Por lo tanto, el ser humano empezó a dominar diferentes destrezas; algunos empezaron a ser comerciantes, mientras que otros eran fabricantes de herramientas. Esto produjo que las identidades de cada uno de estos individuos se diferencie en cuanto a las percepciones de sí mismos y las percepciones que los demás tenían de ellos (Leary y Tangney, 2011). Es decir, el individuo empezó a crearse como una identidad única, un *self*.

Luego, algunos filósofos antiguos como Platón, Sócrates y los primeros cristianos relacionaron el *self* con el alma (Hattie, 2014) (Crabbe, 2012). Para Sócrates el *self* era el alma o la verdadera esencia de una persona, la unidad espiritual de la persona (Crabbe, 2012). Por otro lado, Platón dividió el *self* en dos partes: racional e irracional, de la cual decía que el ser humano tenía que ser un ser racional y su objetivo era conocerse así mismo (Hattie, 2014).

Poco a poco fue desarrollándose el sentido del *yo*. Buda mencionó que el *yo* es la creación de las memorias, lamentos y miedos de una persona (Hattie, 2014). Sin embargo, no fue hasta Descartes que se consideró al *self* como la propia persona inteligente, y que solamente las experiencias que el individuo recuerda son parte del mismo (Hattie, 2014).

Durante el siglo XIX varios autores contribuyeron a la extensión de las investigaciones del *self* y la expansión de sus teorías. Uno de estos fue William James (1890-1892) quien dividió al *self* en dos aspectos el *I-self* como el sujeto o conocedor (*knower*) y el *me-self* como el objeto o lo que se sabe (*the known*) (Leary y Tangney, 2011). El *I-self* se enfoca en las diferencias individuales que hay en cada ser, mientras que *Me-self* se enfoca en los cambios del *self* a través de los años y en los distintos roles sociales (Harter, 2015) (Leary y Tangney, 2011). Según James, el *Me self* está compuesto de un *self* material, un *self* social y un *self* espiritual (Harter, 1999) (Hattie, 2014). El *self* material se refiere al cuerpo y las posesiones, el *self* social son las características de uno mismo reconocidas por los otros, y el *self* espiritual son todos los pensamientos, disposiciones y juicios morales del individuo. (Hattie, 2014).

Los autores del interaccionismo simbólico también contribuyeron en gran parte al entendimiento del *self* y del autoconcepto dentro de la psicología. Sus teorías respaldaron la idea de que el *self* se forma a través de las interacciones sociales (Leary y Tangney, 2011) (Luna, y Molero, 2013), lo cual se da a partir de tres principios:

1. Durante la infancia el niño se encuentra en un proceso de imitación de los comportamientos y actitudes de figuras primarias.
2. El niño adapta sus conductas para ganar la aprobación de sus figuras sociales.

3. El individuo adopta las opiniones que percibe de sus relaciones significantes y las adhiere a su *yo* (Harter, 1999).

Uno de los autores simbólicos más importantes, Charles Horton Coleely, sostuvo que las relaciones significativas constituyen el *espejo social* de un individuo (Harter, 2015) Es decir, el individuo se construye a través de las opiniones que los demás hacen de él mismo; por lo que estas opiniones se incorporan a su *yo* (Harter, 2015) (Leary y Tangney, 2011). “El *self* es lo que imaginamos que los otros piensan de nosotros, incluyendo la apariencia, los motivos, el carácter, etc.”(Harter, 1999). Por lo tanto, el individuo adopta el reflejo de esta evaluación y la convierte en una idea de lo que es su *yo*.

George Herbert Mead también declaró que el *self* es la *generalización del otro*; es decir, sustentó que el individuo acoge las actitudes que los otros tienen sobre él mismo como sus propias actitudes (Harter, 2015) (Hattie, 2014). De igual manera, James Mark Baldwin expuso que el sentido del *yo* se modifica a medida que el individuo crece y se relaciona con distintas personas; llevando a que el sujeto sea un *self* diferente en cada estado de su desarrollo (Harter, 1999).

Por otro lado, otros psicólogos como Carl Rogers y Erick Erickson se enfocaron en el papel que tiene la crianza y el entorno del individuo sobre la formación del autoconcepto. Por un lado, Rogers sostenía que dicha formación dependía del entorno en el que crecía el niño, el cual podía ser un entorno condicionado o incondicionado (Cooper, O'Hara, Schmid y Bohart, 2013). Si el niño crece en un entorno condicionado se sentirá valioso solamente cuando cumpla con ciertas circunstancias; mientras que si un niño crece en un entorno incondicional tiene la

oportunidad de construir un autoconcepto positivo, y por lo tanto, llegar a una autorrealización (Rogers, 1959).

Por otro lado, Erick Erickson señaló 8 fases psicosociales por las que el individuo atraviesa durante su vida, las cuales han sido ligadas al desarrollo del autoconcepto (Hamachek, 1988), especialmente las 5 primeras (0-20 años). Dichas etapas son:

1. Confianza vs Desconfianza. (0-18 meses)
2. Autonomía vs. Vergüenza y duda (18 meses-3 años)
3. Iniciativa vs. Culpa (3-6 años)
4. Laboriosidad vs inferioridad (6-12 años)
5. Identidad vs Confusión de identidad (12-18 años)

El individuo desarrolla un incremento en el potencial o vulnerabilidad característico de cada etapa, dependiendo de las experiencias que vive en cada una de ellas (Hamachek, 1988). Igualmente, Erickson señaló que cada una de las etapas se conecta con la siguiente, y por lo general, siguen una misma dirección (1959). Por lo tanto, si un individuo desarrolla desconfianza en su primer año es muy probable que también desarrolle vergüenza y duda en la siguiente etapa; especialmente si las condiciones de vida siguen siendo las mismas (Erickson, 1959).

### ***Actualidad y definición***

En la actualidad el autoconcepto es considerado una estructura multidimensional, es decir, es una función de interacciones biológicas, de desarrollo y de procesos socioculturales que se presentan en el transcurso de vida de una persona (Luna, y Molero, 2013). Su definición se

expone como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos que el individuo tiene referentes a sí mismo como un objeto” (Gecas, 1982). Esta estructura permite que el individuo tenga una idea de sí mismo, así como también, una idea de lo que cree que son sus capacidades, destrezas y sus debilidades. (Campo, 2014).

Así mismo, el autoconcepto está ligado al sentido de la propia identidad; por lo que la calidad de las autopercepciones influye en el rendimiento del individuo, en las expectativas que tiene sobre las otras personas y sobre él mismo; así como también, condiciona su motivación, e influencia enormemente en la salud física y mental del sujeto (Luna y Molero, 2013) (Markus y Wurf, 1987). En otras palabras, el autoconcepto no es solamente un reflejo que uno tiene de sí mismo, sino que también regula el comportamiento del individuo (Markus y Wurf, (1987).

Existe una gran confusión en cuanto a lo que es la autoestima y el autoconcepto, ya que ambos están relacionados entre sí y se complementan mutuamente; sin embargo, no son lo mismo. El autoconcepto se refiere más a una dimensión cognitiva, a la imagen que uno tiene de sí mismo; mientras que la autoestima es más valorativa y afectiva, es la estima que uno tiene hacia sí mismo (García, 2013). Ambos términos son el resultado de un proceso que ha sido marcado por experiencias personales y sociales; como por ejemplo: experiencias de éxitos y fracasos, valoraciones, estilos educativos y modelos que la sociedad les brinda durante su ciclo vital (García, 2013).

Por lo tanto, el autoconcepto se obtiene de las diferentes interacciones que el individuo tiene con los demás, y se modifica a través de habilidades cognitivas e intelectuales que el niño desarrolla a medida que va creciendo (Demo, 1992). Es decir, las percepciones e interpretaciones

de las actitudes de los otros, especialmente con las figuras primarias, tienen una gran relevancia en cuanto a la formación del mismo (Locke, 2014) (Lorente, 2014).

### ***Formación del auto concepto***

Existen tres etapas en la formación del autoconcepto (Wylie, 1974) (Luna y Molero, 2013), las cuales se expondrán a continuación.

1. El sí mismo primitivo (0- 2 años de edad). La cual se enfoca en el desarrollo del niño desde su nacimiento hasta que se percibe a sí mismo como un ser distinto y a parte de los demás (Wylie, 1974). La imagen que el niño tiene de sí mismo en esta etapa está dominada por una visión interna de sus características físicas (Demo, 1992).

2. El sí mismo exterior (2 -12 años). En esta etapa hay una entrada grande de información, por lo que los éxitos y fracasos, así como su relación con los adultos tienen un impacto significativo en la formación de su auto concepto (Wylie, 1974). La imagen que el niño tiene de sí mismo en esta etapa depende enormemente de lo que los otros perciben y le comunican de él (Luna y Molero, 2013). A esta edad, específicamente desde los 6 años, los niños ya construyen un autoconcepto estructurado influenciado por la autoevaluación de sus cualidades positivas y negativas, así como por su comparación social (Demo, 1992).

3. El sí mismo interior (adolescencia). Etapa en la cual el adolescente busca formar una identidad. En esta etapa las interacciones sociales, especialmente entre las relaciones con sus iguales, definirán gran parte de sus experiencias de éxito y fracaso. El adolescente modificará o reforzará su autoconcepto a partir de estas interacciones (Luna y Molero, 2013).

Es importante resaltar también que estas etapas se dividen en dos partes: una regulación ejercida por el exterior y una autorregulación. Es decir, en un inicio el autoconcepto toma forma a través de una regulación extrínseca, en la cual el niño forma una imagen de sí mismo solamente a partir de las experiencias, descripciones y situaciones que recibe de su entorno (Luna y Molero, 2013). Luego, se da un proceso de autorregulación, en el cual el niño adquiere un sentido de sí mismo que le ayuda a mantener un control sobre sus propias percepciones y sentimientos (Luna y Molero, 2013) (Campo, 2014). La primera fase de su evolución (que se da en los primeros años de vida del individuo) es sumamente importante porque dentro de ésta se forma la base del autoconcepto, la cual influenciará la manera en la que el niño se regule así mismo en sus años posteriores (Campo, 2014).

Por lo tanto, resumiendo lo expuesto, la formación del autoconcepto se da a partir de que el individuo toma conciencia de sí mismo como un sujeto independiente, que es cuando el individuo empieza a construir conceptos e ideas de su propio ser (Baumeister y Finkel, 2010). Sin embargo, se debe tomar en cuenta que las influencias del ambiente en edades temprana (cuando el individuo aún no toma conciencia de su ser) pueden afectar la consolidación del auto concepto en edades posteriores (Baumeister y Finkel, 2010). Por esta razón, las figuras de apego son sumamente importantes. Incluso, se ha encontrado a través de un estudio realizado por Karine Verschueren, Sarah Doumen y Evelien Buyse (2012) que la calidad de relación entre el padre/madre y el niño tiene una gran influencia, indirecta o indirecta, en los diferentes componentes del autoconcepto, los cuales se describirán a continuación.

### ***Componentes***

El autoconcepto influye en la manera en que el individuo aprecia los sucesos, objetos y las personas de su entorno. Por lo tanto, el mismo influencia en gran parte en la conducta del individuo. Sin embargo, al ser tan complicado y amplio se ha dividido al mismo en componentes más concretos relacionados entre sí (Marsh y Martin, 2011), los cuales son:

*El autoconcepto físico:* la percepción que el individuo tiene de su apariencia, habilidad y competencia física en relación con los demás (García, 2013). Existen otros modelos, como el de Bracken (1992) y el de Fox (1988) que incluyen dentro de este componente la forma física, la salud física y la fuerza física (Scarpa, 2011). (Luna y Molero, 2013). Este componente es una construcción de los elementos somáticos, psicológicos y sociales del individuo; es decir, el sujeto forma esta imagen a partir de cómo es su estructura física, cómo es la visión de su físico y la interacción de estas dos con el entorno social (Scarpa, 2011).

*El autoconcepto académico:* la deducción que el individuo saca de todas sus experiencias de éxitos y fracasos, así como de las evaluaciones académicas que obtiene durante sus años escolares (García, 2013). Este componente tiene una gran importancia dentro del sistema educativo, ya que el autoconcepto académico se relaciona con los logros académicos y vice versa (Hattie, Anderman, 2013). Las percepciones académicas que el individuo tiene también se subdividen en diferentes áreas, como por ejemplo: las matemáticas, el lenguaje, los idiomas e incluso el arte (Luna y Molero, 2013). Uno de los factores del *self* que tiene gran valor en este componente es la autoeficacia, la cual se refiere a la percepción de que uno puede realizar ciertas acciones exitosamente con el fin de obtener un resultado esperado (Hattie, Anderman, 2013).

*El autoconcepto social.* Dentro de este componente se presentan dos definiciones. Por un lado, algunos teóricos como James y Cooley, definen el autoconcepto social como las

percepciones que tiene un individuo en cuanto a su aceptación social (Harter, 2015) (Leary y Tangney, 2011); mientras que, por otro lado, se define como las percepciones que el individuo tiene de sus habilidades o competencias sociales (Luna y Molero, 2013). Sin embargo, puede que estos dos criterios se complementen, ya que si un individuo considera que tiene buenas habilidades sociales también puede considerarse aceptado socialmente (Luna y Molero, 2013). Este concepto se forma a partir de las relaciones del individuo, su habilidad para solucionar problemas sociales, su habilidad de adaptación y la aceptación de los demás (Verschuere, Doumen, Buyse, 2012).

*El autoconcepto personal:* se refiere a la percepción que el individuo tiene de su propia identidad, el sentido que tiene de sí mismo como ser individual (García, 2013) (Palacios, E. G., Zabala y Borinaga, 2012). Éste se divide en cuatro dimensiones que son: el autoconcepto emocional, que se refiere a cómo el individuo se ve a sí mismo en cuanto a su ajuste emocional o su regulación emocional; el autoconcepto ético-moral, el cual denota las percepciones que tiene el individuo sobre su honradez; el autoconcepto de la autonomía, el cual se define por la percepción que el individuo tiene sobre su independencia y capacidades; y el autoconcepto de autorrealización, el cual demuestra cómo una persona se ve a sí mismo en cuanto a los objetivos y los logros en su vida (Palacios, Zabala y Borinaga, 2012).

Una gran parte de la formación de los componentes del autoconcepto se da por la calidad de relación que existe entre el individuo con sus iguales y profesores, especialmente en cuanto al autoconcepto académico y al autoconcepto social. Sin embargo, la calidad de estas relaciones es influenciada por la calidad de la relación del individuo con sus padres o cuidadores (Verschuere, Doumen, Buyse, 2012). Es decir, si un individuo mantiene una relación positiva con sus padres existe una gran posibilidad de que también desarrolle una relación positiva con

sus profesores e iguales, y por lo tanto, desarrolle un autoconcepto académico y social positivo. Así mismo, la calidad de relación con los padres tiene una relación significativa con el autoconcepto personal del individuo (Verschueren, Doumen, Buyse, 2012).

Sin embargo, cuando las interacciones entre padres e hijos/as no son positivas, las interacciones entre iguales y con los profesores pueden volverse más importantes, ya que si brindan al individuo percepciones y respuestas positivas sobre él mismo, el individuo se sentirá más valioso y más capaz, y por lo tanto, su autoconcepto se transformará (Verschueren, Doumen, Buyse, 2012). Esto se puede realizar en el colegio o a través de terapias grupales que validen al individuo y le ayuden a construir un ambiente positivo. En este trabajo se propone que una de las terapias que puede ser utilizada para generar lo mencionado es la drama terapia. A continuación, se profundizará sobre la drama terapia, sus procesos y sus diferentes técnicas.

## **Drama terapia**

### *Arte terapia*

Para comenzar a hablar sobre la drama terapia, se empezará por definir el arte terapia. El arte terapia “es un tipo de psicoterapia que usa el arte como el principal medio de comunicación” (Case y Dalley, 2014, p.1). Por lo tanto, como otras psicoterapias, el arte terapia fomenta el crecimiento personal y ayuda al individuo a superar traumas, a aliviar malestares, a resolver conflictos y a alcanzar un mayor estado de bienestar. (Malchiodi, 2011). Las teorías de dicha terapia se basan en la necesidad del individuo de expresar sus sentimientos y malestares, por lo que su principal objetivo es permitir que el individuo se exprese de una manera espontánea y creativa (Malchiodi, 2011).

El arte terapia ayuda a que el individuo se conozca así mismo y a sus emociones, por lo tanto, le facilita a que el mismo acceda sus conflictos más profundos- los cuales pueden ser difíciles de entender o expresar a través de la palabra (especialmente para los niños) (Romero, 2004). De igual manera, es una gran estrategia para mejorar las habilidades sociales del individuo, ya que permite que el sujeto se exprese de una manera diferente y enriquecedora (Casabó y Soriano, 2012).

Según Beatriz Romero, todo individuo puede ser creativo, sólo es cuestión de que encuentre la manera o el tipo de arte con el que pueda expresarse mejor (2004). Hay varios tipos de arte terapia, los cuales pueden ser utilizados independientemente o en conjunto. Los principales tipos de arte que se utilizan para terapia son: la pintura, la escultura, la danza, la música o el drama (Romero, 2004). Cada uno de estos tipos funciona de una manera diferente, por lo que cada uno de ellos ayuda al individuo de distintos modos. En este texto se elaborará sobre un tipo de arte terapia en especial, la drama terapia. Por lo tanto, a continuación se hablará sobre la historia y las definiciones de la misma.

### ***Drama terapia: historia y definiciones***

El teatro y la dramatización han sido utilizados desde la antigua Grecia y Roma como un medio de interpretación y entretenimiento (Johnson y Emunah, 2009). Así mismo, a principios del siglo XX la dramatización era considerada simplemente una forma de expresión recreativa que tenía como fin entretener a un público; por lo que la misma era utilizada en hospitales y clínicas para divertir a los pacientes y hacer de su estadía una más agradable (Malchiodi, 2013 (Jones, 2007).

Recién, a mediados del Siglo XX, se empezó a aplicar la dramatización a fines terapéuticos (Malchiodi, 2013). En primer lugar, Jacob Moreno creó el Psicodrama (Davies, 2014), la acción psicoterapéutica en la cual el protagonista dramatiza sus malestares o problemas frente a una audiencia que se encarga de entregar un feedback emocional (Davies, 2014). Las teorías del psicodrama se desarrollaron a partir del modelo de Sigmund Freud, quien sustentaba que la transformación psicológica se da a partir de un *habla curativa* entre el analizador y el analizado (Jaffe, 2014). Sin embargo, Moreno considera que el cambio psicológico se da a través del acto dramático (Malchiodi, 2013). En este acto dramático el analizado es el protagonista, cuyo objetivo es dramatizar sus problemas y dolor a una audiencia que le ayuda a expresar sus sentimientos reprimidos (Pendzik, 2015).

Después, en el año 1950, Peter Slade expuso el término de la *dramaterapia* (Jones, 2007). El desarrollo de dicha terapia tuvo lugar en dos espacios independientes: Inglaterra y Estados Unidos. Sin embargo, en ambos lugares la evolución de esta terapia se dio a partir de tres niveles: como expresión creativa, como función educativa, y finalmente, como función terapéutica (Davies, 2014). En Inglaterra Peter Salde aportó con aplicaciones de la dramatización en el ámbito educativo (Jones, 2007). Igualmente, Sue Jennings, otra de las principales pioneras de Inglaterra, definió los parámetros de la drama terapia y la aplicó en distintas poblaciones con diferentes problemáticas (Jones, 2007). En Estados Unidos, por otro lado, los principales pioneros fueron Eleanor Irwin, Gertrd Schatnner y David Read Johnson (Malchiodi, 2013).

La drama terapia se formó a partir de la teoría del rol, teoría del juego y el desarrollo dramático (Torres-Godoy, 2001). Sin embargo, su teoría principal sustenta que el ser humano es un actor por naturaleza (Jennings, 2014). Según Sue Jennings y otros pioneros de esta terapia

(2014), el individuo adopta distintos roles como una manera de expresar quién es y qué es lo que quiere. Es decir, dependiendo de la situación en la que se encuentra, el individuo adopta un rol distinto o actúa de cierta manera; por lo que cada uno de esos roles son una parte de la personalidad del sujeto (Jennings, 2014).

A pesar de que se construyó el término en 1950, la drama terapia realmente se popularizó cuando se empezó a utilizar técnicas teatrales con pacientes hospitalizados durante la Segunda Guerra Mundial, a los cuales se les ayudó a mejorar en problemas mentales como la depresión y la ansiedad (Brooke, 2006). Así mismo, En 1979 se fundó la Asociación Nacional de la Drama Terapia en Estados Unidos, la cual aportó con el crecimiento y elaboración de la misma (Brooke, 2006).

En fin, la Asociación Británica de Drama Terapistas definió la drama terapia como “el uso intencional y sistemático de procesos teatrales para alcanzar un crecimiento y cambio psicológico.” (Malchiodi, 2013) En comparación con el psicodrama, la drama terapia se enfoca en la acción psicoterapéutica por la cual un grupo de individuos adoptan roles diferentes a sí mismos y crean una dramatización ficticia; que, por lo general, es extraída de cuentos imaginarios o textos dramáticos (Malchiodi, 2013). Por lo tanto, dicha terapia utiliza diferentes elementos del performance dramático y varios movimientos físicos para incentivar la expresión del individuo a través de la espontaneidad, la creatividad y la afectividad (Malchiodi y Crenshaw, 2015). Sus aplicaciones han resultado ser beneficiosas y esenciales para el desarrollo adecuado de los niños (Leigh, Gersch, Dix yHaythorne, 2012).

Existe evidencia de que este tipo de terapia crea un medio por el cual el individuo puede explorar sus malestares o conflictos, así como desarrollar una resiliencia que le permite superar sus traumas, problemas o dificultades (Leigh, Gersch, Dix yHaythorne, 2012). Esto sucede ya

que el paciente integra su mundo interior, sus problemas y sus experiencias con las actividades dramáticas; permitiendo así, una identificación y expresión total (Jones, 2007). Así mismo, la drama terapia “tiene el potencial de acceder a energías constreñidas y causar una liberación, oxigenar el cuerpo del paciente...” (Malchiodi y Crenshaw, 2015, p.101), por lo que ayuda al paciente a experimentar alivio. Todos estos beneficios terapéuticos se dan a través de ocho procesos elementales en la drama terapia (Jones, 2007).

### ***Drama terapia: Procesos***

Los ocho procesos drama-terapéuticos de la terapia ayudan a construir el espacio terapéutico necesario para que el niño se pueda expresar libremente, por lo que son esenciales y se relacionan entre sí (Langley, 2006). Estos procesos son: la proyección dramática, empatía y distancia dramática, juego de roles y personificación, audiencia interactiva y testigos, *embodiment* o dramatización del cuerpo, el juego, la conexión realidad-drama y la transformación. A continuación se elaborará cada uno de estos procesos.

- *Proyección dramática*: el individuo se involucra emocional e intelectualmente en el problema, el cual es expresado dramáticamente a través de una historia, un personaje, títeres, etc. (Jones, 2007). Este proceso genera que el individuo escoja ciertos aspectos de su *self* y los utilice en una dramatización, provocando que el mismo adquiera una percepción diferente del problema (Langley, 2006). Por ejemplo, si un niño tiene dificultades en la relación con su madre y durante la dramatización adopta el rol de la misma, el hecho de ponerse en sus zapatos puede provocar que la percepción que tiene el niño de su madre cambie.

- *Empatía y distancia dramática*: cuando el individuo se identifica con el personaje que representa pero mantiene una cierta distancia con el mismo (Langley, 2006). El personaje debe ser uno ficticio o fantasioso, ya que de esta manera el individuo mantiene una distancia con ese rol, y por lo tanto, puede diferenciar la ficción de su propia vida (Langley, 2006).
- *Juego de roles y la personificación*: cuando el individuo representa sus problemas a través de un personaje, un rol o un objeto (juguete o títere), lo que resulta más fácil que hacerlo directamente u objetivamente (Jones, 2007). Esto se relaciona con la distancia dramática. El niño se acerca más a su propia experiencia al interpretar roles distantes y diferentes a sí mismo que al interpretar directamente su situación específica (Pendzik, 2006) (Prendiville, y Howard, y 2014). Los drama terapistas llaman a esta distancia la paradoja del teatro, “estoy más cerca al mantenerme más lejos...” (Prendiville y Howard, 2014, p. 87).
- *Ser audiencia y testigo*: cuando el niño es un espectador y simultáneamente un participante. (Jones, 2007). De este modo el individuo puede verse a sí mismo actuando, mientras que también ve a los otros pacientes hacerlo; lo cual genera una ampliación de la percepción que el niño tiene de sus problema, así como una identificación con los otros participantes (Langley, D. 2006).
- *Embodiment o dramatización del cuerpo*: se refiere a la utilización del cuerpo para expresar sentimientos, pensamientos y experiencias, sin que exista una expresión verbal (Langley, 2006).
- *Juego*: cuando el individuo explora el problema o material en un ambiente amigable, sin que existan consecuencias de dichos conflicto (Jones, 2007). . En este proceso el cliente

explora nuevas herramientas e intenta ejercer distintas acciones sin miedo, creando alternativas y soluciones a sus problemas (Jones, 2007). Es fundamental que el niño se divierta en la terapia y descubra aspectos de su realidad y de sí mismo a través de actividades recreativas (Langley, 2006).

- *Conexión realidad-drama*: el individuo relaciona sus experiencias, eventos y creencias con la dramatización (Langley, 2006).
- *Transformación*: cuando se dan cambios en la percepción del problema o en el propio individuo (Langley, 2006). Estos cambios se dan al explorar el contenido problemático, al expresarlo dramáticamente, y al relacionarse con los otros pacientes o con el terapeuta (Jones, 2007). El lenguaje dramático transforma la experiencia del individuo porque le ofrece nuevas posibilidades de expresión, emociones y asociaciones. (Jones, 2007).

En fin, todos estos procesos permiten que se genere el ambiente adecuado para que el individuo pueda expresarse libremente, desarrolle una percepción más amplia de su realidad y descubra diferentes soluciones a sus dificultades, con un enfoque en su crecimiento personal y emocional. Hay que tener en cuenta también, que todos estos procesos son utilizados a partir de diferentes métodos de la drama terapia.

### ***Métodos de la Drama terapia***

Varios drama terapeutas como Sue Jennings y Robert Landy han creado diferentes métodos de la drama terapia, los cuales se han enfocado en distintas problemáticas, como por ejemplo, el trauma, la psicosis o el autismo. Entre los principales métodos de la drama terapia están el Modelo del Rol, el modelo de Transformaciones de Desarrollo (DvT) y el modelo de Embodiment Projection Role (EPR) o modelo de Encarnación-Proyección-Rol.

Primeramente, el Método del Rol, creado por Robert Landy (1994, 2009) se basa en las teorías del rol y sociológicas posmodernas realizadas por Goffman que defienden que el *self* está compuesto por varios roles, “la identidad se construye de diferentes modos de ser” (Lištiaková, 2015, p.21). Por lo tanto, el objetivo del ser humano, según esta teoría, es llegar a la aceptación de todos sus roles y acogerlos como una parte importante de su ser (Davies, 2014). Dentro de la drama terapia, este modelo se enfoca en incrementar la habilidad del individuo de interpretar ciertos roles efectivamente; y así, mientras más roles sea capaz de interpretar, mejor serán sus habilidades de enfrentarse ante las distintas situaciones que se presentarán en su vida (Lištiaková, 2015).

El modelo contiene tres elementos importantes: el rol, el contra-rol y el guía. El rol es el protagonista de la dramatización del paciente; el contra rol es el antagonista (no necesariamente es lo contrario al rol), que usualmente es la representación de las partes del rol que han sido rechazadas o evitadas; y finalmente, el guía es una figura transicional que se encuentra entre el rol y el contra-rol, por lo que cualquiera de estos dos puede usarlo como una herramienta para llegar al otro (Davies, 2014).

Por otro lado, el Modelo de Transformaciones de Desarrollo (DvT), creado por David Read Johnson en 1980 (Davies, 2014), es una práctica dinámica de personificación y relacional que involucra una continua transformación de los pacientes dentro de un espacio de juego (Reynolds, 2011). La teoría del mismo sostiene que el ser humano pasa por momentos de inestabilidad, y por lo tanto, al tratar de enfrentar esas turbulencias desarrolla patrones de comportamientos que se vuelven rígidos y acentuados; lo cual provoca que el individuo construya una capa por encima de su ser natural y fluyente (Reynolds, 2011). Es por esto que este método se enfoca en ayudar a que el individuo a través de la improvisación, juegue e

interprete libremente junto con los otros pacientes; llevando así, a que el sujeto tenga la oportunidad de explorar y liberar algunos de estas conductas estancadas (que pueden resultar ser dañinas) (Reynolds, 2011) (Butler, 2012). Es decir, según Johnson, estas prácticas ayudan a que el individuo expanda su capacidad de tolerar la ansiedad provocada por la inestabilidad, al fomentar un incremento en su aceptación, empatía, flexibilidad, intimidad, y sobre todo, en su vitalidad (Butler, 2012).

El método de Transformaciones de Desarrollo tiene tres principios: la personificación (embodiment), el encuentro y la transformación (Butler, J2012). La idea de la personificación es que los clientes y el terapeuta se involucren físicamente y energéticamente en la actividad, con atención principalmente al cuerpo. Según Johnson, la personificación es importante porque en la vida diaria ésta suele ser interrumpida por otras personas o eventos, lo cual causa la ansiedad (Reynolds, 2011). El segundo principio se relaciona con el primero, ya que el primero impulsa a que los individuos se expongan cara a cara frente a otros, forzándolos a realmente experimentar un encuentro (el segundo principio) y hallar maneras de enfrentar la ansiedad que este encuentro les provoca (Butler, 2012) (Reynolds, 2011). Por lo tanto, ambos de estos principios tienen como fin reducir el miedo a la proximidad. Finalmente, el principio de transformación ocurre cuando las acciones e interpretaciones de los individuos continuamente cambian en el transcurso de las sesiones, generando que surjan nuevas ideas e imágenes. Este principio rompe con la rigidez y defensas del sujeto, y por ende, lleva a que este mismo se transforme. (Butler, J2012).

Otro modelo importante y el cual será utilizado para este trabajo es el modelo de Encarnación-Proyección-Rol (EPR) creado por Sue Jennings. Este modelo se basa en las etapas de desarrollo del individuo del 1 a 7 años (Sefton-Green, Thomson, Jones y Bresler, 2011), por lo que se enfoca en actividades de movimiento, de ritmo y de voz. Según Jennings, estas

actividades son básicas en todas las sociedades y necesarias para el desarrollo temprano del individuo (McWhirter, 2011). La teoría de este modelo se enfoca en hacer que el niño que ha sufrido experiencias traumáticas en su infancia se vuelva a incorporar en estas actividades de juego y las vuelva a trabajar, ya que por algún motivo las actividades fueron interrumpidas o no resultaron ser gratificantes en sus edades tempranas (Sefton-Green, et al., 2011). El modelo se divide en tres partes: la encarnación (embodiment), la proyección y el rol.

La encarnación (embodiment) se refiere al juego físico que se relaciona con la primera fase de desarrollo del niño, enfocado principalmente en el movimiento y los sentidos (McWhirter, 2011) (Prendiville y Howard, 2014). Por lo tanto, en esta fase el niño realiza ejercicios o movimientos físicos que permiten la exploración de su cuerpo y su relación con los demás; en otras palabras, esta fase ayuda a que el niño adquiera más conciencia de su cuerpo, y por ende, adquiera mayor conciencia de su ser (McWhirter, 2011). Igualmente, a través de estas actividades el niño construye una comunicación interactiva a través del tacto y el sonido rítmico (Whirter, 2011) (Prendiville y Howard, 2014). Algunos ejemplos de este tipo de actividades que se pueden realizar en terapia son: juegos como simón dice, danza y movimientos rítmicos, actividades de imitación, actividades que involucren pintar con los dedos, etc. (Prendiville y Howard, 2014).

La fase de proyección ocurre a través del juego proyectivo, cuando el niño crea historias en las que expresa ideas o sentimientos con los juguetes/objetos que se le entregan (McWhirter, 2011). Por lo general, la fase de proyección en el desarrollo del niño ocurre entre los 13 meses hasta los 3 años, cuando el niño empieza a cambiar de juegos físicos y desordenados a juegos proyectivos ordenados y controlados (Prendiville y Howard, 2014). Estos juegos proyectivos permiten que el niño se vuelva más consciente de su mundo externo, por lo que responde a

situaciones externas a su cuerpo, y por lo tanto, se empiezan a relacionar con distintos objetos o sujetos (Prendiville, E., & Howard, 2014). Algunos ejemplos de las actividades que se pueden realizar en esta fase son: hacer títeres, hacer dibujos, jugar con arena, jugar con bloques o legos, etc. (Prendiville y Howard, 2014).

La última fase es la parte en la intervención en la que el niño interpreta diferentes roles dentro del juego dramático, las cuales son actividades que, según las etapas de desarrollo, terminan a los siete años. (McWhirter, 2011). Dentro de la terapia el niño adopta el rol de distintos personajes de cuentos o personajes improvisados utilizando máscaras y disfraces, generalmente empezando con una simple imitación. En esta fase de la intervención, como se mencionó anteriormente, es importante que el niño tenga claro lo que pertenece a la realidad dramática y lo que pertenece a la realidad del día a día, para que así no exista una confusión entre roles (Prendiville, Howard, 2014). La realidad dramática permite que el niño exprese su mundo interior de la forma que él desea, ya que dentro de esta realidad no existen límites en cuanto a la creación (Pendzik, 2006).

En fin, todos estos métodos utilizan una variedad de técnicas para facilitar que el individuo se exprese de una mejor manera. Entre las principales herramientas que se utilizan están: los títeres, las máscaras, la comunicación no verbal, la mímica, el juego de roles, los cuentos fantásticos y la improvisación (Emunah, 1994) (Jennings, 2013). Uno de los más importantes, especialmente en el método de Encarnación-Proyección-Rol (Jennings, 2013), es el cuento fantástico.

### *Los cuentos en la drama terapia*

La drama terapia utiliza cuentos de fantasía o cuentos ficticios (como los cuentos de hadas) para construir la realidad dramática. Los cuentos de fantasía son una herramienta importante y efectiva para esta terapia porque ayuda a que el niño exprese su mundo interior de una manera más fácil y entretenida (Couroucli-Robertson, 1998). Algunos de los drama terapeutas que han utilizado estos instrumentos son Sue Jennings (1990), Gersie (1993) y Lahad (1992) (Silverman, 2007).

Los cuentos “reaseguran que el recipiente de lo desconocido puede convertirse en conocido, que el camino entre lo conocido y lo desconocido puede ser atravesado desde los dos lugares” (Couroucli-Robertson, 1998, p. 3). Entre las funciones de estos instrumentos está la exposición de soluciones a distintos problemas, la construcción de un significado y la identificación (Couroucli-Robertson, 1998).

En primer lugar, la exposición de distintas soluciones ayuda a que el niño descubra diferentes alternativas a sus propios problemas, o generan que el mismo experimente un sentimiento de esperanza al darse cuenta que puede existir una solución a sus conflictos (Pendzik, 2006). Por otro lado, estas historias generalmente contienen significados con los que el niño puede relacionarse, por lo que al ser afectados, permiten que el mismo adquiriera ciertas reglas de comportamiento y de moral (Pendzik, 2006). Finalmente, el niño puede identificarse o sentir empatía con uno de los personajes del cuento o con la historia en sí (Couroucli-Robertson, 1998).

. Además de afectar emocionalmente al individuo y generar una identificación, dentro de la drama terapia estos cuentos ayudan a crear la distancia necesaria entre los pacientes y los roles

interpretados; pues, la representación de estos cuentos suele resultar menos amenazantes para el niño, en comparación con la representación del conflicto específico (Pendzik, 2006). Es decir, a través de la representación dramática de los cuentos se genera una despersonalización del problema del niño, por lo que éste se siente protegido en cuanto a la exposición de sus sentimientos y vulnerabilidades, y por lo tanto, se involucra libremente en la situación (Couroucli-Robertson, 1998). (Pendzik, 2006).

## **Metodología y diseño de la investigación**

Para este trabajo se utilizará un diseño cuantitativo con una metodología cuasi experimental de pre prueba- post prueba en un solo grupo, ya que la pregunta de investigación se enfoca en ¿cómo y hasta qué punto la drama-terapia influencia en el auto concepto de niños entre 7 a 10 años con carencia afectiva?

### **Justificación de la metodología seleccionada**

El objetivo del presente trabajo de investigación es explorar si la drama-terapia tiene un efecto en el auto concepto de niños que sufren de carencia afectiva. Para esto, se medirá el auto concepto de estos niños antes de la terapia y después de la misma, por lo que se utilizará el método de investigación pre-prueba post- prueba. De esta manera, se podrá generar un análisis de estas mediciones y se podrá comprobar si existe un cambio significativo antes y después de que se intervenga con la terapia mencionada.

La metodología cuantitativa es la apropiada para esta investigación porque dicho método se “basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando” (Hueso, Sempere, y Josep, 2012, p.1). La recolección de datos para este tipo de investigación generalmente se lleva a cabo a través de encuestas o instrumentos de medición (Hueso, Sempere, y Josep, 2012); por lo tanto, en este caso la medición numérica se obtendrá de la *Escala De Auto Concepto de Piers-Harris*, la cual se aplicará antes y después de la terapia. Al finalizar el experimento se analizarán los resultados de las mediciones y se establecerán las conclusiones sobre la hipótesis planteada en un principio.

### **Herramientas de investigación utilizada**

Para esta investigación se propone utilizar la *Escala de Auto Concepto de Piers-Harris*, una escala de 80 ítems que miden cómo un niño entre 7 a 18 años se percibe a sí mismo en el área conductual, intelectual, física, social, de ansiedad y de felicidad-satisfacción. La escala será aplicada a una muestra de niños que sufren de carencia afectiva, los cuales serán reclutados por un método no probabilístico de un centro de cuidado infantil en la ciudad de Quito. Luego, con un muestreo probabilístico aleatorio de caso se escogerá a ocho niños que cumplan con las características y síntomas que demuestre la presencia de una carencia afectiva, así como un pobre autoconcepto, el cual se evidenciará con la escala. Se escogerá a ocho niños porque al ser un estudio de caso se pretende estudiar a mayor profundidad a cada niño, al igual que es el número de casos que se puede manejar de manera realista de acuerdo a los recursos que se dispone (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010)

A estos participantes se les aplicará 3 meses de drama terapia, una hora por semana, utilizando el método de Encarnación-Proyección-Rol (EPR) creado por Sue Jennings, así como también, se utilizará distintos cuentos fantásticos para la creación de las dramatizaciones (1990). Se administrará la terapia durante 3 meses, ya que durante este tiempo se espera obtener cambios. Al finalizar, se aplicará nuevamente la escala a los mismos participantes; y una vez recolectados los datos, se hará un análisis de las diferencias en las respuestas de la escala aplicada al comienzo y al final de la intervención.

La *Escala de Auto Concepto de Piers-Harris* fue creado en el año 1960 como un instrumento de auto reporte para evaluar el auto concepto de niños y adolescentes entre 7 a 18 años (Piers y Herzberg, 1969). Esta escala ha sido una de las más populares y una de las más utilizadas por psicólogos y profesores (Piers y Herzberg, 1969). Se han hecho dos ediciones de la

misma, la segunda edición fue desarrollada por los autores Ellen Piers Y David Herzberg, y se publicó en el año 2002 (CUP, s.f).

En la segunda edición de la escala se mejoraron tres aspectos importantes. En primer lugar, se añadieron nuevos datos nacionales adquiridos de una muestra de 1,387 estudiantes escogidos aleatoriamente de diferentes partes de los Estados Unidos, y de diferentes niveles escolares (Piers y Herzberg, 1969). Esto fue de gran ayuda para la mejora del instrumento, ya que la información utilizada en la primera edición fue adquirida de una sola escuela pública ubicada en el sector rural de Pensilvania; por lo que, la muestra no contaba con una variedad étnica y demográfica (Piers y Herzberg, 1969) En segundo lugar, se eliminaron algunos ítems de menor valor psicométrico y otros que resultaron difíciles de entender por varios niños, por lo que quedaron 60 ítems de 80 (Piers y Herzberg, 1969). Finalmente, el tercer cambio fue la creación de una administración y calificación computarizada del instrumento (Piers y Herzberg, 1969).

Por lo tanto, la segunda edición de la escala contiene un cuestionario de 60 declaraciones (ítems) que expresan cómo se siente el niño sobre sí mismo. El niño o adolescente debe responder con un sí o no a cada ítem (Piers y Herzberg, 1969) La administración del test se puede realizar manualmente o a través de una computadora, por lo que es de fácil administración y su duración es solamente de 10 a 15 minutos (Piers y Herzberg, 1969).

La escala se divide en 6 dominios los cuales son: conductas adaptativas (BEH), estado académico e intelectual (INT), apariencia y atributos físicos (PHY), libertad de ansiedad (FRE), popularidad (POP), y felicidad y satisfacción (HAP) (Piers y Herzberg, 1969). Para calificar cada dominio se suma un punto por cada ítem que refleja una respuesta positiva sobre el concepto que

el niño tiene de sí mismo. Por lo tanto, un mayor puntaje en cada dominio de la escala indica un mejor auto concepto.

Los valores del coeficiente alfa de las dos versiones del instrumento fueron de 0.93 y 0.91 (Piers y Herzberg, 1969), por lo que ambas han demostrado mantener una consistencia interna; así como también, la segunda versión no demuestra una pérdida significativa en cuanto a la confiabilidad del instrumento (Piers y Herzberg, 1969). El instrumento también incluye dos escalas de validez que ayudan a detectar las respuestas desviadas del tema. La primera es la Escala de Respuestas Inconsistentes (INC), la cual ayuda a detectar si las respuestas siguen un patrón aleatorio (Piers y Herzberg, 1969). Esta escala se basa en la observación de respuestas contradictorias o estadísticamente improbables (Piers y Herzberg, 1969), se da un punto por cada pareja de ítems que se contradicen entre sí. La segunda escala es sobre la parcialidad de las respuestas (RES), por lo que mide si se han dado respuestas positivas o negativas independientemente del contenido del ítem (Piers y Herzberg, 1969). Una calificación alta en esta escala indica una parcialidad de respuesta positiva, y una calificación baja indica una parcialidad de respuesta negativa.

Finalmente, se escogió este instrumento ya que ha demostrado ser un instrumento confiable y válido en describir el autoconcepto de niños y adolescentes (Piers y Herzberg, 1969). De igual manera, es uno de las escalas del autoconcepto más populares y estudiadas (Piers y Herzberg, 1969). Es necesario utilizar esta prueba psicométrica para la investigación porque permite tener un diagnóstico confiable del autoconcepto de los participantes, y por lo tanto, se podrá comprobar si se da un cambio en el mismo después de la intervención terapéutica. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que a pesar de que el instrumento es fácil de usar, solamente

debe utilizarlo un profesional en el tema o una persona que ha recibido el entrenamiento adecuado (Piers y Herzberg, 1969).

### **Descripción de participantes**

Para esta investigación se requerirá que participen 8 niños que sufren de una carencia afectiva y que demuestran tener un pobre autoconcepto a través de la Escala de Pierris-Harris. Los niños son de ambos sexos, son de clase media-baja y tienen entre 7 a 10 años. Todos estos niños han asistido al menos por 1 año a una misma institución de cuidado infantil por las tardes en la ciudad de Quito, y mantienen una relación pobre en afecto con sus padres. Estos datos se obtendrán a partir de entrevistas que se realizarán a los padres y a los niños separadamente, así como también, de entrevistas realizadas a los cuidadores de la institución.

### **Reclutamiento de los participantes**

Para definir a los participantes, se escogerá a través de un muestreo no probabilístico de caso a aquellos niños que han asistido al centro de cuidado infantil por al menos un año y tienen entre 7 a 10 años. Se coordinará una reunión con todos los padres de los niños que cumplan con el criterio de inclusión, en la cual se les explicará del estudio, se les pedirá que participen y se les hará firmar el consentimiento informado. Luego, se realizará entrevistas con los padres, con los niños y con los cuidadores del centro para poder saber cuáles de estos niños presentan una carencia afectiva. En estas entrevistas se explorará la relación de los padres con el niño, su involucramiento emocional y el tiempo que comparten con ellos. De igual manera, se realizará una evaluación psicológica del niño para comprobar si presenta síntomas de una carencia afectiva. Después, a aquellos niños que presenten una carencia afectiva, se les aplicará la escala de autoconcepto de Piers-Harris. Consecuentemente, con todos aquellos niños que demuestren

tener un concepto negativo de sí mismos (se asume que será la mayoría de ellos) se realizará un muestreo probabilístico aleatorio en el cual se escogerá a ocho niños. Se escogerá ocho niños porque es un estudio de caso y se utilizará una intervención psicoterapéutica, por lo que se necesitan un grupo pequeño de niños para estudiarlos a profundidad. Estos ocho niños participarán en la sesiones de drama terapia realizadas una hora por semana. Finalmente, luego de 3 meses, estos participantes serán evaluados nuevamente con la escala de Piers-Harris.

### **Consideraciones éticas**

En este estudio se respetará todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con seres humanos. En primer lugar, se realizará una reunión con los padres para explicarles claramente de qué se trata la investigación y qué tienen que hacer los niños. Después de tener la aprobación de los padres de realizar la investigación con sus hijos se les pedirá que firmen el consentimiento informado. Dentro de este consentimiento se especificará los objetivos del estudio y su compromiso con el mismo.

El estudio se realizará durante la estancia de los niños en la institución, por lo que no se requerirá más tiempo por parte de los niños ni de los padres. Los resultados y las muestras del estudio solamente serán utilizados para la investigación. Se respetarán los derechos de los niños, así como su ritmo durante la terapia. No se trabajarán temas que provoquen incomodidad en los niños y no se les forzará a realizar actividades que no deseen hacer. Finalmente, se utilizarán nombres ficticios para la publicación de la investigación, cuidando así la privacidad e identidad de cada participante.

## **Resultados Esperados.**

Basándose en la revisión literaria que se hizo para esta investigación se esperaría que los niños que fueron parte de la drama terapia hayan comenzado la misma mostrándose inhibidos y reservados, manifestando desconfianza, un rasgo común de los individuos que sufren de una carencia afectiva (Young, Lennie y Minnis, 2011). Por lo que, se esperaría que al principio existe una escasa participación. Sin embargo, al crear un ambiente seguro y divertido en el que los niños se sientan cómodos y ansiosos por participar, se esperaría que poco a poco empiecen a interactuar más entre ellos y a dramatizar libremente sin miedo; expresando sus experiencias, emociones y pensamientos a través de dramatizaciones ficticias (Prendiville, y Howard, y 2014) (Pendzik, 2006).

Por lo tanto, en primer lugar, se esperaría que al encontrarse en el escenario y realizar movimientos físicos y rítmicos con un enfoque en la exploración de sus sentidos, el niño adquiera una imagen más amplia de lo que es su cuerpo, de lo que este puede hacer y de lo que puede sentir (McWhirter, 2011). Y así, al tener más conciencia de su cuerpo, a su vez, se esperaría que el niño adquiera más conciencia de su ser, que desarrolle un conocimiento más profundo de sí mismo y de sus emociones (McWhirter, 2011).

De igual manera, se esperaría que los niños se identifiquen con los personajes del cuento y con los otros participantes de la terapia al presentar características, malestares y conflictos similares a los suyos (Langley, 2006) (Couroucli-Robertson, 1998). Por consiguiente, al identificarse y compararse socialmente, se esperaría que los niños construyan una percepción más amplia y más positiva de su propia imagen, ya que las autopercepciones de los niños de esta

edad empiezan a ser mayormente influenciadas por las interacciones con sus iguales y sus profesores (Demo, 1992).

Como se ha mencionado a través de la literatura, la exposición dramática y el encuentro con diferentes niños o personajes fuerzan a que el individuo enfrente la ansiedad que producen estas situaciones (Butler, 2012) (Reynolds, 2011). Por lo tanto, se esperaría también que el niño desarrolle habilidades para enfrentarse a distintas situaciones y experimente éxitos en sus dramatizaciones; por lo que se esperaría que el niño empiece a percibirse a sí mismo como un ser autónomo y competente, y desarrolle una mayor confianza en sí mismo (Wylie, 1974) (Lune y Molero, 2013), generando una reducción en sus niveles de ansiedad (Schwarzer, 2013).

Así mismo, al representar diferentes roles en la escena dramática, se esperaría que se dé una ampliación de las percepciones que el niño tiene del mundo y de sí mismo, ya que al ponerse en los pies de la otra persona y observar el mundo desde sus ojos, se esperaría que el niño lo comprenda de mejor manera y desarrolle empatía (Langley, 2006). Así como también, al representar efectivamente roles que se le dificultan en su vida diaria, se esperaría que estos niños formen auto percepciones de que son capaces de realizar ciertas acciones o ser ciertos papeles, por lo que desarrollarían una percepción más positiva de sí mismo, así como también, adquirirían diferentes habilidades de enfrentamiento (Lištiaková, 2015).

Se esperaría también que a través de las herramientas del cuento fantástico, (el cual ofrece soluciones a distintas problemáticas) los niños perciben que existen diferentes posibilidades o alternativas para superar sus malestares; o incluso, se esperaría que el niño desarrolle un sentido de esperanza de que existe una solución a sus conflictos (Pendzik, 2006). Así como también, se esperaría que estos niños sean afectados por los significados de los

cuentos, y por lo tanto, adquieran patrones de comportamiento adecuados, así como un sentimiento de moral (Pendzik, 2006).

En fin, a partir de todos estos cambios se esperaría que se dé una transformación positiva en el auto concepto global de los niños, el cual será medido a través de la escala de Auto Concepto de Piers-Harris. Es decir, se esperaría que exista una diferencia significativa en cuanto a los resultados de la escala antes de la terapia y los resultados de la misma después de la terapia. Por ejemplo, se esperaría observar una respuesta positiva en los ítems de la escala como en el ítem 16. *Tengo buenas ideas* o en el ítem 51. *Tengo muchos amigos* y respuestas negativas en ítems como el 61. *Cuando trato de hacer algo todo me sale mal*. Especialmente, se esperaría tener resultados positivos en los componentes de satisfacción-felicidad, popularidad, no ansiedad y físico, por los beneficios que entrega la terapia en cuanto a las habilidades sociales de enfrentamiento, así como en las percepciones físicas. Por lo tanto, mediante un análisis estadístico profundo, se podría observar que la diferencia de los resultados de la escala es significativa; y por ende, se podría concluir que la drama terapia es eficaz en transformar las percepciones negativas de los niños con carencia afectiva por unas más positivas.

Sin embargo, no se esperaría que se dé un cambio significativo en el auto concepto académico o intelectual, ya que éste se enfoca más en los éxitos y fracasos que el niño tiene en su ámbito escolar, así como en la calidad de la relación que el niño tiene con sus profesores (García, 2013) (Jafari, Hashemian y Mohammadi, 2015). (Hattie, Anderman, 2013). Por lo que, se necesitaría una mayor intervención que ayude a que el individuo se sienta más satisfecho en la escuela y con sus aportes intelectuales, transformando así sus percepciones de autoeficacia.

En fin, se esperaría que a partir de la reconstrucción de un auto concepto más fuerte el niño desarrolle una autoestima más positiva (Jarman, 2014), así como un mayor conocimiento de sí mismo y de sus emociones; provocando que el niño sea capaz de combatir con mayor eficacia los malestares que se presenten en su vida; y a su vez, impida el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, distimia, de personalidad, entre otros (Thoits, 2013). En otras palabras, se esperaría que el individuo, a pesar de seguir viviendo en un hogar carente de afecto, desarrolle diferentes habilidades y percepciones del mundo y de sí mismo que le permitan combatir con sus malestares y crecer como un individuo fuerte y seguro.

### **Discusión**

Al culminar el estudio, la pregunta de investigación “¿Cómo y hasta qué punto la drama terapia influencia en el auto concepto de niños entre 7 a 10 años que sufren de una carencia afectiva?” puede ser respondida de distintas maneras. En primer lugar, se podría decir que la drama terapia afecta positivamente en el autoconcepto de niños que sufren de una carencia afectiva, ya que permite que el niño desarrolle una mayor conciencia de su cuerpo y de su ser, provocando un conocimiento más profundo de sí mismo y de sus emociones (McWhirter, 2011). Por lo tanto, según un estudio realizado por Esther Usborne y Donald Taylor, esta claridad permite que el individuo se perciba de una manera más positiva (2010).

De igual manera, la drama terapia fortalece el autoconcepto ya que expone al individuo a distintas situaciones forzándolo a combatir la ansiedad, por lo que permite que el individuo desarrolle diferentes habilidades sociales y de afrontamiento (D’Amico, Lalonde y Snow, 2015). Igualmente, según un estudio realizado por Maura Nsonwu, Susan Dennison y Jennifer Long (2015), las exposiciones a estas distintas situaciones en la dramatización permiten que el

individuo expanda las percepciones que tiene del mundo y de sí mismo, desarrollando así, una autoestima y autoeficacia positivas. En otras palabras, el autoconcepto de estos niños se transforma efectivamente a través de las interacciones positivas que se dan durante la terapia.

La drama terapia también permite que el individuo se identifique y se relacione con distintos personajes, objetos, historias y participantes de la dramatización, llevando a que el niño se relacione con el mundo externo (segunda etapa de la intervención del modelo de EPR), y por lo tanto, integre los aspectos, soluciones y experiencias de las historias a su vida diaria (Arciga y Chávez, 2015). Esto a su vez, genera que el niño forme un sentido de su *self* más profundo, y por lo tanto, construya un concepto más positivo de sí mismo (Verschueren, K., Doumen y Buysem 2012).

Por otro lado, la drama terapia crea un ambiente seguro en el que los niños pueden experimentar diferentes conductas y descubrir distintas soluciones a sus conflictos. Es decir, según Susana Pendzik (2015), el niño puede reconstruir sus experiencias o situaciones dolorosas en el plano metafórico y darles un significado diferente, generando una transformación en la percepción de sus conflictos. Igualmente, por esta razón, el individuo se siente laborioso, eficaz, competente; y por lo tanto, según la teoría de desarrollo de Erick Erickson (1959), el niño desarrolla un sentido de laboriosidad y supera su sentido de inferioridad (6-12 años), generando un efecto positivo en su auto concepto.

Así mismo, la pregunta de investigación se puede responder través de los resultados de la Escala de Pierris-Harris. Por lo tanto, como se mencionó antes, se esperaría que los resultados tengan una diferencia significativa en cuanto a las respuestas de la escala aplicada antes de terapia y las respuestas de la escala aplicada al finalizar la terapia. Por esta razón, se podría decir

que la drama terapia tuvo un efecto estadísticamente significativo en el autoconcepto de niños con carencia afectiva; es decir, esta terapia tiene una influencia significativa en la construcción de un autoconcepto positivo en los niños entre 7 a 10 años.

En cuanto a la parte de la pregunta “...¿hasta qué punto la drama terapia influencia en el auto concepto de niños con carencia afectiva?, se esperaría que al reconstruir un autoconcepto positivo y al desarrollar habilidades de afrontamiento, estos niños sean capaces de lidiar con los malestares y conflictos que se les presente en su vida diaria (Thoits, 2013). De igual manera, según un estudio realizado por Phei Oon (2010), la drama terapia influencia en la autoestima y el desarrollo de una resiliencia en el individuo. Por lo tanto, se esperaría que la drama terapia influencie en el autoconcepto hasta el punto de generar un bienestar psicológico, así como también, una resiliencia psicológica.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la terapia se aplicó durante tres meses, por lo que estos niños tuvieron otras experiencias fuera del espacio terapéutico, las cuales pudieron influir igualmente en la transformación de su autoconcepto (Verschueren, Doumen y Buyse, 2012). Así como también, la carencia afectiva pudo tener distintos niveles de severidad e impactar de diferentes maneras en cada niño (Nordoff, 2014), por lo que no se podría saber exactamente de qué manera influye la drama terapia en el autoconcepto de los niños. Por lo tanto, hubiera sido interesante tener un grupo control que no reciba sesiones de drama terapia, y de esta manera comparar los resultados con aquellos que sí recibieron.

En fin, se puede decir que la drama terapia es una herramienta terapéutica eficaz para la construcción de un autoconcepto positivo en niños entre 7 a 10 años que sufren de una carencia afectiva. Esta también podría ser utilizada para trabajar con niños con distintos tipos de

maltratos, ya que todos los tipos de maltrato tienen consecuencias parecidas, en especial el desarrollo de un autoconcepto pobre y negativo (Verschueren, Doumen y Buyse, 2012). Así mismo, se puede observar que el desarrollo de un autoconcepto positivo en esta terapia se da a partir de distintas actividades e interacciones satisfactorias que transforman las experiencias del individuo y permiten que el mismo se sienta un ser valioso y capaz.

### **Limitaciones del Estudio**

Al finalizar el estudio se pudo encontrar algunas limitaciones que pudieron haber sesgado los resultados del mismo. En primer lugar, el estudio se limitó a un número muy pequeño de participantes, ya que la intervención era de tipo psicoterapéutico, por lo que se necesitaba varias horas de trabajo y dedicación. Igualmente, los niños eran de una clase social media-baja y eran parte de un centro específico, por lo que no existió una variedad en cuanto a la muestra. Por lo tanto, al ser una muestra pequeña y específica no se pueden generalizar los resultados. Finalmente, la información de los niños que sufren carencia afectiva en el Ecuador es escasa, al igual que la cantidad de intervenciones psicoterapéuticas que se han realizado con estos niños.

En cuanto a las limitaciones de la metodología, una de ellas fue el hecho de que no existe una herramienta cuantitativa que mida la carencia afectiva, por lo que para medir y diagnosticar dicho problema solamente se puede utilizar el reporte de los padres, de los niños, de los cuidadores y la observación de la conducta del sujeto estudiado. Esto puede provocar una dificultad en la detección del problema y en la evaluación de su intensidad. Así mismo, otras limitaciones fueron que no se trabajó con un grupo control, por lo que no se pudo analizar si el autoconcepto fue influenciado por la terapia o si éste también fue influenciado por otros factores en la vida del niño.

### **Recomendaciones para futuros estudio**

A partir de la revisión literaria y el diseño de la metodología se recomienda que para futuros estudios se desarrollen pruebas estandarizadas para medir los síntomas y la intensidad de la carencia afectiva, con el fin de obtener resultados más precisos y poder encontrar una intervención adecuada para dicho problema. De la misma manera, se recomienda utilizar este tipo de terapia en una muestra más amplia dentro del país; para así, poder comparar los resultados y descubrir si existen variaciones en la incidencia de la carencia afectiva y en la influencia de la terapia en el autoconcepto de estos niños, ya que los resultados podrían cambiar de acuerdo a la etnia, cultura, o nivel socioeconómico del individuo.

Igualmente, futuros estudios se podrían enfocar en la influencia de la drama terapia en el desarrollo del autoconcepto y en la capacidad de resiliencia del individuo, ya que estos dos componentes son fundamentales en el desarrollo de trastornos mentales. En fin, se considera que estudios futuros se deben enfocar en la carencia afectiva, así como en otros tipos de maltrato, ya que son un problema grave de nuestro país y son uno de las causas principales por las que el individuo desarrolla malestares o trastornos mentales.

## Referencias

- Arciga, C. H., & Chávez, M. D. C. M. (2015). Los cuentos de hadas como herramienta de evaluación e intervención psicológica en niños Fairytales as a tool for evaluation and psychological intervention in children.
- Barglow, P., Vaughn, B. E., & Molitor, N. (1987). Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in a low-risk sample. *Child development*, 945-954. Extraído el 26 de septiembre desde base de datos JStor
- Barnes, J. (2013). Drama to promote social and personal well-being in six-and seven-year-olds with communication difficulties: the Speech Bubbles project. *Perspectives in Public Health*, 1757913912469486.
- Baumeister, R. F., & Finkel, E. J. (Eds.). (2010). *Advanced social psychology: The state of the science*. Oxford university press
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 26(8), 725-748. Extraído el 26 de septiembre del 2016 desde base de datos Elsevier.
- Bianchi, S. M., & Milkie, M. A. (2010). Work and family research in the first decade of the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 705-725.
- Boston, M., & Szur, R. (Eds.). (1990). *Psychotherapy with severely deprived children*. Karnac Books.
- Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: WHO. Extraído el 20 de septiembre del 2016 desde <http://pages.uoregon.edu/eherman/teaching/texts/Bowlby%20Maternal%20Care%20and%20Mental%20Health.pdf>
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *The future of children*, 55-71. Extraído el 26 de septiembre desde la base de datos JStor
- Brooke, S. L. (2006). *Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies*. Charles C Thomas Publisher.
- Bueno, A. B. (1997). El maltrato psicológico/emocional como expresión de violencia hacia la infancia. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, (5), 83-96. Extraído el 27 de septiembre del 2016 desde: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT\\_05\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT_05_06.pdf)
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819.
- Butler, J. D. (2012). Playing with madness: Developmental Transformations and the treatment of schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 87-94.

- Casabó Martín, M., & García Soriano, A. (2012). Arteterapia y educación emocional Mini Artistas: Viaje al centro del corazón. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77066/-serveis-scp-publ-jfi-xviii-psicopedagogia-10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde: <https://books.google.com.ec>
- Casler, L. (1961). Maternal deprivation: A critical review of the literature. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1-64.
- Campo, L. A. (2014). El desarrollo del autoconcepto en niños y niñas y su relación con la interacción social en la infancia. *Psicogente*, 17(31), 67-79. Extraído el 28 de septiembre del 2016 desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v17n31/v17n31a05.pdf>
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F., & Bohart, A. (Eds.). (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. Palgrave Macmillan.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology*. Psychology Press.
- Couroucli-Robertson, (1998). "...a story performs a function of reassuring the recipient that the unknown can become knowable, that the road between the known and the unknown can travel both ways." Traducción mía.
- Couroucli-Robertson, K. (1998). The application of myth and stories in dramatherapy. *Dramatherapy*, 20(2), 3-10.
- Crabbe, J. (Ed.). (2012). *From soul to self*. Routledge.
- Crimmens, P. (2006). *Drama therapy and storymaking in special education*. Jessica Kingsley Publishers.
- CUP (n.d). *Early Childhood Measurement and Evaluation Tool Review*. Alberta, Canada.
- Davies, M. H. (2014). Dramatherapy and psychodrama. *Dramatherapy: Theory and Practice*, 1, 104.
- D'Amico, M., Lalonde, C., & Snow, S. (2015). Evaluating the efficacy of drama therapy in teaching social skills to children with Autism Spectrum Disorders. *Drama Therapy Review*, 1(1), 21-39.
- De Bea, E. T. (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en Relación a la crianza. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 49, 153-171.
- Demo, D. H. (1992). The self-concept over time: Research issues and directions. *Annual Review of sociology*, 303-326.

- Díaz-Aguado, M. (2001). El maltrato infantil. *Revista de Educación*, 325, 143-160. Extraído el 23 de septiembre del 2016 desde:  
[https://www.researchgate.net/profile/Dr\\_Professor\\_Maria\\_Jose\\_Diaz-Aguado/publication/39151358\\_El\\_maltrato\\_infantil/links/0912f51489ff942223000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dr_Professor_Maria_Jose_Diaz-Aguado/publication/39151358_El_maltrato_infantil/links/0912f51489ff942223000000.pdf)
- Dix, A. (2015). Telling stories: Dramatherapy and theatre in education with boys who have experienced parental domestic violence. *Dramatherapy*, 37(1), 15-27.
- Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX*
- Elkind, D. (1982). Parental stresses: Their detrimental effects on the emotional well-being of children. *International Journal of Sociology of the Family*, 275-283. Extraído el 26 de septiembre desde la base de datos JSTOR
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance*. Psychology Press. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde:  
<https://books.google.com.ec>
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychol. Issues (1)*, 1-171.
- Freeman, G. D., Sullivan, K., & Fulton, C. R. (2003). Effects of creative drama on self-concept, social skills, and problem behavior. *The Journal of Educational Research*, 96(3), 131-138.
- García, A. R. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*, (44), 241-258. extraído el 28 de septiembre del 2016 desde:  
[file:///C:/Users/Arianna%20Chiriboga/Downloads/Dialnet-LaEducacionEmocionalElAutoconceptoLaAutoestimaYSu-4596298%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Arianna%20Chiriboga/Downloads/Dialnet-LaEducacionEmocionalElAutoconceptoLaAutoestimaYSu-4596298%20(1).pdf)
- Gavin, H. (2011). Sticks and stones may break my bones: The effects of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(5), 503-529.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual review of sociology*, 1-33. Extraído el 28 de noviembre del 2016 desde la base de datos JSTOR
- Hamachek, D. (1988). Evaluating Self-Concept and Ego Development Within. *Journal of Counseling and Development*, 66.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13(12), 673. Extraído el 23 de septiembre desde: <http://psychclassics.yorku.ca/Harlow/love.htm>
- Harter, S. (1999). *The construcción of the self: a developmental perspective*. The Gillford Press
- Hartup, W. W., & Rubin, Z. (Eds.). (2013). *Relationships and development*. Psychology Press.
- Hattie, J. (2014). *Self-concept*. Psychology Press. Extraído el 28 de septiembre del 2016 desde  
[https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Vh0BAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=self+concept+&ots=NH4bWsgRVu&sig=Nmq2CSiXwLi\\_5ul98oi5n\\_8e6eA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=self%20concept&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Vh0BAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=self+concept+&ots=NH4bWsgRVu&sig=Nmq2CSiXwLi_5ul98oi5n_8e6eA&redir_esc=y#v=onepage&q=self%20concept&f=false)

- Howe, D. (2006). Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 128-134. Jones, P. (2007). *Drama as therapy volume 1: theory, practice and research*. Routledge. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde: <https://books.google.com.ec>
- Hueso González, A., i Sempere, C. y Josep, M. (2012). La investigación cuantitativa. *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. Valencia, España: Universidad politécnica de Valencia.
- Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: identification, assessment and intervention: a practice handbook*. John Wiley & Sons.
- Jaffe, L. (2014). *How Talking Cures: Revealing Freud's Contributions to All Psychotherapies*. Rowman & Littlefield.
- Jara, L. (2014). Entre héroes y monstruos: Arte terapia en niños con síntomas de ansiedad. *situArte*, 8(15).
- Jafari, L., Hashemian, K., & Mohammadi, A. Z. (2015). The Impact of Narrative Therapy with Creative Drama On Orphan Children Self Esteem. *European Psychiatry*, 30, 1649.
- Jarman, S. (2014). The effectiveness of drama therapy for children who have witnessed domestic abuse. *Mental Health Practice*, 18(2), 19-24.
- Jennings, S. (2014). *Dramatherapy with children and adolescents*. Routledge
- Johnson, D. R., & Emunah, R. (Eds.). (2009). *Current approaches in drama therapy*. Charles C Thomas Publisher.
- Johnson, D. R. (1982). *Principles and techniques of drama therapy*. The Arts in Psychotherapy, 9. 83-90.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy volume 1: theory, practice and research*. Routledge. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde: <https://books.google.com.ec>
- Karkou, V. (2010). Arts therapies in schools: Research and practice. Jessica Kingsley Publishers.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716
- Kinch, J. W. (1963). A formalized theory of the self-concept. *American Journal of Sociology*, 68(4), 481-486.
- Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, (1), 11-18.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.
- Langley, D. (2006). *An introduction to dramatherapy*. Sage.

- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Eds.). (2011). *Handbook of self and identity*. Guilford Press.
- Lištiaková, I. (2015). Analysis of three approaches in dramatherapy. *Journal of Exceptional People*, 1(6), 19
- Luna, N. C., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (10). Extraído el 28 de septiembre del 2016 desde: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991/818>
- Lamb, M. E. (2012). Mothers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children's adjustment. *Applied Developmental Science*, 16(2), 98-111. Extraído el 16 de septiembre desde la base de datos Taylor and Francis
- Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 22(5), 269-283.
- Leigh, L., Gersch, I., Dix, A., & Haythorne, D. (Eds.). (2012). *Dramatherapy with Children, Young People and Schools: Enabling Creativity, Sociability, Communication and Learning*. Routledge.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2011). *Handbook of art therapy*. Guilford Press. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde: <https://books.google.com.ec/books>
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2013). *Expressive therapies*. Guilford Publications. Extraído el 29 de septiembre del 2016 desde <https://books.google.com.ec>
- Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (Eds.). (2015). *Creative arts and play therapy for attachment problems*. Guilford Publications.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual review of psychology*, 38(1), 299-337.
- Martínez, S. (2009). Arteterapia con niños en edad preescolar. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 159-175
- McLaughlin, K. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(1), 46-55.
- McWhirter, P. T. (2011). Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 26(12), 2457-2482.

- Merz, E. C., & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of abnormal child psychology*, 38(4), 459-470.
- Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2012). *Child maltreatment: An introduction*. Sage Publications.
- Moreno, R. A. J., & Escallon, M. C. G. (2010). Comprensión de la privación afectiva a partir del paradigma fenomenológico–existencial. *Pensamiento psicológico*, 3(9).
- Mouesca, J. P. (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(6), 558-567.
- Myers, J. E. (2002). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage. Extraído el 22 de septiembre desde: <https://books.google.com.ec/>
- Nordoff, J. (2014). Child neglect planning and intervention Jan Horwath. *Journal of Social Work*, 14(6), 666-667.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11), e1001349. Extraído el 28 de septiembre del 2016 desde <http://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1288095836/CF496DAFFED3417FPQ/20?accountid=36555>
- Notario Lorente, A. I. (2014). Autoconcepto, una propuesta de intervención.
- Nsonwu, M. B., Dennison, S., & Long, J. (2015). Foster Care Chronicles: Use of the Arts for Teens Aging Out of the Foster Care System. *Journal of Creativity in Mental Health*, 10(1), 18-33.
- Oon, P. P. (2010). Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical child psychology and psychiatry*, 15(2), 215-230
- Palacios, E. G., Zabala, A. F., & Borinaga, G. I. (2012). El autoconcepto personal: diferencias asociadas a la edad y al sexo. *Aula abierta*, 40(1), 39-50.
- Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The arts in psychotherapy*, 33(4), 271-280
- Pendzik, S. (2015). La realidad dramática y sus implicaciones terapéuticas. *Investigación Teatral*, 4(7-8)
- Pérez Padilla, J., Lorence Lara, B., & Menéndez Álvarez-Dardet, S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17(1), 47-57.

- Piers, E. V., & Herzberg, D. S. (1969). Piers-Harris 2. *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. WPS
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, 19(1), 12-22.
- Prendiville, E., & Howard, J. (2014). *Applying an embodiment Projection Role Framework in Groupwork Children*. Play Therapy Today: Contemporary Practice with Individuals, Groups and Carers. Routledge.
- Pretorius, G., & Pfeifer, N. (2010). Group art therapy with sexually abused girls. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 63-73.
- Pringle, M. K. (2013). *The needs of children*. Routledge.
- Pulido, F. R., Estebaranz, N. C., & Cuadrado, P. M. M. (2014). Dramaterapia en personas con trastorno mental grave. *Norte de Salud mental*, 12(50).
- Reynolds, A. (2011). Developmental transformations: Improvisational drama therapy with children in acute inpatient psychiatry. *Social Work With Groups*, 34(3-4), 296-309.
- Richter, L. (2015). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. *World Health Organization*. Extraído el 16 de septiembre del 2016 desde [http://ecommons.hsrc.ac.za/bitstream/handle/123456789/8219/2393\\_Richter\\_TheImportanceChildgiverInteraction.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ecommons.hsrc.ac.za/bitstream/handle/123456789/8219/2393_Richter_TheImportanceChildgiverInteraction.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science: Vol. 3 (pp. 184-256)*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Romero, B. L. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (10), 101-110. Extraído el 29 e septiembre del 2016 desde: [file:///C:/Users/Arianna%20Chiriboga/Downloads/Dialnet-ArteTerapiaOtraFormaDeCurar-2044648%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Arianna%20Chiriboga/Downloads/Dialnet-ArteTerapiaOtraFormaDeCurar-2044648%20(6).pdf)
- Romero, B. L. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. *Educación y futuro: revista de Investigación aplicada y experiencias educativas*, (10), 101-110.
- Rose, S. J., & Meezan, W. (1993). Defining child neglect: Evolution, influences, and issues. *The Social Service Review*, 279-293. Extraído el 20 de septiembre desde la base de datos Jstor
- Rubin, J. A. (Ed.). (2016). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. Routledge.
- Sampieri, R, Fernández, C, & Baptista, P (2010) *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). D.F., México: McGraw Hill.

- Scarpa, S. (2011). Physical self-concept and self-esteem in adolescents and young adults with and without physical disability: the role of sports participation. *European Journal of adapted physical activity*, 4(1).
- Schwarzer, R. (2013). *Self-related cognitions in anxiety and motivation*. Psychology Press.
- Sefton-Green, J., Thomson, P., Jones, K., & Bresler, L. (Eds.). (2011). *The Routledge international handbook of creative learning*. Routledge
- Silverman, Y. (2007). Drama therapy with adolescent survivors of sexual abuse: The use of myth, metaphor, and fairytale. *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors*, 250-260.
- Skard, A. G. (1965). Maternal deprivation: The research and its implications. *Journal of Marriage and the Family*. extraído el 22 de septiembre desde la base de datos JSTOR
- Slack, K. S., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M. Y., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., & Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1354-1363.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355.
- Summer, D., Soble, L., Scott-Moncrieff, S., Senroy, P., Senroy, S., Hodermarska, M., ... & Long, J. (2007). *Healing the inner city child: Creative arts therapies with at-risk youth*. Jessica Kingsley Publishers.
- Sylvestre, A., & Mérette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors?. *Child abuse & neglect*, 34(6), 414-428
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1-12.
- Thoits, P. A. (2013). Self, identity, stress, and mental health. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 357-377). Springer Netherlands
- Torres-Godoy, P. H. (2001). *Dramaterapia: dramaturgia, teatro, terapia*. Editorial Cuarto Propio.
- Unicef. (2010). Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. *Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil*.
- Usborne, E., & Taylor, D. M. (2010). The role of cultural identity clarity for self-concept clarity, self-esteem, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(7), 883-897.

- Van Westrhenen, N., & Fritz, E. (2014). Creative arts therapy as treatment for child trauma: An overview. *The Arts in Psychotherapy, 41*(5), 527-534.
- Verschueren, K., Doumen, S., & Buyse, E. (2012). Relationships with mother, teacher, and peers: Unique and joint effects on young children's self-concept. *Attachment & Human Development, 14*(3), 233-248.
- Waldfogel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation, 20*(2), 87.
- Wylie, R. C. (1974). *The self-concept: Theory and research on selected topics* (Vol. 2). U of Nebraska Press.
- Weber, A. M., & Haen, C. (2005). *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment*. Psychology Press.
- Whetten, K., Ostermann, J., Whetten, R., O'Donnell, K., & Thielman, N. (2011). More than the loss of a parent: potentially traumatic events among orphaned and abandoned children. *Journal of traumatic stress, 24*(2), 174-182.
- Young, R., Lennie, S., & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of Child psychology and Psychiatry, 52*(8), 889-897.
- Yu, T., Pettit, G. S., Lansford, J. E., Dodge, K. A., & Bates, J. E. (2010). The interactive effects of marital conflict and divorce on parent-adult children's relationships. *Journal of Marriage and Family, 72*(2), 282-292. extraído el 26 de septiembre desde la base de datos JSTOR
- Zuravin, S. J. (1991). Unplanned childbearing and family size: Their relationship to child neglect and abuse. *Family planning perspectives, 155*-161. Extraído el 27 de septiembre del 2016 desde base de datos JSTOR.

## ANEXO A: ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS-HARRIS

### ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

Nombre: .....Curso: ..... Fecha: .....

<b>1</b>	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SI	NO
<b>2</b>	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO
<b>3</b>	ME RESULTA DIFÍCIL ENCONTRAR AMIGOS	SI	NO
<b>4</b>	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES	SI	NO
<b>5</b>	SOY LISTO/A	SI	NO
<b>6</b>	SOY TÍMIDO/A	SI	NO
<b>7</b>	ME PONGO NERVIOSO CUANDO PREGUNTA EL PROFESOR	SI	NO
<b>8</b>	MI CARA ME DISGUSTA	SI	NO
<b>9</b>	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	SI	NO
<b>10</b>	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENEMOS UN EXÁMEN	SI	NO
<b>11</b>	CAIGO MAL EN CLASE	SI	NO
<b>12</b>	ME PORTO MAL EN CLASE	SI	NO
<b>13</b>	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MÍA	SI	NO
<b>14</b>	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA	SI	NO
<b>15</b>	SOY FUERTE	SI	NO
<b>16</b>	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
<b>17</b>	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	SI	NO
<b>18</b>	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MÍA	SI	NO
<b>19</b>	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	SI	NO
<b>20</b>	CUANDO LAS COSAS SON DIFÍCILES LAS DEJO SIN HACER	SI	NO
<b>21</b>	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO
<b>22</b>	HAGO MUCHAS COSAS MALAS	SI	NO
<b>23</b>	DIBUJO BIEN	SI	NO
<b>24</b>	SOY BUENO PARA LA MÚSICA	SI	NO
<b>25</b>	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO
<b>26</b>	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO
<b>27</b>	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	SI	NO

<b>28</b>	SOY NERVIOSO/A	SI	NO
<b>29</b>	TENGO LOS OJOS BONITOS	SI	NO
<b>30</b>	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	SI	NO
<b>31</b>	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES	SI	NO
<b>32</b>	FASTIDIO A MIS HERMANOS/AS	SI	NO
<b>33</b>	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO
<b>34</b>	ME METO EN LIOS A MENUDO	SI	NO
<b>35</b>	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO
<b>36</b>	TENGO SUERTE	SI	NO
<b>37</b>	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS	SI	NO
<b>38</b>	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO	SI	NO
<b>39</b>	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO
<b>40</b>	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A	SI	NO
<b>41</b>	TENGO EL PELO BONITO	SI	NO
<b>42</b>	A MENUDO SALGO VOLUNTARIO/A EN CLASE	SI	NO
<b>43</b>	ME GUSTARÍA SER DISTINTO/A DE CÓMO SOY	SI	NO
<b>44</b>	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	SI	NO
<b>45</b>	ODIO EL COLEGIO	SI	NO
<b>46</b>	ME ELIGEN DE LOS ÚLTIMOS PARA JUGAR	SI	NO
<b>47</b>	ESTOY ENFERMO FRECUENTEMENTE	SI	NO
<b>48</b>	A MENUDO SOY ANTIPÁTICO/A CON LOS DEMÁS	SI	NO
<b>49</b>	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
<b>50</b>	SOY DESGRACIADO/A	SI	NO
<b>51</b>	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	SI	NO
<b>52</b>	SOY ALEGRE	SI	NO
<b>53</b>	SOY TORPE PARA LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	NO
<b>54</b>	SOY GUAPO/A	SI	NO
<b>55</b>	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	SI	NO
<b>56</b>	ME PELEO MUCHO	SI	NO
<b>57</b>	CAIGO BIEN A LAS CHICAS	SI	NO
<b>58</b>	LA GENTE SE APROVECHA DE MÍ	SI	NO
<b>59</b>	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA CONMIGO	SI	NO
<b>60</b>	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SI	NO
<b>61</b>	CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO
<b>62</b>	EN MI CASA SE APROVECHAN DE MÍ	SI	NO
<b>63</b>	SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTES	SI	NO

<b>64</b>	SOY PATOSO/A	SI	NO
<b>65</b>	EN JUEGOS Y DEPORTES, MIRO PERO NO PARTICIPO	SI	NO
<b>66</b>	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO	SI	NO
<b>67</b>	ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	SI	NO
<b>68</b>	ME ENFADO FÁCILMENTE	SI	NO
<b>69</b>	CAIGO BIEN A LOS CHICOS	SI	NO
<b>70</b>	LEO BIEN	SI	NO
<b>71</b>	ME GUSTA MÁS TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO	SI	NO
<b>72</b>	ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS	SI	NO
<b>73</b>	TENGO UN BUEN TIPO	SI	NO
<b>74</b>	SUELO TENER MIEDO	SI	NO
<b>75</b>	SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS	SI	NO
<b>76</b>	SE PUEDE CONFIAR EN MÍ	SI	NO
<b>77</b>	SOY UNA PERSONA RARA	SI	NO
<b>78</b>	PIENSO EN HACER COSAS MALAS	SI	NO
<b>79</b>	LLORO FÁCILMENTE	SI	NO
<b>80</b>	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Influencia de la Drama Terapia en el Autoconcepto de Niños con Carencia Afectiva

**Organización del investigador:** *Universidad San Francisco de Quito*

**Nombre del investigador principal** *Arianna Verónica Chiriboga Moncayo*

**Datos de localización del investigador principal** *2890724, 0998140898, arichiribogam@gmail.com*

**Co-investigadores** *Ninguno*

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente la participación de sus hijos y despejar sus dudas. Puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea que su hijo/a participe.

Su hijo/a ha sido invitado a participar en un investigación sobre la influencia de la drama terapia en niños con carencia afectiva ya que su hijo/a está entre los 7 a 10 años y ha presentado síntomas y características de una carencia afectiva.

**Propósito del estudio** *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El estudio consta de 8 niños de un centro de cuidado infantil entre los 7 a 10 años de edad. Se pretende analizar si la drama terapia tiene un efecto positivo en el autoconcepto de estos niños que les ayude a desarrollar habilidades para enfrentar distintas situaciones y alcanzar un bienestar psicológico.

**Descripción de los procedimientos** *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

En primer lugar, se aplicará la escala de Autoconcepto de Piers-Harris para evaluar el autoconcepto de los niños. Luego, se les aplicará la drama terapia a 8 niños que hayan demostrado tener un autoconcepto frágil y que serán escogido al lazar. Después de 3 meses de terapia, se les aplicará nuevamente la Escala De Autoconcepto de Pierrs-Harris y se observará si existieron cambios o no. Las sesiones de la terapia se llevarán a cabo durante la estancia de los niños en el centro y durarán una hora a la semana, por un período de tres

meses

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los participantes pueden tener el riesgo de experimentar sentimientos de ansiedad o de incomodidad durante la evaluación o intervención terapéutica. Por lo tanto, si los participantes son afectados negativamente por cualquier razón se les pedirá que asistan a sesiones adicionales para poder trabajar sobre estos malestares. Igualmente, los participantes pueden tener problemas con el seguimiento de la terapia, por lo que se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar temas que los haga sentir incómodos o que no quieran.

Los participantes serán beneficiados al final del estudio porque la terapia les ayudará a trabajar con sus conflictos internos y a desarrollar habilidades que les ayude a enfrentar distintos problemas de su vida cotidiana. De igual manera, podrán compartir con otros participantes de su misma edad a través de interacciones positivas que les ayudará a desarrollar habilidades sociales. Por último, se espera que la terapia ayude a que los individuos construyan un autoconcepto más positivo y alcancen un bienestar psicológico.

Si la drama terapia tiene un efecto positivo en estos participantes, esta terapia podrá servir para intervenciones futuras con niños que sufren de una carencia afectiva y presentan un autoconcepto negativo. Por lo tanto, esta terapia podría servir para fomentar el crecimiento saludable de los niños en el Ecuador.

**Confidencialidad de los datos** (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni ten Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el testigo de la investigación tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (si aplica) ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (si aplica)

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998140898 que pertenece a Arianna Chiriboga, o envíe un correo electrónico a arichiribogam@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

<b>Consentimiento informado</b> <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i>	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha