



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA



INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN
LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZÓN DE JESÚS

AUTORA

KERLY TATIANA GARCÍA GAMBOA

TUTOR:

MSC. MARIO PROCEL AYALA

QUEVEDO –LOS RIOS - ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DEDICATORIA

Le dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador de mis pasos dados en mi convivir diario, a mis padres por ser mis guías de mi vida, por apoyarme en todo para estar aquí, a mis hermanas por ser las que me animan para seguir adelante.

A mi esposo e hijos, por su afecto y cariño que son los detonantes de mi felicidad, de mis esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ellos.

KERLY TATIANA GARCÍA GAMBOA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AGRADECIMIENTO

En la realización y ejecución de este proyecto participaron alumnos quienes directamente aportaron con sus inquietudes y comentarios, los padres de familia que en determinado momento apoyaron con comentarios y sugerencias, los docentes que en su momento apoyaron dando tiempo a los alumnos. A los directos que apoyaron y permitieron la ejecución del proyecto.

A mi familia, quienes nunca han dejado de apoyarme

A mis maestros, por inculcarme a nutrir mis conocimientos siempre para mi formación profesional

KERLY TATIANA GARCÍA GAMBOA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Kerly Tatiana García Gamboa, portadora de la cédula de ciudadanía 0503413171, en calidad de autora del Informe Final del Proyecto de Investigación, previo a la obtención del Título de PSICÓLOGA CLÍNICA, declaro que soy autora del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZÓN DE JESÚS.

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

KERLY TATIANA GARCÍA GAMBOA

C.I. 0503413171

MISS MARIO PROCEL
DOCENTE DE LA FCIE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA



CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME
FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
SUSTENTACIÓN

Quevedo, 31 de octubre del 2018

En mi calidad de Tutor del Informe final del Proyecto de Investigación designado por el consejo Directivo con oficio

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO
EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZÓN
DE JESÚS.

Aplicando las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la Carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

MSC. MARIO PROCEL
DOCENTE DE LA FCJE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA



RESUMEN

**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL INFORME
FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
SUSTENTACIÓN**

Quevedo, 31 de octubre del 2018

En mi calidad de Lectora del Informe final del Proyecto de Investigación designado por el consejo Directivo con oficio

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZÓN DE JESÚS.

Por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la Carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

DOCENTE DE LA FCJSE



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**



RESUMEN

La investigación se ejecutará con el tema planteado en la Unidad Educativa “Corazón de Jesús” del cantón Valencia, provincia Los Ríos, el objeto de estudio corresponde a la población de jóvenes que en total suman 200 alumnos. Datos recopilados en el DECE de la institución se han incrementado los casos de acoso escolar y en la misma proporción el bajo rendimiento escolar; conocer las causas de los trastornos que están detrás de estos problemas es la principal causa para iniciar el proceso investigativo.

Aún no se ha identificado las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los estudiantes. No se ha determinado el comportamiento de los estudiantes y sus consecuencias en la escolaridad. No se ha propuesto talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia. La propuesta se justifica porque es el momento de planificar la intervención para ayudar a prevenir y reducir las conductas inadecuadas, problemáticas y desafiantes si se pretende contribuir de manera positiva en la vida de los alumnos con intención de lograr fomentar sus potencialidades, es necesario llegar a conocer aspectos que integran su desarrollo, siendo las emociones una dimensión que debe ser influenciada por la evolución del adolescente, lo condiciona a una dirección determinada. Desde el centro educativo se debe contemplar la educación emocional como objetivo y contenido de las prácticas, se estaría formando ciudadanos emocionalmente sanos y capaces de convivir en armonía para construir una sociedad con respeto mutuo, la libertad y la solidaridad.

PALABRAS CLAVES. Escolaridad – Comportamiento- Inteligencia- Emocional.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES
Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En el calidad de Tutor del Trabajo de Investigación de la Srta. GARCIA GAMBOA

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, TITULADO: **TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CORAZON DE JESUS" AÑO 2018.**

PRESENTADO POR LA SEÑORITA: KERLY TATIANA GARCIA GAMBOA

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

8.81

Ocho punto Ochoenta y Uno

EQUIVALENTE A:

Muy Bueno

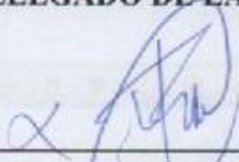
TRIBUNAL:



BRIONES CAICEDO WILSON ROBERTO
DELEGADO DE LA DECANA



PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO
DELEGADO DEL COORDINADOR DE CARRERA



CARRIEL PAREDES FLOR DEL ROCIO
DELEGADA DEL CIDE



ABG. ISELA BERRUZ MOSQUERA
SECRETARIA DE LA FAC.CC.JJ.JJ.SS.ER



INDICE

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



MODALIDAD PRESENCIAL

Quevedo, 26 de octubre del 2018

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación de la Sra. GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA, titulado "TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZON DE JESÚS. AÑO 2018", certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio UrkAund, obteniendo como porcentaje de similitud de [2 %], resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el % de similitud, queda aprobado para su publicación.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.

The screenshot shows the Urkund web interface. On the left, a document analysis report is visible with the following details:

- Documento: proyecto para unidad MARIOLA GARCÉS.docx(04312447)
- Presentado: 2018-10-26 11:03:45 AM
- Presentado por: carmita_muj@udmba.com
- Recibido: mproclab@unab.edu.ec
- Mensaje: Proyecto final Mariola Gades. Mostrar el mensaje completo.

Below the report, it states: "De estas 44 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes." On the right, a table titled "Lista de Fuentes - Bloques" lists the sources used:

Categoría	Enlace nombre de archivo
	ORIENTACION PSICOEDUCATIVA (ROSSETTY ROMERO) PARA E
	https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html
	SU AY CORPORA-LI-TIMA - L.docx
	http://www.malim-evk-stf.eu/content/info/romeritoma
	https://www.significados.com/salud/

Mario Procel

LIC. MARIO PROCEL AYALA MSC.
TUTOR DE PROYECTO

ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN.....	v
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN.....	vi
RESUMEN	vii
RESULTADOS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	viii
INFORME FINAL DEL SISTEMA URKUND	ix
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2. MARCO CONTEXTUAL.....	4
1.2.1. Contexto Internacional.....	4
1.2.2. Contexto Nacional	4
1.2.3. Contexto Local.....	5
1.2.4. Contexto Institucional.....	6
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.4.1. Problema general.....	8
1.4.2. Subproblemas o derivados	8

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.5.1. Delimitación espacial.....	9
1.5.2. Delimitación temporal.....	9
1.5.3. Delimitación demográfica.....	9
1.6. JUSTIFICACIÓN	10
1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.7.1. Objetivo general.....	12
1.7.2. Objetivos específicos	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL.....	13
2.1. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.1. Marco conceptual.....	13
Trastorno de comportamiento	13
Factores de riesgo en los trastornos del comportamiento	27
Prevalencia.....	28
Etiología.....	29
Sintomatología de los trastornos de comportamiento	30
Tratamientos desde el enfoque de la psicología.....	34
Adolescencia.....	39
Características propias de la etapa de adolescencia	40
Factores asociados con el desarrollo del adolescente	44
2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de investigación.....	53
2.1.2.1. Antecedentes investigativos.....	53
2.1.2.2. Categoría de análisis	54
Clasificación de trastornos mentales CIE10 Criterios de la OMS	54
Trastornos generalizados del desarrollo (F84) Esquizofrenia (F20).....	56
2.1.3. Postura teórica.....	59

2.2. HIPÓTESIS.....	60
2.2.1. Hipótesis general.....	60
2.2.2. Subhipótesis o derivadas.....	60
2.2.3. Variables	60
CAPÍTULO III.....	61
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	61
3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	61
3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas.....	61
3.1.2. Análisis e interpretación de datos	62
3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES	65
3.2.1. Generales.....	65
3.2.2. Específicas	65
3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES	66
3.3.1. Generales.....	66
3.3.2. Específicas	66
CAPÍTULO IV.....	67
PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	67
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS	67
4.1.1. Alternativa obtenida.....	67
4.1.2. Alcance	68
4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa propuesta	68
4.1.3.1. Antecedentes	68
4.1.3.2. Justificación.....	69
4.2. OBJETIVOS	70
4.2.1. General.....	70
4.2.2. Específicos	70
4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA	70

4.3.1. Título.....	70
4.3.2. Componentes.....	70
4.3.3. Sesiones.....	72
4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Mejorar el comportamiento.....	62
Tabla 2. Responsabilidad de docentes	63
Tabla 3. Aplicación de talleres de educación emocional	64
Tabla 4. Cronograma de actividades.....	70
Tabla 5. Actividad 1. Elaboración de normas	72
Tabla 6. Actividad 2. Asamblea, compromiso y reflexión	73
Tabla 7. Actividad 3. Asamblea, compromiso y reflexión	74
Tabla 8. Actividad 4. Emoción y reacción.....	75
Tabla 9. Actividad 5. Imagina.....	76
Tabla 10. Actividad 6. Mediando.....	77
Tabla 11. Actividad 7. Al cine	78
Tabla 12. Actividad 8. Emociones	79
Tabla 13. Cronograma.....	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Mejorar el comportamiento.....	62
Gráfico 2. Responsabilidad del docente.....	63
Gráfico 3. Talleres de educación emocional.....	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Fotos de la investigación.....	86
Anexo 2. Glosario de términos.....	89
Anexo 3. Matriz de consistencia del trabajo de la investigación.....	91
Anexo 4. Formato de encuesta para estudiantes.....	92
Anexo 5. Formato de encuesta para padres de familia.....	94
Anexo 6. Formato de entrevista a docentes.....	95
Anexo 7. Metodología de la investigación.....	97
Anexo 8. Presupuesto.....	100
Anexo 9. Cronograma del proyecto.....	101

INTRODUCCIÓN

El incremento de los trastornos internalizantes (expresados en la dimensión interna) desde el siglo pasado en el que se ha producido cambios importantes en la sociedad y la necesidad de adaptarse a múltiples factores de estrés, que inclusive la OMS expresa “no hay salud sin salud mental”.

En el marco de la salud pública los problemas de salud mental son una prioridad a enfrentar; especialmente en los niños y jóvenes, esto debido a una que ha crecido en la última década entre la población, son los trastornos de comportamiento son episodios inesperados y repetidos acompañados por síntomas físicos, presenta ambigüedades con respecto a su origen o causa que incide en la patología. Estos trastornos que afectan la salud mental se vincula con factores sociales como eventos vitales, situaciones estresantes personales y familiares.

La angustia es experimentada desde el nacimiento como emoción básica, implica la captación del peligro y la angustia de la existencia. Esta angustia como expresión normal se une a nuevas experiencias y períodos críticos del desarrollo del individuo como es la adolescencia, permitiéndole adaptarse a los procesos de adquisición y dominio de habilidades cognitivas. Pero se puede constituir en un estado patológico influido por genética, causas biológicas, experiencias de vida y contexto familiar o social.

Con los antecedentes descritos se plantea analizar los trastornos de comportamiento y el desarrollo emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús que incluya también una posible solución para el problema planteado.

En el contexto investigativo, el proyecto se divide en los siguientes acápite.

El capítulo I se desarrolla la problemática, se plantea el problema de investigación, la justificación del proyecto y los objetivos generales y específicos que persigue la investigación en sí.

En el capítulo II se encuentra el marco teórico, referencial, postura teórica e hipótesis de investigación.

El capítulo III define la metodología para la recopilación y análisis de datos, de igual manera la población y muestra, así como las técnicas para la recopilación de datos. Los resultados del proceso investigativos, se exponen lo más relevante de la problemática.

El capítulo IV contempla la propuesta diseñada acorde lo encontrado en el proceso investigativo. Finalmente la bibliografía consultada y los anexos como soporte a la ejecución del trabajo investigativo.

CAPÍTULO I
DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL
EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZÓN DE JESÚS.

1.2. MARCO CONTEXTUAL

1.2.1. Contexto Internacional

La educación emocional no data de estudios científicos antes del siglo XX, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2010) describe cifras que a nivel mundial los trastornos mentales, así como el comportamiento afectan entre el 10 y 15% de los niños, niñas y adolescentes. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de cualquier trastorno variaba de 12,7% al 15% para 2001 y que eran las primeras manifestaciones de afecciones que en muchas ocasiones duran hasta la vida adulta, esa carga habría ascendido en 2010 al 22% pronosticando que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (Kohn, Levav, & Caldas, 2012).

En muchos países latinoamericanos se registra avances en la educación primaria y una mayor cobertura en la secundaria, sin embargo, prevalecen problemas relacionados al fracaso escolar, repetición deserción, ausentismo y bajo nivel de aprendizaje atribuyendo a los trastornos de la conducta emocional en los estudiantes como factor en común con algunos de estos problemas.

La modificación de la conducta puede ser con una técnica cognitiva- conductual y con fármacos para tratar de reducir estos trastornos del comportamiento y manejar sus consecuencias a largo plazo. Es necesario previo a cualquier tratamiento que se realice un reconocimiento exhaustivo de la persona afectada; existen técnicas de evaluación que permiten tener un diagnóstico preciso para su eventual tratamiento. Por ello es necesario hacer un repaso a las principales técnicas de intervención para tener una idea global de los procedimientos a realizar (Cano-Vindel, 2011).

1.2.2. Contexto Nacional

Las víctimas de violencia y maltrato constituyen la primera demanda en las unidades del Ministerio de Salud Pública. La depresión ocupa el segundo lugar, seguida de la epilepsia y alcoholismo. Los casos de depresión van en ascenso desde el 2005 (495 casos) y en 2015 con 178 casos con una tasa de incremento del 2,45%. Las conductas

emocionales trasgreden a estadísticas, no se define como patología, se encuentra en aumento en escolares con la respectiva disminución del desarrollo armónico en todas las esferas del ser humano y el logro de conducta subjetivas y objetivas en el medio familiar y social está en auge. Para tener estadísticas sobre casos de depresión en Ecuador con datos reales se debe sumar los atendidos en consultas privadas y sin necesidad de hospitalización los cuales no están incluidos en este informe (Chávez, Samaniego, & Aguilar, 2015).

La adolescencia se caracteriza por un cúmulo de cambios que se caracteriza por un periodo de desequilibrio psíquico, conflicto emocional y conductas inadecuadas frente al entorno familiar, trascendiendo al aspecto educativo que muchas veces se refleja en el rendimiento académico en el cual como todo fenómeno complejo se considera multicausal, entre las cuales sobresale el factor psicológico. Según la guía de Supervisión de Adolescentes (2014) la adolescencia (10 a 19 años) y juventud (20 a 24 años) en Ecuador constituyen el 31% de la población total por lo tanto se implantó desde 2008 un programa para responder a las necesidades personales y colectivas en el ámbito físico y psicológico del joven debido a las estadísticas de acoso escolar, bajo rendimiento y males sociales incrementado, definiendo proyectos de vida, los cuales se convierten en factores protectores primordiales.

1.2.3. Contexto Local

En el cantón Valencia existe una decena de unidades educativas entre públicas y privadas de nivel secundario donde cientos de jóvenes acuden a cursar estudios a nivel medio. La comunidad educativa sugiere la idea de un equipo cooperativo con fines y propósitos comunes, la alusión a los miembros del entorno y el proceso formativo sugiere la corresponsabilidad de tareas compartidas con acción sinérgica para el perfeccionamiento del adolescente y que este sea partícipe de ese medio.

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su personalidad, se consolida identidad. Es una época de búsqueda, de oposición, de rebelión, de extremismo a veces; la edad de los ideales, de verlo todo claro para, al instante siguiente, verse inmerso en la confusión mental más absoluta; de transgredir normas y de ir en contra de todo y de todos; de revolución personal para, poco a poco, ir reconstruyendo el propio yo fragmentado. Desde

el punto de vista fenomenológico, la psique del adolescente se halla en un proceso de consolidación en el que ha de producirse.

1.2.4. Contexto Institucional

La investigación se ejecutará con el tema planteado en la Unidad Educativa “Corazón de Jesús” del cantón Valencia, provincia Los Ríos, el objeto de estudio corresponde a la población de jóvenes que en total suman 200 alumnos. Datos recopilados en el DECE de la institución se han incrementado los casos de acoso escolar y en la misma proporción el bajo rendimiento escolar; conocer las causas de los trastornos que están detrás de estos problemas es la principal causa para iniciar el proceso investigativo.

En el contexto institucional uno de los problemas con mayor trascendencia ha sido el bajo rendimiento académico de sus estudiantes, lo que ha dejado a la institución en uno de los niveles más bajos en cuanto a la calidad de educación a nivel local. En los Distritos de Educación existe esta inquietud para temas educativos, que “los escolares carecen de habilidades como ser creativos, pensar en forma crítica, hacer juicios, resolver problemas, comunicarse, colaborar, conectarse y competir.”, lo que explicaría los niveles bajos de educación en los que se encuentra la región costa con respecto a la región sierra según las pruebas Ser Bachiller (Senescyt, 2016).

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los trastornos de comportamiento en la escolaridad se consideran uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que se encara a nivel de atención primaria. Es un término que engloba un amplio rango de fenómenos clínicos, pueden interferir en las relaciones sociales, el trabajo escolar y el desarrollo normal del adolescente.

La fobia escolar asociada a otros trastornos clínicos como la baja autoestima y depresión puede trascender hasta la adultez, su diagnóstico y tratamiento debe ser lo más temprano posible; el tratamiento puede ser corto si es detectado a tiempo o largo cuando se subestima el problema. Aunque los trastornos se encuentran entre los más comunes de los problemas mentales, emocionales y de comportamiento que se presentan en la niñez y adolescencia, estos pueden coexistir con trastornos de salud físicos que necesitan tratamiento.

El trastorno de comportamiento es un trastorno de ansiedad, suele aparecer a finales de la adolescencia o edad temprana adulta. Estos trastornos son muy similares a las experiencias vividas por adultos que lo sufren; su sintomatología principal es la sensación de ataques recurrente, suelen ser inesperados y marcados por miedo externo, nerviosismo y aprensión. Son una mezcla de síntomas físicos, mentales y emocionales, ocurren de imprevisto marcado por miedo extremo, nerviosismo y aprensión.

Vivir con mal comportamiento puede ser una experiencia devastadora en el adolescente; ellos son susceptibles a desarrollar conductas de evitación, se alejan de situaciones, lugares y eventos que consideran podrían desencadenar un ataque de comportamiento pudiendo en algunos casos a usar y abusar del alcohol u otras drogas.

Estos niños y jóvenes pueden llegar a desarrollar depresión, comportamiento suicida o consumir alcohol o drogas. La alta prevalencia de esta afectación no quita la idea errónea de considerarlo un trastorno transitorio o inofensivo llegando a subestimar y pasar por alto emociones negativas que requieren atención y recursos específicos para ser superada. Según expertos dejar sin tratamiento tiene mayor riesgo de mal desempeño en la escuela, reducción de habilidades sociales, vulnerabilidad al abuso de sustancias llegar a la adultez con estos trastornos.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema general

¿De qué manera inciden los trastornos de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia?

1.4.2. Subproblemas o derivados

¿Cómo identificar las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los adolescentes?

¿De qué manera el comportamiento de los estudiantes tiene consecuencias en la escolaridad?

¿Cómo mejorar la emoción y el pensamiento en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia?

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Delimitación espacial

El proceso investigativo se dará en la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia, perteneciente a la provincia de Los Ríos.

1.5.2. Delimitación temporal

El proceso investigativo se ejecutará en el 2018

1.5.3. Delimitación demográfica

Los alumnos de bachillerato serán evaluados acorde al tema propuesto.

Línea de investigación de la Universidad: Educación y desarrollo social.

Línea de investigación de la Facultad: Talento Humano, Educación y docencia

Línea de investigación de la Carrera: Asesoramiento psicológico

Sub-línea de investigación: Trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional.

Área: Psicología Clínica

Campo: Salud mental

Aspecto: Comportamiento del adolescente

1.6. JUSTIFICACIÓN

En un mundo exigente e interconectado, los adolescentes viven constantemente en presión y exposición, con un debilitamiento de la familia, perdiendo su rol de protección; las relaciones sociales se transforman en relaciones instrumentales con pérdidas de sentido de pertenencia de las personas, con perspectivas de desarrollo de patologías de origen psicológico.

Se suma a esto la crisis relacional entre el macro ambiente social y los micro ambientes, quedando los jóvenes vulnerables a las influencias del macro ambiente por ello es necesario comprender las complejidades de los nuevos cambios sociales. La existencia de estos dos ambientes que conviven dentro de una misma sociedad, amenaza la convivencia entre los jóvenes, provocando miedos e incertidumbres, aumentando la segregación y la exclusión social lo que podría ocasionar trastornos de comportamiento.

La importancia radica en lo expuesto en el marco de la salud pública, los problemas de salud mental constituyen una de las prioridades a enfrentar, pero se requiere un análisis que arroje datos de las patologías, incidencias en el entorno familiar y relacional. En el plano personal los adolescentes podrían verse imposibilitados de realizar actividades cotidianas, desarrollando cuadros de depresión y generando retraimiento social; determinar factores de riesgo en los trastornos de comportamiento sería el primer paso para valorar la salud mental del adolescente. Los resultados de la investigación permitirán el logro de este fin.

La investigación se centrará en determinar el trastorno de comportamiento en jóvenes de bachillerato de la Unidad Educativa Corazón de Jesús como medio para establecer la conducta emocional de los alumnos que podrían estar padeciendo esta conducta que si no se trata a tiempo podría afectar negativamente en la vida de este pudiendo conducir a problemas con las relaciones y la autoestima.

Los resultados servirán para disponer de opciones seguras y efectivas de tratamiento para ayudar a los jóvenes con trastornos de comportamiento y para el desarrollo de estrategias preventivas en psicopatología es esencial el estudio de factores de riesgo, por lo que la presente investigación se justifica ampliamente.

El valor teórico de la investigación reside en aportar con conocimiento nuevo de apoyo a teorías y enfoques establecidos de la salud mental que generalmente se enfoca desde el punto de vista cognitivo, minimizando los factores sociales presentes en las patologías.

La investigación es factible debido a que las técnicas actuales, el diagnóstico del desorden y poder tratar a tiempo, sus futuras complicaciones pueden ser graves para el niño o adolescente, al igual que su círculo familiar. El individuo con esta problemática trasforma su conducta emocional que puede empezar evitando enfrentarse con situaciones que temen o creen que les puede producir problemas; se puede llegar a extremos como negarse ir al centro de estudio, separarse de sus padres, salir de casa o caminar solo.

1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo general

Determinar la incidencia del trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Identificar las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes.
2. Determinar el comportamiento de los estudiantes y sus consecuencias en la escolaridad.
3. Proponer talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Marco conceptual

Trastorno de comportamiento

Los niños y adolescentes con este tipo de desorden padecen periodos inesperados y frecuentes de intenso pavor y molestia, seguidos de otras sintomatologías. Entre los trastornos del comportamiento (TC) se destacan: el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Los mismos que son una de las causas más habituales de consulta con el pediatra y en las unidades de salud mental infantil y para adolescentes.

Los síntomas principales del TC implican un espectro de conductas afines: el desafío a quienes representan autoridad, oposición a normas, irritabilidad, enfados habituales que incluso producen agresiones a personas; destrucción de objetos y posesiones, así como robos e incumplimiento agravado de las normas sociales (Rodríguez, 2017).

Rodríguez (2017) enfatiza la necesidad de considerar la temporalidad y estabilidad de los síntomas para formular un diagnóstico, porque no son extrañas situaciones de expresión de tales conductas en momentos precisos, generalmente se presentan como reacción a un proceso de adaptación.

Conjuntamente con la sintomatología nuclear que presentan los pacientes diagnosticados, es importante la evaluación del grado de disfunción asociada en todas las áreas de desarrollo: familiar, social, escolar o personal. Un diagnóstico a tiempo y una adecuada intervención reduce el riesgo de morbilidad asociada y cronificación del cuadro clínico (Rodríguez, 2017).

Al no detectarse a tiempo los TC provocan un aumento en cuanto al consumo de recursos sanitarios, y los servicios sociales, educativos o jurídicos. Es comprensible la existencia de varias circunstancias que pueden generar trastornos de comportamiento.

Entre las más frecuentes se identifica el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos del ánimo o de ansiedad. En un importante incremento porcentual, es preciso un correcto diagnóstico diferencial y la consideración de las situaciones de comorbilidad para instaurar un adecuado programa terapéutico (Rodríguez, 2017).

Según Montes (2012) la palabra "trastornos de la conducta" pertenece a una designación amplia; en cuanto a fines didácticos se los clasifica según el DSM IV, (clasificación psiquiátrica norteamericana) como aquellos trastornos mentales cuya característica son los problemas de comportamiento en adolescentes que antes de los 18 años hayan presentado por lo menos tres de las siguientes señales para calificar en el diagnóstico específico de trastornos de la conducta:

- Robar sin agredir a una víctima de forma directa. Abarca robo en una casa con violencia.
- Abandonar sin advertencia la casa, por lo menos en horas de la noche en más de una ocasión, mientras convive con los progenitores o familiares. Incluye el abandono del hogar para nunca retornar.
- Mentir frecuentemente, reservando el tener que hacerlo para evitar la violencia física o sexual.
- Provocar incendios deliberadamente.
- Faltar a clase a menudo (no asiste sin tener motivos)
- Ingresar sin autorización en otra vivienda, o vehículo de otra persona.
- Destruir deliberadamente la propiedad ajena.
- Ser cruel de manera física con los animales.
- Forzar a alguien a tener actividad sexual.
- Utilizar armas de cualquier tipo en peleas en más de una oportunidad.
- Incitar e iniciar a menudo las peleas y riñas.

- Robar, dañar a su víctima directamente (sustracción, extorsión, robo con arma).
- Ser cruel de manera física con las personas.

Sin embargo, a pesar de aplicar este instrumento, el resultado positivo de este diagnóstico se lo cuestiona en cuanto a su valor de entidad nosográfica, porque es la resultante sintomática, pero no se considera la personalidad del niño o adolescente, tampoco se toma en cuenta las implicaciones evolutivas y pronósticas (Montes, 2012).

Hervás y Alda (2005) señalan que los trastornos de conducta son alteraciones comportamentales en los que se violentan los derechos de otras personas o la normativa social de convivencia. Se divide en dos grupos.

El trastorno negativista desafiante, se presenta en general en niños más pequeños, caracterizado por síntomas de menor intensidad, como discusiones y desobediencia hacia los adultos, mentiras, irritabilidad, etc., y el trastorno disocial, en el que se identifica graves transgresiones de los derechos de otros, como uso de armas, crueldad animal o con personas, robos, provocación de incendios, etc.

En lo concerniente al trastorno social, presenta dos subtipos y toma como referencia la edad de iniciación: inicio infantil, alguna característica del mismo aparece antes de los 10 años; inicio en la adolescencia, no presenta síntomas antes de los 10 años.

Los dos tipos difieren en el patrón de características de los problemas comportamentales, equilibrio de sexos, evolución y pronóstico; sin embargo, el de inicio infantil muestra mayor riesgo de desarrollar una conducta antisocial.

En reportes estadísticos, los adultos con personalidad antisocial presentan antecedentes de trastorno disocial en la etapa de adolescencia. Originalmente el trastorno

tiene su inicio sintomático en la infancia, se lo cataloga como trastorno negativista desafiante, asociado a conductas agresivas.

En las últimas décadas, el trastorno disocial va incrementándose. Los estudios demuestran que la prevalencia es mayoritaria en núcleos urbanos que en zonas rurales. Las tasas de prevalencia en los varones menores de 18 años son del 6-16%, y en las mujeres del 2-9%.

El trastorno de conducta se describe en tres subgrupos:

A. *Socializado frente a no socializado.*

Este trastorno se origina en general en niños o adolescentes que poseen buenas habilidades sociales y construyen relaciones intensas de amistad. La problemática conductual suele iniciar en la adolescencia, aparece en grupo y presenta un mejor pronóstico que el tipo de trastorno no socializado. En éste, los problemas conductuales inician en la etapa infantil y en soledad, sin amigos, e inclusive desarrollan resentimiento hacia otras personas (Hervás & Alda, 2005).

B. *Con agresión instrumental frente a hostil.*

En la agresión instrumental el patrón conductual violento es planificado e incluye el deseo de hacer daño, a diferencia que en el trastorno hostil no tiene dicha intención y es una respuesta impulsiva ante una acción que se ha descifrado como una provocación (Hervás & Alda, 2005).

C. *Proactiva frente a reactiva.*

La conducta proactiva se instituye cuando el paciente descubre que en el aprendizaje social, la actitud agresiva o desafiante le permite conseguir sus objetivos, y la reactiva es solo la respuesta a un conflicto (Hervás & Alda, 2005).

En el campo pediátrico los trastornos de comportamiento han reportado un interés creciente en cuanto a la importancia del diagnóstico precoz y la frecuencia de casos. A más

de la clásica sintomatología conductual, abarca otras áreas de desarrollo del niño, entre ellas familiar, social y escolar.

A pesar de la existencia de variadas situaciones que generan conductas disruptivas, en el presente contexto han sido consideradas aquellas que están articuladas a un diagnóstico de trastorno mentales y reconocidos en la clasificación internacional del mismo (Chávez, Samaniego, & Aguilar, 2015).

Este tipo de diagnóstico se caracteriza principalmente por la presencia de una serie de síntomas y signos denominados como específicos para cada categoría establecida y clasificados como trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, entre ellos se identifican: trastorno disocial (TD), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno de comportamiento perturbador no especificado y el trastorno negativista desafiante (TND).

En cuanto al TDAH, se desarrollará independientemente en otro estudio, e incluirá los elementos más notables del TND y del TD. En la presente exposición, la conceptualización de “trastorno del comportamiento” se refiere a esas dos tipologías (Heras, Cepa, Amaya, & Lara, 2017).

En referencia a los factores epidemiológicos, los trastornos del comportamiento son una de las causas con mayor frecuencia de consulta en los servicios especializados de salud mental infante juvenil. Son consideradas, en las unidades de pediatría, como el motivo de consulta no orgánico más frecuente. Del mismo modo, son causantes de un considerable consumo de recursos y de la utilización de unidades anexas de los servicios sociales (Hervás & Alda, 2005).

La prevalencia de los trastornos del comportamiento en niños de edades alcanzadas entre los 5 y 10 años oscilan entre el 4,8% y el 7,4% para niños y entre el 2,1% y el 3,2% para niñas, según el estudio consultado. En cuanto a los trastornos de la conducta en adolescentes, la prevalencia es variable entre 1,5% y 3,4% (Kohn, Levav, & Caldas, 2012).

La concentración de prevalencia de este tipo de trastorno puede ser mayoritario en la zona urbana y en clase social baja (las estadísticas demuestran un aumento de

comportamiento en niños y adolescentes de clase socioeconómica media – alta, cuyo factor de riesgo se asocia con el estilo de crianza consumista) (Martín, Garriga, Pujalte, Balanza, & Guijarro, 2009).

La etapa de adolescencia, es el periodo crítico en que se manifiesta el problema, siendo la edad de inicio sobre los 11 años. Es posible que las personas con trastorno disocial de inicio en la infancia desarrollen un trastorno antisocial en la adultez que en los que el inicio se fecha en la adolescencia. También se destaca que el predominio del género masculino es minoritario en este tipo de trastorno en la adolescencia (Navarro, Garriga, & Sanchez, 2010).

Los últimos estudios se han concentrado en formas de agresividad menos físicas y relacionadas con la intención de lastimar a otra persona por medio de amenazas, así como del daño de sus relaciones sociales; en su mayoría las investigaciones demuestran que aparece con frecuencia en y entre el sexo femenino (Torres, 2012).

La presencia de trastornos comportamentales son situaciones de salud mental ocasionantes de un número característico de problemas en el adolescente o persona adulta, e inclusive afecta la existencia de quienes se relaciona. Las personas, diagnosticadas con este tipo de comportamiento lidian con estas problemáticas y muestran patrones altos de agresión, presentan una conducta rebelde frente a las personas que representan autoridad y originan disturbios en ambientes diferentes. El resultado de esta conducta inadecuada y asociada a este tipo de trastorno de conducta tiene consecuencias negativas no solo en un área exclusiva de la vida, sino en todas (Capestrano, 2016).

La siguiente lista, incluye algunos de los padecimientos y de los trastornos conductuales que pueden ser tratados:

- Agresividad
- Trastorno estimulante de impulsividad
- Trastorno enfrentamiento provocador
- Trastorno compulsivo imperioso

- Comportamientos violentos

En el trastorno de conducta de inicio en la infancia en niños, los problemas de conducta afloran en la etapa preescolar y se incrementan en gravedad. Entre los 7 y 10 años, los niños revelan comportamientos agresivos y tendencia a mentir; entre los 11 y 13 años muestran la crueldad física y acciones antisociales como robos, abandono del hogar, vagabundeo (Alda, Arango, & Castro, 2016).

Frick (2006) determina que este grupo no es homogéneo y observa que existen diferencias notables en función de la presencia de rasgos de insensibilidad emocional - callous-unemotional- que detienen el progreso de la empatía y de los sentimientos de culpa.

Las problemáticas conductuales se dan con mayor frecuencia y las agresiones más graves.

Los niños que no presentan estos rasgos tienen mayores factores de riesgo a nivel cognitivo, contextual y cognitivo. También presentan dificultad para regular sus emociones y su conducta es la resultante de reacciones impulsivas (Alda, Arango, & Castro, 2016).

Los niños adolescentes que inician el trastorno conductual sin antecedentes previos, presentan menos violencia, agresividad e impulsividad, en menor medida presentan déficits cognitivos y neuropsicológicos, proceden de familias menos problemáticas y revelan más recursos adaptativos, que los adolescentes de inicio infantil. El patrón de trastorno de conducta de inicio en la adolescencia de niñas muestra rasgos diferentes que en los niños (Alda, Arango, & Castro, 2016).

Las niñas en su mayoría proceden de familias problemáticas, presentan déficits neuropsicológicos y cognitivos similares a los adolescentes que han iniciado el trastorno en la infancia. El pronóstico en las niñas es menor alentador que en los niños con trastorno de conducta de inicio en la etapa adolescente. Frick (1998) propone la diferenciación de

este patrón del trastorno en las niñas denominándolo de inicio retrasado - delayed-onset - (Alda, Arango, & Castro, 2016).

Tanto la bibliografía norteamericana como la española, asocian estos resultados con las circunstancias socioeconómicas y sociales contemporáneas, los nuevos estilos y estructuras de la familia actual, enumerando algunas que resultan coincidentes con nuestra realidad:

La estructura familiar:

Aumentan las separaciones, los divorcios, familias reconstituidas, más variedades y tipologías de familias.

Las normas, los códigos de conducta y las costumbres sociales:

La influencia mediática, y la dificultad de las familias en el establecimiento de límites que los reafirmen como figuras de autoridad y los validen para propiciar y aplicar una disciplina adecuada.

La tendencia a subestimar el valor del esfuerzo:

Del tiempo de adaptación necesario para manejar y superar los conflictos y la poca tolerancia a la frustración y el cultivar el esfuerzo personal y colectivo.

El culto al cuerpo:

Y a los modelos femeninos de mujer delgada y esbelta aumentan las patologías por desagrado externo, como la anorexia mental y la bulimia, y la contrapartida masculina de fuerza física y violencia.

Dificultad para pensar de manera autónoma, simbolizar y liberar la tensión interna

En forma de emociones y sentimientos y su posible relación con la mayor incidencia de patología psicosomática, como vía preferente de expresión de los conflictos.

La mayor competitividad:

Generadora de conflictos, especialmente en los niños más frágiles y vulnerables.

La necesidad de dedicar más tiempo a los compromisos laborales

En detrimento del tiempo a dedicar a la familia, en contradicción con la necesidad de cubrir las necesidades de sostén de los hijos (Hervás & Alda, 2005).

Principales relaciones familiares disfuncionales:

Los patrones rígidos, inflexibles, incapaces de adaptarse a los cambios y condiciones de la familia moderna.

Familias que niegan y evitan sistemáticamente el conflicto (siempre todo va bien).

Relaciones familiares muy invasivas. No hay límites claros entre sus miembros, no queda espacio para la intimidad y la individualización de cada uno.

Relaciones sobreprotectoras: los padres no se adaptan a los progresos del desarrollo de sus hijos, ni a las demandas de independencia. Se les priva de comportamientos autónomos y se les mantiene infantilizados.

Relaciones frías, con ausencia de expresiones de cariño de los padres, sin interés por los avances del niño. Los padres no estimulan sus avances, ni se interesan por sus estudios, o por sus amigos y compañeros con los que emplean el tiempo libre.

Los padres que, debido a sus compromisos personales o profesionales, no se organizan para dedicar un tiempo mínimo a sus hijos.

- Cuadros clínicos coincidentes

- Trastorno de ansiedad de separación

Es la ansiedad excesiva relacionada con la separación de las personas a las que está vinculado el niño (normalmente los padres y especialmente la madre), con la separación del hogar o de otros familiares (Hervás & Alda, 2005).

Sus síntomas se manifiestan a nivel

Cognitivo (preocupación excesiva y persistente a perder las figuras de apego o a que les suceda algo malo.

Conductual (resistencia o rechazo a acudir a la escuela u otro lugar, negarse a dormir solo o fuera de casa si no está cerca la figura de vinculación).

Somáticas (dolores de estómago, cabeza, pesadillas recurrentes, náuseas).

Emocional (llanto, irritación, ansiedad y angustia).

Este trastorno suele interferir en su desarrollo y en las relaciones con sus iguales ya que estos niños suelen tener dificultades para participar en juegos, actividades, deportivas.

Cuando están fuera del hogar o sin el acompañamiento de los padres, suele cursar con un elevado malestar y perturbación en el niño que lo padece, siendo frecuentes los síntomas fóbicos, de ansiedad, quejas somáticas e incluso sintomatología depresiva.

La edad de comienzo más frecuente se ha situado en la niñez media, entre los siete y nueve años de edad, aunque suele también presentarse en la edad preescolar.

Aunque en la bibliografía minimizan los posibles riesgos a largo plazo, colocando en las condiciones externas la evolución casi espontánea.

Hemos recibido preescolares menores con sintomatología estructurada, estable y gran resistencia a la intervención.

Trastorno desafiante oposicionista

La conducta de oposición puede tomar diferentes formas, desde la pasividad extrema (no obedecer sistemáticamente mostrándose pasivo o inactivo), hasta verbalizaciones negativas, insultos, hostilidad o resistencia física con agresividad hacia las figuras de autoridad, ya sean los padres, maestros o educadores.

La conducta desafiante y de oposición de inicio temprano suele ser persistente y puede ir asociada a diferentes tipos de patología infantil y adolescente. Este trastorno, al igual que la ansiedad de separación, suele encontrarse, en el abandono real o virtual del niño en la primera infancia por parte de los padres.

Los lazos afectivos (apego) insuficientes y negativos, no lograron el crecimiento psicológico, el validismo y vínculos emocionales sanos y estables con la separación segura, en la que el niño estará preparado y activo en su propio desarrollo (Hervás & Alda, 2005).

Trastorno de hipersensibilidad social

Miedo y desconfianza a extraños que produce una ansiedad excesiva y le impide mantener relaciones sociales normales, este trastorno se da antes de los seis años de edad. Incluye el trastorno por evitación.

Trastorno de rivalidad entre hermanos

El trastorno aparece unos meses después del nacimiento del hermano menor. El hermano mayor manifiesta celos y rivalidad contra el hermano menor e intenta competir constantemente para llamar la atención de sus padres. En los casos graves se acompaña de hostilidad, maldad e infamias contra el hermano menor y pudiendo mostrar comportamientos pueriles como es enfrentarse con los padres, llamar la atención con la comida, rabieta.

Trastorno del vínculo

Hablamos del Trastorno del vínculo cuando se han producido rupturas traumáticas en el lazo afectivo niño madre desde las etapas más tempranas.

Diversas pueden ser las causas: abandono, maltrato, separaciones, Hogares para niños sin amparo filial y posteriormente adoptado, niño que han estado en incubadoras, o ingresados en los primeros años de vida.

La sintomatología puede ser variada, desde retraimiento extremo a conductas disruptivas que cursan con hiperactividad, déficit atencional e impulsividad.

Pero no siempre hacen falta grandes traumas para que un niño pueda desarrollar problemas de vinculación. Las largas horas de trabajo de muchos padres, los sustitutos temporales, las instituciones internas en etapas anteriores al segundo año de vida, no facilitan que se establezcan en su momento tiempos y la calidad de relación que muchos niños necesitan.

La mayoría de niños que presentan alteraciones en el vínculo afectivo suelen poner a prueba constantemente el amor de sus padres y los lazos que tienen en común. Lo más paradójico es que lo hacen mediante un proceso sutil de exigencias, manipulaciones, mentiras e, incluso, utilizando comportamientos agresivos y violentos hacia las personas que quieren. También, a veces, contra ellos mismos.

La función primordial del llamado vínculo o apego establecido por el niño, en sus primeras etapas evolutivas con las figuras que lo cuidan (en especial madre y padre), obedece a una necesidad vital de reducir la ansiedad que permita el afrontamiento de situaciones generadoras de ansiedad.

Niveles de ayuda para padres y tutores

Explicar a los padres o tutores el origen del problema. A partir de esta comprensión, como estrategia general, hay que potenciar espacios de comunicación diaria con el niño. Priorizar la calidad *versus* la cantidad en la interacción. Afirmar, que un vínculo roto, no

establecido o deficiente va a cursar probablemente con un niño inseguro, temeroso del entorno y el futuro.

Recordarle cuanto le queremos y lo importante que es él para la familia. Darle protagonismo y saber estimular la conducta o el trabajo correcto inmediatamente después que lo lleve a cabo.

Si hay problemas de impulsividad o atención, incorporar juegos que entrene la demora de la respuesta y el pensar antes de actuar.

Fomentar que explique sus sentimientos y emociones (tristeza, alegría, etc.) más que lo que ha hecho (jugar, ir de excursión, etc.). Esto debe servir de base para que los padres razonen con él los aspectos de sus sentimientos.

Depresión en la Infancia

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

La depresión infantil es un trastorno complejo, que incluye alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, que difieren según los casos. El proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño y de otras personas que se relacionan con él.

Varias son las dificultades que se presentan. Una primera radica en la disparidad de procedimientos que dificulta la comparación entre estudios. Un segundo hace referencia a la dificultad de utilizar pruebas de autoevaluación en los niños más pequeños. Finalmente señalar que sigue habiendo un reducido número de pruebas específicas para evaluar estos trastornos en niños, si bien, se ha avanzado bastante respecto a años anteriores en nuestro país.

Las pruebas de papel y lápiz, incluyendo los autoregistros, se utilizan a partir de los seis años que es la edad normal de inicio de la lectura y escritura. Sin embargo, debemos

siempre asegurarnos de que la prueba resulte comprensible para el niño antes de su pase y descartarlo cuando se presenten dificultades lectores o retraso mental. El dibujo espontáneo y los temáticos pueden resultar valiosos desde los cuatro años.

La teoría de la depresión enmascarada supuso un avance en el reconocimiento de la depresión infantil. La observación de un estado de ánimo irritable o disfórico en numerosos problemas propios de la infancia y de la adolescencia, como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta antisocial, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, rechazo escolar, llevaron a hipotetizar que la depresión era un trastorno latente que se manifestaba de diferentes formas (Hervás & Alda, 2005).

Existe cierta complejidad y confusión en torno al significado de **alteraciones del comportamiento** en infancia o adolescencia. Podríamos decir que hablamos de alteraciones comportamentales para referirnos a cualquier tipo de perturbación o conducta fuera de lo considerado *normal*.

Los niños y adolescentes que presentan alteración del comportamiento, manifiestan ciertas conductas que afectan a la relación de ellos mismos con su entorno y que interfieren negativamente en su desarrollo. Se utilizan como sinónimos de este término: *desadaptación*, *trastorno emocional*, etc. Vamos a ver algunas **características** de estas alteraciones, que pueden presentarse tanto en infancia como adolescencia.

¿Por qué ocurren estas alteraciones del comportamiento?

Por una parte, el origen de las alteraciones puede encontrarse en la interacción de **factores genéticos** (los niños nacen con ellos) y **factores adquiridos** (aprendidos)

Hay que tener en cuenta que algunos actos considerados de **rebeldía** se pueden deber al momento de desarrollo en el que se encuentran. Las rabietas, el negarse a todo, etc. se producen en los niños cuando tienen edad de comprobar dónde están los límites, hasta dónde pueden llegar ellos y hasta dónde llega nuestra paciencia; asimismo, los adolescentes están consolidando su identidad y para superar con éxito esta etapa de su

vida, necesitan reafirmarse en posiciones que pueden parecer contrarias a las de los adultos. También puede ocurrir que se trate de **conductas pasajeras** que con el tiempo desaparecen.

Factores de riesgo en los trastornos del comportamiento

Para determinar un adecuado diagnóstico precoz, es oportuno identificar las situaciones que son factores de riesgo para desarrollar un trastorno comportamental. Expresas situaciones detonan los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos conductuales.

El pediatra de atención primaria debe conocer los factores prioritarios para identificar qué población infantil se encuentra en riesgo. Un correcto patrón de observación en la población de riesgo ayuda a emitir un correcto diagnóstico precoz.

Entre los más importantes factores de riesgo están:

1. Escenarios de la concepción, embarazo y perinatales: embarazo adolescente, hijos no deseados o concebidos en violaciones, embarazo de riesgo médico, enfermedades graves tanto en la madre o el embrión, conductas y situaciones de riesgo prenatal como el consumo de estupefacientes y drogas, la problemática ambiental y laboral durante el embarazo, prematuridad y sufrimiento embrionario.
2. Características del núcleo familiar: padres muy jóvenes o demasiado mayores, conflictos graves y habituales de pareja, familias monoparentales, dolencias crónicas que incluye invalidez en varios integrantes de la familia, presencia de trastornos psiquiátricos severos, entre los que cabe destacar:
3. Los trastornos delirantes y la esquizofrenia, trastornos depresivos mayores, intentos de suicidio, trastornos graves de personalidad y abuso de drogas. También, incluye en la patología la presencia de malos tratos y falta de afecto.

4. Situaciones traumáticas puntuales, como: muerte de uno de los progenitores o un hermano, separación de los padres u hospitalización prolongada. En definitiva, cualquier cambio importante en el entorno del niño.
5. Factores relacionados con los patrones educativos familiares: progenitores con significativos problemas de tolerancia por las crisis atravesadas en la infancia y adolescencia, padres incapaces de aceptar la autonomía progresiva de sus hijos o choques relacionales con violencia periódicos entre un padre y el hijo.
6. Condiciones socioeconómicas desfavorables de la familia como: familias aisladas socialmente, cambios de vivienda repetidos o desempleo sin subsidio de varios miembros de la familia. Del mismo modo intervienen las variables culturales.
7. Antecedentes de trastornos mentales en el niño: trastornos de la alimentación, que incluye anorexia, bulimia, dietas restrictivas y ritualizadas. Trastornos de ansiedad como la presencia de fobias, obsesiones y compulsiones, crisis de angustia. Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales:
8. Existencia de lamentos sobre dolor de cabeza, cefaleas, abdominalgias, náuseas y vómitos. Otros cuadros psiquiátricos definidos: depresión, ideas de suicidio, drogodependencia y abusos de drogas, presencia de alucinaciones.
9. Problemas con la justicia: adolescentes infractores con medidas judiciales, delincuencia y llamados repetidos con la fiscalía de menores. Ninguna de estas características, ni demás recopiladas en otras investigaciones, son, de por sí, una predicción para el desarrollo actual o futuro de un trastorno de comportamiento,
10. También incluye factores personales y sociales que permite la evolución favorable. Se deja en claro, que la acumulación de factores de riesgo incrementa la probabilidad de aparición de trastornos conductuales (Rodríguez, 2017).

Prevalencia

Las estadísticas reportan una prevalencia global de entre el 3 y el 7%. Estas cifras determinan una probabilidad elevada de que, en una consulta de pediatría de atención primaria, uno de cada 15 pacientes presente un TC.

Es la principal causa de consulta en los servicios de salud mental infante juvenil, junto con el TDAH, además se constituye en un consumo frecuente de recursos educativos y en los dispositivos dependientes de servicios sociales. En referencia a la prevalencia por sexo y edad, los resultados de los estudios muestran que, por debajo de los 10 años, el porcentaje de TC oscila entre el 4 y 7% de niños y entre el 2 y el 3% de niñas. El más frecuente del periodo, es el TND (Rodríguez, 2017).

En la etapa adolescente, el porcentaje global desciende, entre el 1,5 y el 3,5 y con menor diferencia entre niños y niñas. En la adolescencia, es más frecuente el TD. Es necesario considerar que, aunque en la infancia el TD no se presenta con frecuencia, cuando aparece crece la probabilidad de que los síntomas en la adolescencia sean más graves, y que en la edad adulta desarrolle un trastorno antisocial.

Según los estudios realizados, la prevalencia es superior en niños, algunos datos muestran determinadas sintomatologías con un descenso del componente físico, tales como las amenazas y el daño en las relaciones sociales, existiendo la posibilidad de que sea más frecuente en y entre mujeres.

La prevalencia es mayoritaria en niveles socioeconómicos menos favorecidos, aunque en los últimos años la diferencia con otros estratos tiende a igualarse. También, se evidencia la aparición de TC en zonas urbanas con mayor frecuencia en relación con las zonas rurales (Rodríguez, 2017).

Etiología

Se intenta localizar marcadores neurobiológicos que ayude a sistematizar o diagnosticar los TC. Los diferentes estudios incluyen investigaciones en factores hormonales y bioquímicos; neurológicos mediante estudios de neuroimagen y volumétricos, y neurofisiológicos.

Fuera de ellos, ninguno ha demostrado especificidad para los TC. Posiblemente, la etiopatogenia depende de la interacción entre múltiples variables que se desarrollan o modulan. Entre las más importantes se encuentran:

- ***Sexo:***

Las investigaciones indican mayor frecuencia de los TC en el sexo masculino. Los niños muestran mayor prevalencia de TND y TD en todas las edades, con síntomas más graves y aparición en edades más tempranas.

- ***Factores temperamentales:***

Existe asociación de la presencia de TC con algunas variables del temperamento. Entre ellas, se encuentran la reactividad, modelo de temperamento que responde a una respuesta de los estímulos del medio de características disfuncionales, o la insuficiente cordialidad, relacionada con las dificultades de empatía.

- ***Genética:***

La asociación genética se demuestra mediante estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos. No existe identificación concreta de ningún gen; por lo que, posiblemente, el efecto surge por la interacción de varios genes entre sí y de éstos con factores ambientales.

- ***Variables sociofamiliares y estilos educativos:***

Es significativa la influencia etiopatogénica de la presencia de conducta disocial en los progenitores, disciplina familiar dura o endeble, consumo de drogas por amistades o ser víctima de abuso sexual. También afectan determinados patrones educativos, tales como: el insuficiente monitoreo de las conductas de los hijos o el bajo nivel de control (Rodríguez, 2017).

Sintomatología de los trastornos de comportamiento

La última versión del Manual de diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes mentales, el DSM-5, propone una herramienta con que cuentan los profesionales a la hora de diagnosticar los diversos trastornos mentales, describe los criterios diagnósticos para cada uno de los TC.

- A. Un modelo de disgusto/ irritación, altercados/conducta desafiante o rencorosa con una duración alrededor de los seis meses, exhibe al menos cuatro señales de las siguientes clases y que las pone de manifiesto cuando interactúa con otras personas menos con un hermano (Tibidabo, 2015).

Enfado/irritabilidad

1. Con frecuencia se ofusca.
2. Con frecuencia está dispuesto con facilidad a molestarse.
3. Con frecuencia está disgustado e irritado.

Discusiones/actitud desafiante

1. Con frecuencia los niños y adolescentes polemizan con las figuras de autoridad y personas adultas.
2. Con frecuencia son desafiantes o impugnan de forma contundente las normas sugeridas por la autoridad.
3. Muestran enojo frecuente con otras personas.
4. Con frecuencia su mal comportamiento y errores lo atribuyen a los demás.

Vengativo

Alrededor de dos veces, durante los últimos seis meses, se muestra violento y resentido.

- a. Este tipo de trastorno comportamental se relaciona a una actitud de incomodidad del sujeto con otras personas de su entorno social cercano (familiares, amigos próximos, colegas de trabajo) o viceversa pueden mostrar una conducta negativo en los aspectos social, educativo, laboral, profesionistas, etc.

- b. Los comportamientos no surgen exclusivamente en el lapso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias o drogas, un comportamiento depresivo o uno bipolar. Además, no cumplen Tampoco, cumplen los principios de un comportamiento descontrolado del estado anímico.
- c. Es necesario razonar la persistencia y la reiteración de estos patrones de comportamiento para diferenciar, aquellos aceptados dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En niños menores a cinco años de edad, el comportamiento se manifiesta prácticamente todos los días en un periodo de seis meses, al menos, salvo que se observe otro síntoma.
- d. En el diagnóstico realizado, es fundamental puntualizar si se trata de un trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la lectura – escritura o con dificultad matemática.

También en el mismo diagnóstico, se especificará la gravedad actual, indicando si se trata de leve (el niño presenta algunas dificultades que puede compensarlas si recibe adaptación adecuada), moderado (presenta dificultades notables y precisa de una enseñanza intensiva, especializada o adaptada) o grave (muestra dificultades graves que precisan de un proceso de enseñanza constante e intensiva personalizada y especializada durante la mayor parte de su vida académica) (Tibidabo, 2015).

Existen factores asociados a la agresividad en los niños:

1. Factores biológicos, que incluyen la reactividad e impulsividad del niño y que en ocasiones pueden aumentar cuando éste está cansado, hambriento o aburrido.
2. Factores psicológicos, que incluyen las relaciones emocionales insatisfactorias con sus cuidadores, que los hacen más propensos a alteraciones de la conducta debido a la falta de afecto.
3. Factores sociales, involucran conductas violentas de los padres a las que han estado expuestos ya que muchos niños han presenciado violencia en el hogar o han sido víctimas de abuso sexual o físico

Se ha demostrado que el tipo de disciplina que una familia aplica al niño, será el responsable por su conducta, sea esta agresiva o no, ya que la familia es un modelo de actitud y comportamiento, por ejemplo, un padre poco exigente y que tenga actitudes hostiles, que está siempre desaprobando y castigando con agresión física o amenazante a su hijo, estará fomentando la agresividad en el niño.

Los padres en cambio que vigilan la conducta de sus hijos de manera apropiada, les ofrecen recompensas y castigos firmes y consistentes disminuyen la probabilidad del desarrollo de la agresividad.

La agresión es una expresión del deseo del niño de llevar a la práctica su plan de acción. La finalidad que persigue el niño con conducta agresiva es dominar una situación, vencer un obstáculo o destruir un objeto. Se puede expresar mediante actos, por medio de palabras o pensamientos.

Se ha comprobado en investigaciones realizadas, que la agresión exagerada es una respuesta a la excesiva sobreprotección de los padres, que en ocasiones esconde un rechazo encubierto y se estimula por el uso excesivo del castigo físico.

Los padres van inculcando en sus hijos todo un conjunto de valoraciones y concepciones no solo a través de lo que expresan, sino también de sus actitudes y manifestaciones conductuales que de una forma u otra éstos asimilan y contribuyen de forma decisiva con su estabilidad y salud afectiva.

La exposición de los hijos a los conflictos de los padres constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de problemas de conducta.

En un estudio realizado para determinar la influencia que tienen los conflictos de los padres en la conducta agresiva de los hijos, las madres informaron sobre la frecuencia de los conflictos a través de la O'Leary Porter Scale, así como de los problemas de conducta agresiva y delictiva de los hijos. La muestra estuvo compuesta por un total de 332 hijos de entre 7 y 17 años y sus madres.

Los factores de riesgo que facilitan conductas violentas en niños y adolescentes están altamente correlacionados e incluyen pobreza, educación limitada, residencia en barrios marginales, pertenencia a familias con un solo padre presente, maltrato infantil, algún miembro de la familia en prisión y asociación con pandillas juveniles.

Factores como los regímenes dictatoriales presentes en algunos países han condicionado entre los adolescentes, al sentirse oprimidos, movimientos de resistencia, que se dedican a actividades delictivas.

Tratamientos desde el enfoque de la psicología

El tratamiento de los TC debe ser multimodal, esencialmente a través de la psicoterapia cognitiva y conductual, entrenamiento de progenitores y docentes y, en los casos graves, farmacológica.

Se denomina multimodal, porque es necesaria la intervención de distintas modalidades terapéuticas. Siendo el tratamiento principal la psicoterapia cognitiva y conductual.

La aplicación de estrategias conductuales ha demostrado su efectividad al reducir las conductas-problema, así como la mejoría de los síntomas del comportamiento.

El entrenamiento de progenitores y educadores en técnicas de modificación del comportamiento y resolución de conflictos, es necesario; para ello debe existir una apropiada coordinación entre todos los profesionales implicados. La utilización a tiempo de estas medidas mejora el pronóstico.

La aplicación de las medidas psicológicas se realiza en todos los contextos del niño: escolar, familiar y social. Se aconseja el análisis de las variables que inciden en el comportamiento, como: la edad, el nivel de desarrollo familiar para establecer un adecuado plan terapéutico adaptado a las necesidades reales del paciente.

El tratamiento farmacológico, esencialmente con neurolépticos atípicos, se debe reservar para situaciones en las que la expresividad sintomática o la evolución del cuadro clínico lo requieran. “En los casos más graves, es necesario recurrir a otras medidas, como el internamiento en centros terapéuticos especializados en trastornos conductuales” (Rodríguez, 2017, pág. 14).

Los niños que pelean no deben ser perdonados ni castigados, en lugar de esto se debe tratar de descubrir el motivo y las circunstancias de la pelea y así tratar de resolver el problema, ya que algunos niños son agresivos con el afán de sentirse importantes o por competir de alguna manera con niños de sus mismas edades.

Los niños al ser prohibidos de diferentes actividades, castigados, criticados por padres o maestros, no van a cambiar su comportamiento agresivo, sino que van a guardar más sentimientos de ira y agravara su comportamiento.

A. Terapia psicológica

La psicoterapia cognitiva y conductual es la más efectiva en los TC. En cuanto a su aplicación, se plantea las siguientes consideraciones:

- La psicoterapia debe ser aplicada continuamente. No es posible establecer descansos (p. ej., los fines de semana), porque permiten un retroceso en los resultados.
- La coordinación sobre las pautas utilizadas debe ser a detalle, para aplicarlas en todos los entornos (escolar, familiar, social, etc.). No surte efecto la aplicación de una técnica en un sitio y no en otro, es necesario que todos los involucrados estén informados.
- Los programas de intervención universales, son inexistentes. La evaluación de los problemas del niño es individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. La aplicación de programas iguales en niños con síntomas similares puede producir efectos contrarios, por lo que es necesario reevaluar periódicamente la efectividad de la intervención.

- Debe considerarse el desarrollo de un aprendizaje, más no de un castigo. Al niño se le debe explicar que la disciplina es necesaria en su convivencia y esto no significa que no tengamos afecto hacia él (Rodríguez, 2017).

B. La psicoterapia conductual

Consiste en una serie de estrategias enfocadas a favorecer los comportamientos positivos y a reducir los comportamientos problemáticos. La utilización simultáneamente de varias estrategias, incrementa la probabilidad de modificar la conducta problemática de la persona. Al ser herramientas útiles y de fácil aplicación puede ser empleados por parte de padres y docentes.

Antes de aplicar la estrategia, es necesario registrar los patrones de conducta presentados (por ej. que los progenitores escriban los problemas presentados durante el día, el docente registre en la agenda escolar las conductas disruptivas). En este registro, puede especificarse:

- Las características de la conducta anómala de la persona y todas sus características importantes.
- La intensidad de los síntomas, incluyendo:
 - La consistencia.
 - La frecuencia.
 - La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En qué situaciones presentan mejoría o empeoran.
 - La evolución en el transcurso del tiempo (Rodríguez, 2017).

A continuación, se citan las principales técnicas conductuales:

1. Técnicas encaminadas a reducir conductas problemáticas:

- ***Extinción:***

Consiste en ignorar el comportamiento disruptivo. Se la utiliza en situaciones en las que la atención del entorno ayuda a mantener la conducta problemática. Para una correcta aplicación, debe seleccionarse el patrón de episodios disruptivos que desatan situaciones de conflicto con familiares o maestros.

- Al ser detectado el inicio de un episodio, se ignora la conducta problemática desarrollada por el niño desde su comienzo. En las primeras pruebas, la conducta problemática puede aumentar, porque el niño entiende que ahora no se le presta atención, a diferencia que antes era el centro de atención. Este proceso es denominado “estallido de extinción”. Si se continúa realizando la extinción, a medida que se suceden las pruebas, los episodios disruptivos y explosivos disminuyen (Rodríguez, 2017).
- ***Corrección:***

Consiste en interponer una orden en el momento en el que el niño ejecuta la conducta disruptiva. Por ejemplo, puede utilizarse la palabra “no” en los niños más pequeños. Ésta debe ser enunciada con firmeza, seriedad en el rostro y con mirada fija.

- Para que el “no” tenga efecto, previamente tenemos que estimular un estilo comunicativo propositivo en el entorno del niño. Lo anterior no significa evitar la utilización de la palabra “no”, cambiando el sentido de los enunciados por su forma positiva. Por ejemplo, en lugar de decirle “no comas con las manos”, indicarle “come con el cubierto”, o en lugar de expresarle “no les pegues a otros niños”, decirle “quiere más a los otros niños”. Así, la palabra “no” es reservada para los momentos esencialmente disruptivos (Rodríguez, 2017).

2. Técnicas encaminadas a aumentar conductas positivas:

- ***Economía de fichas:***

Consiste en el registro de las conductas positivas del niño y, cuando se alcance un número de registros pactado entre el registrador y el niño, relacionar un reforzador positivo. Por ejemplo, se registra con fecha el día en el que el niño no muestra conductas

desafiantes en su relación con la familia. Cada 10 registros, es premiado con una ida al cine (Rodríguez, 2017).

- ***Utilización de reforzadores:***

Los reforzadores son elementos asociados a una buena conducta con el objeto de incrementar la posibilidad de su aparición. Pueden ser tangibles (un pequeño regalo asociado a la conducta positiva) o intangibles (un cumplido, un mimo). La utilización de reforzadores es más efectiva en lugar de los castigos. El uso de castigos debe reservarse exclusivamente para los comportamientos disruptivos significativos. Para la aplicación de castigos, es importante considerar lo siguiente:

- Poca frecuencia y corta duración.
- El castigo se expresa sin adjetivos descalificadores sobre la persona. En lugar de decir, por ejemplo, “eres malo por haber roto el jarrón”, se debe decir: “romper el jarrón no está correcto”.
- Debe añadirse un componente emocional al comunicar el castigo. Por ejemplo, finalizar diciendo: “mamá y papá estamos muy tristes y me siento mal con lo que ha ocurrido” (Rodríguez, 2017).

- ***Contrato de contingencias:*** un contrato de contingencias es un documento que recoge los resultados de una negociación. Se lo hace por escrito a continuación del periodo en el que el educador o familiar del niño o joven discuten sobre un tema del cual existen posturas distantes.

Al finalizar la negociación, se inscriben en el contrato los resultados de la misma y se señalan los objetivos y las concesiones que realizan las dos partes. Además, se incluyen las consecuencias en caso de que alguna de las dos partes no cumpla con el contrato. Al final, las dos partes firman el documento. Esta técnica es útil, para tratar casos de adolescentes (Rodríguez, 2017).

C. La psicoterapia cognitiva

Consiste en la aplicación de procedimientos encaminados a la reestructuración de los pensamientos del individuo para lograr cambios conductuales. Incluye variadas técnicas enfocadas a modificar los pensamientos, creencias o actitudes del paciente. Entre las más importantes para atender los casos de TC están las técnicas de autoinstrucciones, que consisten en autoverbalizaciones que sirven de instrucciones que el niño repite en voz baja para mejorar su comportamiento.

Otras son los programas de autocontrol o control del diálogo interno. A diferencia de la psicoterapia conductual, su manejo requiere del aprendizaje y preparación de una serie de habilidades terapéuticas complejas. Por ese motivo, no se aconseja su uso en terapeutas no experimentados (Rodríguez, 2017).

Adolescencia

En opinión de Palacios (2012) la adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del periodo de crecimiento que marca el final de la niñez y predice la adultez, muchos jóvenes en la adolescencia experimentan incertidumbre e incluso desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de desapego de los padres, y de ilusiones acerca del futuro.

Varios autores han presentado escritos sobre esta etapa con generalizaciones impresionantes, mientras que otros, la califican como la etapa de amenazas y peligros, para descubrir; es importante el análisis objetivo de todos los datos de las difusiones, de cualquier tipo que sean, ya que en ocasiones no responden a la realidad. Con certeza se puede afirmar que esta etapa, es igual de variable que las demás.

No existen teorías sencillas para definir a todos los adolescentes, tampoco las explicaciones dadas sobre su comportamiento bastaran para comprenderlos. Para quienes intentan comprender la conducta adolescente, es justo el análisis objetivo de una investigación realizada, gran parte de la indagación debe dar respuesta y referenciar aquellas teorías que aportan a los mismos; porque la exposición solo teórica no tiene asidero sin la comprobación de los resultados.

También es asumida como una etapa de transición porque es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido de la adultez, de cierta manera, la adolescencia es la etapa de desarrollo humano con naturaleza propia,

Diferente de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo, sin embargo, al ser definida solo como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por otro, el concepto de adolescencia y adolescente es el mismo.

El vocablo adolescente se utiliza en general para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. En este periodo empiezan los cambios fisiológicos de la pubertad y concluye cuando se llega al pleno status sociológico de adultez.

Todavía en todas las etapas del desarrollo humano, estos puntos extremos no están bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que contiene un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios.

No todos los cambios fisiológicos tienen una eminente correspondencia, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas e igualmente de intensas en todos los sujetos en todas las etapas por las que atraviesa (Palacios, 2012).

Características propias de la etapa de adolescencia

Existen diversos criterios para establecer el momento en que termina la etapa de la adolescencia y en qué momento empieza la otra. De hecho, no existe ningún criterio totalmente objetivo y decisivo para establecer esos límites temporales, todo depende de qué parámetros sean utilizados en la medición.

Aunque, esto no significa que no exista cierta aceptación para establecer dichas fases. A continuación, se describen y se explican tales fases:

1. Pre-adolescencia

La pre-adolescencia comprende entre los 8 a 11 años, en esta etapa se produce la transición entre la infancia y la adolescencia. Por eso, existe cierta ambigüedad acerca de si esta fase pertenece a la infancia o la adolescencia. Lo que sí está claro es que, en la mayoría de los casos, la pre-adolescencia concuerda con el inicio de la pubertad.

Cambios físicos

Los cambios físicos originados en esta etapa son notorios y afectan a diversas partes del cuerpo. Por ejemplo, cuando los huesos empiezan a crecer de forma rápida y desigual, evidentemente hace que sea más difícil coordinar los movimientos de los mismos (aparece una sensación de torpeza), y además aparecen ligeras molestias en algunas articulaciones del cuerpo.

Cambios psicológicos

En la etapa adolescente se originan grandes adelantos en la capacidad de pensar en términos abstractos. Siendo la razón por la que el individuo tiene mayor capacidad de reflexionar ante situaciones hipotéticas u operaciones lógicas y matemáticas. Sin embargo, al momento de abandonar esta fase no se tiene un total dominio en estos ámbitos.

Así mismo, se pretende ser partícipe de los roles de género, para no salirse de los estereotipos relacionados con la apariencia y los comportamientos diferenciados de hombres y de mujeres (Palacios, 2012).

2. Adolescencia temprana

La adolescencia temprana sobreviene entre los 11 y los 15 años de edad, en ésta se dan los principales cambios repentinos de tipo hormonal, hasta el punto en el que, al dejar esta fase, el cuerpo es diferente al que se tenía durante la pre-adolescencia.

Cambios físicos

La adolescencia temprana es la fase en la cual se originan cambios mayoritarios en la voz. Así mismo, se desarrolla la musculatura y los órganos sexuales hasta tener una apariencia más adulta. El hecho de contar con músculos más grandes hace necesario comer más y dormir más tiempo.

Otro cambio, consiste en la manifestación del acné en el rostro del individuo, producido por el aumento de segregación de sustancia grasa en la piel.

Cambios psicológicos

En la adolescencia temprana se consigue dominar la capacidad total para pensar en términos abstractos, aunque esto es posible si se ha ejercitado esta habilidad y ha contado con una buena educación.

Del mismo modo, el gregarismo ocupa un papel importante al momento de relacionarse con los demás y buscar referentes fuera del núcleo familiar, como a la hora de construir la propia autoestima y auto concepto. En este período, el individuo experimenta con diferentes elementos que pueden consentir una identidad, como la estética relacionada a tribus urbanas.

Así mismo, tiende a apreciar la opinión que los demás tienen de uno mismo. Se llega a considerar que tanto la imagen como la estética es un mecanismo primordial, propio de la identidad y el bienestar (Palacios, 2012).

3. Adolescencia tardía

Según la Organización Mundial de la Salud, la considerada como la tercera y última de las etapas de la adolescencia, acontece entre los 15 y los 19 años aproximadamente.

Cambios físicos

Torres (2012) manifiesta que los individuos que atraviesan esta etapa suelen exponer mayor uniformidad en sus tipologías que aquellos que se encuentran en

la adolescencia temprana, debido a que la mayoría ha experimentado cambios violentos. Lo anterior, permite exponer la posición de algunos investigadores, quienes señalan que esta etapa no diferencia el principio de adultez, y que solo es una construcción social existente en ciertas culturas y no en otras.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el impacto psicológico de los constructos sociales es enteramente real y, por consiguiente, consigue influir en el proceso de maduración.

Durante la adolescencia tardía se alcanza la altura máxima marcada por el propio crecimiento, y la constitución del cuerpo pasa a ser totalmente adulta. Por otro lado, las aparentes diferencias visibles en la primera fase de la adolescencia desaparecen dando un aspecto mucho más relacionado a las dimensiones de brazos, piernas, etc.

Por otro lado, el cuerpo gana masa muscular y la propensión a acumular grasas se mantiene estable e incluso se reduce, si bien la adopción de mejores hábitos alimenticios también cumple un papel en los cambios físicos (Torres, 2012).

Cambios psicológicos

Etapa en la que termina de desarrollarse la conciencia social y se dedica más tiempo a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se puede ver, oír y tocar en el entorno inmediato. A pesar de que no desaparece del todo, es una renuncia al egocentrismo típico de las etapas anteriores.

La imagen deja de ser importante, ya no es considerada el pilar fundamental para cimentar la identidad de la edad adolescente; el joven experimenta el deseo de que los planes a largo plazo sean más relevantes e importantes para su vida.

La persona se aleja del egocentrismo propio de la etapa infantil y de la adolescencia; sobreviene otro tipo de intereses como la política y aspectos de la sociedad; deja en claro que sus objetivos y prioridades se relacionan más allá de su círculo social, esto implica el deseo de atravesar por procesos sociales.

“A pesar de que la importancia de la estética suele decaer, en algunos casos la estética sigue siendo tan importante que en ciertos casos se puede llegar a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria” (Torres, 2012, pág. 2).

Factores asociados con el desarrollo del adolescente

Dzul, Cervera y Sosa (2012) En la adolescencia, el individuo se ve incitado a construir su propia identidad; en esta etapa de la vida, el joven se cuestiona quién soy en realidad. El adolescente cumple con la tarea más importante de su vida, ser ellos mismos y delinear su propia identidad. Uno de los aspectos que ocupan su atención, es decidir el tipo de profesión o carrera que a futuro van a desempeñar, en ocasiones genera confusión para tomar la decisión.

Esta transición provoca que socialicen y se relacionen con determinados grupos, no suelen aceptar las diferencias de otros; esto lo practican como un mecanismo de defensa; por tal motivo, una particularidad de la formación de la identidad adolescente es mostrar comportamientos infantiles, irresponsables, sin sentido e impulsivos al momento de resolver conflictos.

Lo antes mencionado tiene una relación directa con la denominada crisis de identidad, es aquí donde el joven hace un análisis de las opciones de su interés y se compromete siempre y cuando le inspire fe; sin embargo, para que el adolescente resuelva esta crisis, depende en gran medida de su nivel de confianza que haya desarrollado.

Experimentar el sentimiento de amar, es una parte de la construcción de la identidad, el deseo de compartir con otra persona que confía sus pensamientos y sentimientos; el joven explora el tipo de identidad posible, ésta se manifiesta en la otra persona; de esta manera existe la posibilidad de que descifre quién es; sin embargo, el proceso de intimidad madura, que involucra sacrificio, compromiso y entrega no se logra, sino hasta desarrollar una identidad estable (Higueras & López, 2016).

En primer lugar, se encuentra la exclusión, existe compromiso en este nivel; sin embargo, no existen episodios de crisis; en este, el individuo no dedica su tiempo a vacilar

en cuanto las alternativas, más bien se compromete con los planes de otras personas para su vida.

Estas personas revelan personalidades de autoritarismo y estereotipadas, entre sus características esta obedecer a la autoridad, son dependientes y responden a un control externo. La prórroga es la crisis del adolescente, aquí evidencia el considerar varias alternativas, toma y lucha por las decisiones y suele encaminarse a un compromiso (Kohn, Levav, & Caldas, 2012).

Seguramente logrará la identidad. Estos individuos suelen alcanzar un considerable nivel de desarrollo del yo, raciocinio moral y autoestima. En el logro de identidad (crisis que lleva al compromiso) el adolescente experimenta el compromiso con algo después de un periodo de crisis; es decir, después que se tomó el tiempo para pensar y analizar alternativas, demuestran un elevado desarrollo del yo y razonamiento moral.

Finalmente, aparece la confusión de la identidad (no existe compromiso, crisis insegura), en este nivel existe o no análisis de las opciones, pero el compromiso, se evade. Son adolescentes frívolos e infelices y solitarios (Dzul, Cervera, & Sosa, 2012, pág. 5).

Cartwight y Chitsabesan (2004) El afianzamiento del sentimiento de identidad no es producto del mundo interior de la persona, sino responde a una serie de factores socio económicos que ayudan a facilitarla o dificultarla. Suceso que sean el resultado de cambios sociales importantes consiguen convertirse en factores productores de reacciones de angustia extrema; porque han sido vividos por personas que han atravesado experiencias de pérdidas o amenazas como perder la identidad.

La manifestación de la identidad, resulta a través de un proceso de interacción continúa entre tres vínculos de integración: espacial, temporal y grupal. En el primer nivel, que es el temporal, la persona se mira a sí misma; es decir se analiza. En el vínculo temporal, para que la identidad se conforme, la persona atraviesa por diferentes etapas propias del desarrollo humano, desde el nacimiento hasta la vejez.

En el último vínculo, el grupal, se establece que la identidad no solo es un asunto personal, sino que ésta se construye en combinación con la parte social. En el momento de transición, aún no termina de conformar su identidad la persona, porque la adolescencia es un periodo intenso de inestabilidad emocional por lo que todavía no hay desarrollo de una identidad madura. Para el desarrollo de la identidad del individuo, influyen en ambos grupos hombres y mujeres.

Anteriormente, se señaló la importancia que tiene el rol de la familia en la construcción de la identidad del adolescente; sin embargo, la presencia de otros factores externos influye en la conformación, en cuanto a hombres estos le dan más importancia a las reglas, creencias y valores impuestos por la sociedad, a diferencia de las mujeres, quienes valoran aspectos relacionados con los medios de comunicación, publicidad y moda. También existen otros factores que interviene en la construcción de la identidad acorde al género (Chávez, Samaniego, & Aguilar, 2015).

De manera concluyente y acorde a lo manifestado por adolescentes en el grupo focal con el análisis estructural de Pire, el vínculo de integración social, presenta mayor peso en la construcción de la identidad del individuo, porque la sociedad y el entorno del adolescente en gran medida son propicios para la construcción de la personalidad e identidad propia.

La forma en que ellos se conciben a sí mismo, en menor proporción, es una menor manifestación del vínculo de integración espacial porque muestra el grado de comparación con la sociedad; pero no solo responde esta comparación a la apariencia física, sino que se orienta a su forma de ser y su impacto en la conformación de su propia identidad (Dzul, Cervera, & Sosa, 2012).

La personalidad

La Personalidad se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones que distinguen a una persona de otra. La personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter, el concepto de personalidad es más amplio que ellos. Es determinada por:

La educación.

Es el conjunto de influencias que la persona recibe, de su hogar, la escuela y el medio donde se desenvuelve y naturalmente moldea la personalidad

La sociedad.

Es el conjunto de influencias del medio social donde se desarrolla la persona y configura su personalidad

La independencia

La independencia se define como la toma de decisiones propias y el actuar sobre la base de procesos de pensamiento y criterio también propio. Parte del proceso de desarrollo de los adolescentes es aprender a resolver sus problemas sin intervención externa.

Con el aumento de sus capacidades cognitivas e intuitivas, comienzan a enfrentar nuevas responsabilidades y a disfrutar la independencia de pensamiento y acción. También comienzan a tener pensamientos y fantasías sobre su futuro y su vida adulta (es decir, los estudios universitarios, la capacitación laboral, el trabajo o el casamiento).

La identidad

La identidad se define como la percepción que tienen de sí mismos o al conocimiento acerca de sus características propias o su personalidad. Una de las tareas fundamentales durante la adolescencia es lograr un sentido de identidad y solidez personal.

A medida que un adolescente se siente más a gusto y acepta la madurez de su cuerpo, comienza a utilizar su propio criterio, aprende a tomar decisiones independientes y enfrenta sus propios problemas, comienza a desarrollar un concepto de sí mismo como individuo y, en consecuencia, desarrolla una identidad. Sin embargo, cuando le resulta difícil definir los conflictos acerca de su personalidad, su independencia y su sexualidad, el adolescente no logra desarrollar un concepto claro de sí mismo o una identidad.

Habilidades sociales del adolescente toma de decisiones.

Consiste en optar por una alternativa entre varias que implican consecuencias que pueden ser positivas o negativas

Autoestima

Está relacionada al auto concepto y se refiere al valor que se confiere al yo percibido, por lo que consideramos que tiene que ver más con el valor afectivo y por lo tanto se reviste de una carga psicológica dinámica muy fuerte.

De esta forma, si la auto estima es alta expresa el sentimiento de que uno es lo "suficientemente bueno" y está preparado para diferentes situaciones que debe afrontar en el transcurso de la vida; la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio hacia sí mismo, por lo cual emerge la imposibilidad de poder realizar ciertas tareas, por lo que existe un sentimiento de minusvalía.

La autoestima tiene que ver con la expresión de actitudes de aprobación (aceptación) con respecto a la capacidad y valor de sí mismo, el auto concepto se refiere a la colección de actitudes y la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales, de forma general el auto concepto y la autoestima tienen referencias con la imagen de sí mismo.

Comunicación

Proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes entre dos o más personas. La comunicación exige saber escuchar, expresarse claramente sin ambigüedades, buen tono, tener empatía, etc.

Asertividad

Es aquella persona que define sus propios derechos y no presenta temores en su comportamiento. Las características básicas de la persona asertiva son: la libertad de expresión, comunicación directa, adecuada, abierta y franca, facilidad de comunicación con toda clase de persona, su comportamiento es respetable y acepta sus limitaciones.

Según la publicación de la OMS/OPS, algunos patrones de comportamiento, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como conductas transgresoras o delictivas, son causas importantes de defunción e invalidez entre los adolescentes y son sintomáticas de situaciones críticas de vida, de patrones culturales, estilos de vida y condiciones sociales inapropiadas y de desajustes personales, los cuales son asociados a factores de riesgo para el adolescente.

Factores de riesgo.

Son un conjunto de situaciones, circunstancias o características: personales, sociales, económicos, culturales y otros, el cual constituye un patrón de vulnerabilidad para el adolescente. Estos factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede producir el inicio de la carencia de habilidades, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa.

Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de ellos en forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica.

Los comportamientos de riesgo en adolescentes entonces estarían pues relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales.

El despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social, se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún sentido, parte de un proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los individuos se ubican en un medio social determinado.

Factores personales

Se ha considerado la existencia de una serie de rasgos de personalidad, educación que hacen más vulnerable a los adolescentes para iniciarse y llegar a un comportamiento de riesgo:

- Inconformismo social
- Baja motivación para el rendimiento académico
- Independencia · Rebeldía
- Tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas como el fumar o beber alcohol
- Tolerancia a la desviación
- Tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia,...)
- Carencia de habilidades sociales (autoestima, asertividad, autocontrol, etc.)
- Dificultad para el contacto social
- Depresión · Nivel de Instrucción de los adolescentes

Factores sociales

El tipo de integración que el adolescente efectúa en la sociedad, depende de las características que actualmente la definen:

- Estructura de familia (padres presentes o ausentes)
- Comunicación familiar (frecuencia, amplitud)
- Crisis de la edad adulta (de los padres y su manejo intrafamiliar)
- Conflictos familiares (violencia, abuso sexual) · Ejemplo familiar (hábitos, drogas, etc.) · Normas éticas y morales (flexibles-estrictas-muy permisiva)

- Ejemplo moral y ético: que promueve el abandono de principios y una visión ambigua ajustada a intereses mezquinos, además de la tolerancia a la corrupción con una justicia mediatizada

- Presión negativa por otros adolescentes para que actúe según deseos del grupo ·
Doble cara social para juzgar la conducta adolescente: permisiva por un lado y destructivamente crítica por otro

- Valores sociales: que promuevan el dinero, el placer, la satisfacción inmediata, la prepotencia del poder, etc., por encima de la justicia, lealtad, honestidad y principios morales

- Facilidad de comunicación, viajes y turismo; pero para una determinada clase social de adolescentes de alto poder adquisitivo.

Medios de comunicación social: con la promoción de violencia, sexo, ideales negativos, consumismo y utilización de jóvenes con su imagen de salud, belleza y energía, para promocionar drogas (alcohol, cigarrillos, etc.)

- Expansión del comercio de drogas a nivel mundial
- Explosiones de violencia social, donde los adolescentes son protagonistas involucrados en la situación económica-político-social
- Países con clima bélico: guerra, guerrillas, terrorismo, etc.

Factores económicos

- El bajo ingreso familiar · Numero extenso de miembros de la familia
- Prolongación del periodo de educación formal que aunado a la situación de escasas oportunidades educacionales y laborales, prolongan la dependencia económica

- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Padres que trabajan todo el día, dejando al adolescente sin control
- Características de la vivienda no adecuadas
- Carencia de Servicios Básicos (agua, desagüe, luz)
- Adolescentes que trabajan y dejan de estudiar para ayudar en su casa

Factores culturales

- Cambios determinantes por la urbanización, migración y turismo; con su innegable influencia en las oportunidades y desarrollo del adolescente
- Creencias y costumbres que tiene la familia
- Nivel de Instrucción de los padres

La mayoría de familias resuelven sus problemas con el seguimiento de estas pautas, además se ve una disminución significativa de la agresividad de los niños. En algunas familias estos resultados pueden ser inmediatos mientras que en otras es necesario hacer seguimientos con varias sesiones en donde se determinan otros problemas y se siguen otros procedimientos para los problemas aún no resueltos.

Este tipo de procedimiento para intervenir una conducta agresiva puede ser de mucha utilidad en niños preadolescentes y aún más en los de menor edad, pero si estas conductas se mantienen en la adolescencia por distintos factores y perduran la mayoría de las intervenciones fracasan.

Antes de la intervención es importante también en lo posible identificar si el niño a más de ser agresivo presenta otros síntomas que serían indicadores de que esta conducta tiene como base algún trastorno psiquiátrico como por ejemplo: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno explosivo intermitente, trastorno de déficit de

atención/hiperactividad entre otros, pues es improbable que estos niños respondan de forma óptima a las intervenciones.

Así mismo se debe tomar en cuenta que en ciertas ocasiones especiales las intervenciones pueden fracasar o se puede necesitar intervenciones mucho más intensas para disminuir la agresividad, estas ocasiones especiales son:

Si existen signos de alteración emocional grave, pues la agresividad no constituye una alteración emocional.

Si la agresividad se vuelve intratable en niños pequeños luego de la intervención.

Si en la familia existen patrones de conducta desadaptados como: echar la culpa al niño agresivo, conflictos conyugales, etc. - Si existen abusos físicos en el hogar. - Conducta delictiva

2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de investigación

2.1.2.1. Antecedentes investigativos

El estudio de Heras, Cepa y Lara (2017) analizado Los resultados muestran diferencias significativas en función de la variable sexo en el nivel global de competencia emocional y en tres de las cuatro dimensiones que lo componen.

El estudio evidencia, además, la necesidad de evaluar los procesos emocionales en la infancia para favorecer una mejora en las competencias socio-emocionales del alumnado de Educación Infantil e incrementarlas a lo largo de su formación académica para su desarrollo integral.

La investigación de Ortega (2013) encontró diferencias de género dentro de cada grupo de edad, se observa que los trastornos de conducta son más frecuentes en los varones de hasta 9 años, equilibrándose con las mujeres a partir de los 10. Los de ansiedad suelen estar más presentes entre las mujeres, a excepción de los grupos de edad entre 10 y 13.

Los trastornos hipercinéticos, en todas las edades, están más presentes entre los chicos; y en los depresivos, de reacción a estrés agudo, y de alimentación, es mayor la prevalencia en las mujeres en todos los grupos de edad.

En resumen, a medida que los chicos y chicas crecen, los trastornos de conducta se agravan (veíamos que aparecen más los trastornos disociales) e incorporan elementos internalizantes; en general, aunque las mujeres presentan más dificultades emocionales, aparecen elementos conductuales a partir de la adolescencia.

También en el caso de los varones, en el momento de la preadolescencia empiezan a desarrollar dificultades de ansiedad.

2.1.2.2. Categoría de análisis

Clasificación de trastornos mentales CIE10 Criterios de la OMS

F94 Trastornos comportamental social de inicio durante la infancia y la adolescencia

Grupo heterogéneo de variaciones cuyo denominador común es la presencia de anomalías de la conducta social que inicia durante el período de desarrollo, pero que a diferencia de los trastornos corrientes del desarrollo no se determinan por una incapacidad o déficit de la conducta social aparentemente vigentes, ni están extendidas a todas las áreas de la conducta. En muchos casos suelen añadirse desviaciones ambientales graves que juegan un papel importante en la etiología. No se dan marcadas discrepancias entre sexos (Capestrano, 2016).

F94.0 Mutismo selectivo

El trastorno se caracteriza por una importante selectividad de índole emocional en el modo de hablar, de manera que el niño manifiesta su competencia lingüística en algunas

situaciones, pero no habla en otras situaciones definidas y predecibles. Es posible que se manifieste el trastorno en la primera infancia.

Su ocurrencia, es relativa a presentarse en ambos sexos y tiene como característica rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo.

Es normal que el niño hable en la familia, la casa o con amigos más cercanos por ejemplo en la escuela, pero no lo hace en la escuela o frente a extraños. Existen otras maneras (incluso lo contrario a lo descrito) (Cartwght & Chitsabesan, 2004).

Pautas para el diagnóstico

- a. Nivel de conocimiento de la expresión normal o aproximadamente normal.
- b. Capacidad expresiva del lenguaje necesaria para comunicarse socialmente.
- c. Demostración de que el paciente puede hablar, y habla normal o casi normal, en algunos escenarios concretos.

Caestrano (2016) A excepción de embargo, una minoría reveladora de niños con mutismo selectivo presentan historiales de otro tipo de retraso del lenguaje o a problemas de articulación del mismo, ante esto el diagnóstico no se excluye.

Si existe un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje que fomente una comunicación efectiva, no es importante la presencia de la forma dispareja de cómo se utiliza el lenguaje según el contexto social, por ejemplo que el niño hable fluidamente en algunas ocasiones y permanezca casi o mudo en otras.

En ocasiones sociales se expresa adecuadamente, pero no lo hace en otras. El diagnóstico demanda que el trastorno del lenguaje sea perseverante y que exista la constancia y peripecia de predecir los escenarios en las que la expresión oral se manifieste o no.

Contiene: Mutismo selectivo.

Excepción: Mutismo transitorio, presentado por un episodio de ansiedad ante una separación en la primera etapa de la infancia (F93.0). Trastornos concretos del desarrollo tanto del habla como lenguaje (F80.-).

Trastornos generalizados del desarrollo (F84) Esquizofrenia (F20).

F94.1 Trastorno de vinculación infantil reactivo

El trastorno se presenta durante la lactancia y primera infancia; se caracteriza por anomalías constantes en la forma de relacionarse socialmente el niño, está acompañada de variaciones emocionales que son reactivas a los cambios en los escenarios ambientales. Es normal la presencia de desconfianza e inquietud desconsoladas.

Asimismo, es una relación social con los compañeros destruidos. Son frecuentes las agresiones entre pares y en el niño mismo, aparece la tristeza, y en algunos casos problemas de crecimiento. El síndrome puede ser una consecuencia directa de una carencia de padres, abusos, maltrato (Coleman & Hendry, 2003).

Pautas para el diagnóstico

Una inadecuada forma de relacionarse con los sujetos encargados del cuidado del niño, antes de los cinco primeros años de existencia, es que presentan rasgos de una deficiente adaptación; estos son persistentes y responden a cambios adecuadamente marcados en la manera de criar al niño.

Los niños pequeños afectados por esta sintomatología muestran conductas contradictorias que se manifiestan en los períodos de alejamiento y en los encuentros. Los niños reaccionan con una actitud de distancia, rabia o una mezcla de rechazo y no se dejan consolar al ser cogidos en brazos por las personas encargadas de cuidarlos.

Es normal que los niños lleguen a mostrar actitudes como la tristeza, tampoco responden emocionalmente, presentan retraimiento, se acurrucan en el piso, afloran expresiones de agresividad al sentir fastidio o descubrirlo en otras personas, temor, vigilancia extrema, en ocasiones suelen ser insensibles a la consolidación.

Los niños, muestran en la mayoría de veces un creciente interés en relacionarse con sus compañeros, pero la interacción lúdica se ve limitada por episodios negativos de sus emociones; esto hace que sus relaciones interpersonales sufran un pobre desarrollo.

Capestrano (2016) Los denominados trastornos de vinculación reactivos aparecieron en relación a aquellos cuidados inadecuados que el niño ha sufrido.

Se lo puede catalogar como abuso psicológico o abandono (se manifiesta por la apariencia de correctivos graves, perseverante falta de acomodamiento de las respuestas a las necesidades del niño o insolvencia de los progenitores para realizar su función y misión), también está el abuso físico (se manifiesta en el abandono y descuido constante que es objeto el niño de satisfacer las necesidades básicas, se dan reiteradas agresiones reiteradas y aparece la desnutrición).

Aún existe desconocimiento sobre la relación entre los cuidados inadecuados al niño y este trastorno, la apariencia de carencias y desviaciones ambientales no se consideran un requerimiento para el diagnóstico.

Sin embargo, el diagnóstico se utiliza con cautela en ausencia de abuso o abandono. Al contrario, el diagnóstico no será ejecutado de forma automática solo por la presencia de abuso o abandono, ya que es normal que un niño en estas condiciones presente este tipo trastorno.

Descarta: Desviación normal de los modos del vínculo selectivo.

Trastorno del vínculo infante espontáneo (F94.2).

Síndrome de Asperger (F84.5).

Abuso sexual o físico en infantes con dificultades psicosociales (Z61.4-Z61.6).

Síndrome de maltrato infantil con inconvenientes físicos (T74).

F94.2 Trastorno de vinculación infante espontáneo

Forma comportamental social anormal, aparece durante los cinco primeros años de existencia. Una vez afianzada, tiene la tendencia de permanecer ante la presencia de cambios considerables en los escenarios ambientales.

Cerca de los dos años de vida, muestra un comportamiento pastoso y una conducta constante y disgregada vinculante no selecta. A los cuatro años de existencia los vínculos permanecen imprecisos, pero el comportamiento pastoso se sustituye por una búsqueda de atención y una conducta cariñosa indistinta.

En la etapa media y tardía de la infancia los niños afectados, en algunos casos desarrolla vínculos selectivos, pero el comportamiento de búsqueda de afectividad suele perdurar y es habitual entre los compañeros una relación humildemente armonizada (Chávez, Samaniego, & Aguilar, 2015).

La presencia de alteraciones emocionales y de la conducta puede manifestarse dependiendo de las situaciones que atraviese. Esta sintomatología se ha identificado con mayor frecuencia en niños que crecieron en entidades infantiles. La dificultad para desarrollar relaciones selectas, es el resultado del cambio frecuente de las personas encargadas de cuidar al niño.

Este síndrome está expuesto a la presencia precoz de una vinculación imprecisa, caracterizada por relaciones sociales destruidas con persistencia, también incluye la ausencia de las situaciones específicas que originan este trastorno en el infante (Coleman & Hendry, 2003).

Pautas para el diagnóstico

Los resultados y la evidencia del diagnóstico revelaron que el niño muestra un grado poco frecuente en los cinco primeros años de existencia de propagación en la selección de relaciones, siendo característica una conducta de cercanía pegajosa en la primera etapa

infantil; o una afectividad confusa, y exposiciones de llamar la atención en la etapa infantil precoz y media.

Existen manifestaciones de problemas que fortalecen las relaciones afectivas íntimas entre compañeros, además muestran variaciones emocionales o de conducta (influyen otras circunstancias afines entre los individuos).

Además, registra antecedentes de discontinuidad de las personas encargadas del cuidado del niño durante los primeros años de la infancia y del cambio continuo de domicilio de la familia. También influye el cambio de residencia de las personas cercanas a su círculo social, lo que afecta de una u otra manera su forma de actuar.

Contiene: Sintomatología corporativo. Trastorno de insuficiencia afectuosa. Exceptúa: Trastorno hiperactivo (F90.-). Trastorno vinculado infante reactivo (F94.1). Síndrome de Asperger (F84.5). Hospitalización de niños (F43.2).

F94.8 Otros trastornos comportamentales sociales en la infancia y la adolescencia

Incluye: Trastornos del comportamiento social con retraimiento y timidez debidos a deficiencias en la sociabilidad.

2.1.3. Postura teórica

Los trastornos comportamentales rebeldes son trastornos de la conducta en la etapa infantil y adolescente, agrupan variadas conductas como oposición a las normas sociales y a las disposiciones de las personas que ejercen autoridad, un efecto notorio es una actitud de perturbación, relativamente crónica, en cuanto a la convivencia con demás sujetos: parientes, maestros, compañeros y desconocidos (Kohn, Levav, & Caldas, 2012).

Se presentan los resultados de un estudio realizado sobre una muestra de 201 niños con bajo rendimiento académico, de edades comprendidas entre los 5 y los 12 años quienes realizaron el TestScreening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (SPECI). El

objetivo de este estudio fue determinar la relación entre los problemas emocionales y el bajo rendimiento académico en niños de 5 a 12 años de una institución educativa de Sincelejo Colombia (Bravo & Naissir, 2015).

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. Hipótesis general

Determinando los trastornos de comportamiento en la escolaridad se mejorará la conducta emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

2.2.2. Subhipótesis o derivadas

Las causas sociales y familiares contribuyen en el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes.

El comportamiento de los estudiantes tiene consecuencias en la escolaridad.

La aplicación de talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes es viable.

2.2.3. Variables

Variable independiente: Trastornos de comportamiento en la escolaridad

Variable Dependiente: Conducta emocional en los estudiantes

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas

La investigación comprende la modalidad factible, por lo que se investiga, elabora y desarrollo de una propuesta de talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

La información se obtendrá directamente de los involucrados, sin alterar la realidad en la que se encuentran, implica la observación del investigador para describir la situación.

La recolección de datos fue mediante encuestas y entrevistas, esto sirvió para conocer la opinión de los alumnos de la Unidad Educativa objeto de estudio mediante un cuestionario.

En la investigación se consideró como población a los jóvenes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús que en total suman 200 alumnos, la misma proporción de padres de familia y diez docentes de la institución. Por ser la población objeto de estudio muy reducida, no fue necesario utilizar fórmula estadística para determinar una muestra, todos los alumnos de bachillerato serán incluidos en la investigación.

3.1.2. Análisis e interpretación de datos

Se procedió a analizar, e interpretar los resultados de las encuestas, los datos más relevantes de la investigación se presenta en las siguientes tablas y gráficos

Encuesta a estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia

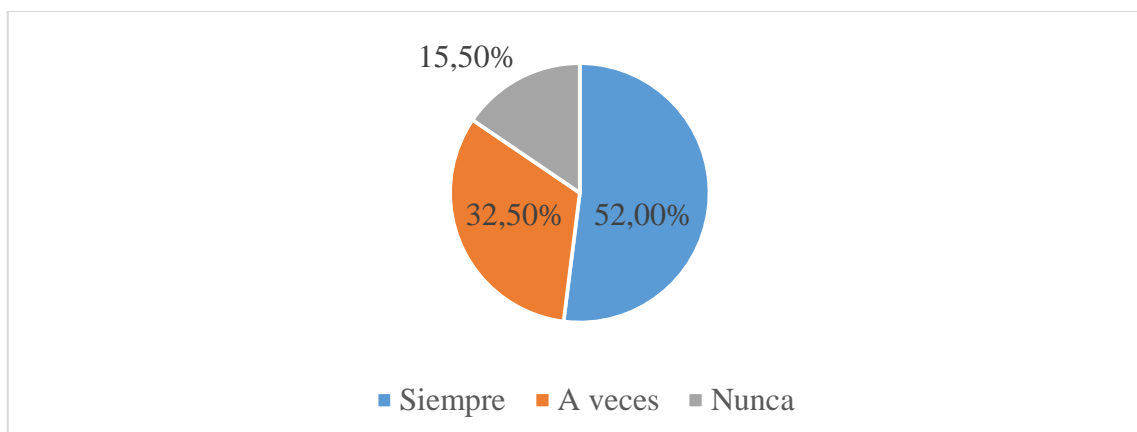
¿Le gustaría poder portarse mejor pero no puede evitar hacer algunas cosas que están mal?

Tabla 1. Mejorar el comportamiento

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	104	52,00%
A veces	65	32,50%
Nunca	31	15,50%
Total	200	100,00%

Fuente: alumnos
Elaborado: Autora

Gráfico 1. Mejorar el comportamiento



Fuente: alumnos
Elaborado: Autora

Análisis e interpretación

Con respecto al comportamiento analizado por el propio alumno, se destaca que más de la mitad de ellos está consciente que le gustaría comportarse mejor y evitar conflictos dentro de la institución educativa; hay un grupo de alumnos que en pocas ocasiones le gustaría tener un mejor comportamiento y finalmente el último grupo de ellos poco o nada le importa el comportamiento inadecuado que manifiestan en la comunidad educativa.

Encuesta a padres de familia y/o representantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia

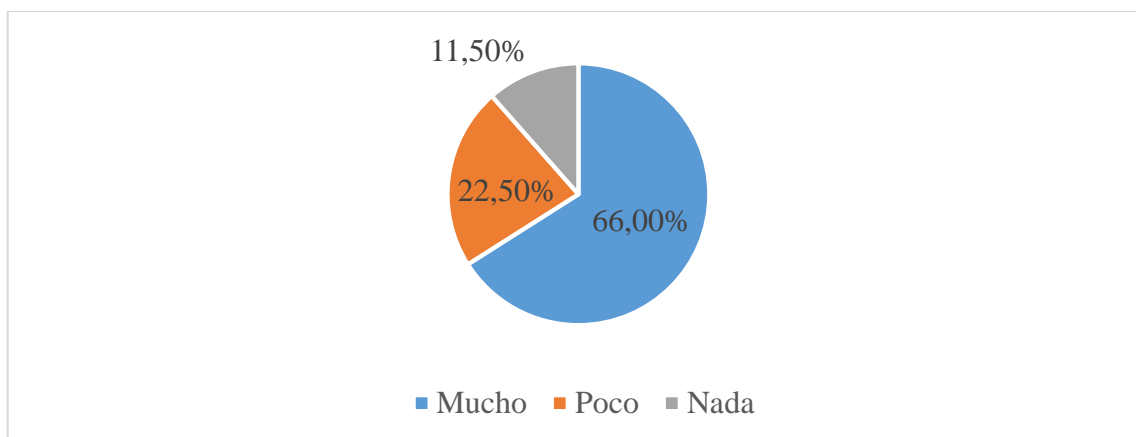
¿Qué responsabilidad creen que tienen los profesores en la institución con respecto a la resolución del problema o la dificultad de su hijo?

Tabla 2. Responsabilidad de docentes

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	132	66,00%
Poco	45	22,50%
Nada	23	11,50%
Total	200	100,00%

Fuente: Padres de familia
Elaborado: Autora

Gráfico 2. Responsabilidad del docente



Fuente: Padres de familia
Elaborado: Autora

Análisis e interpretación

La responsabilidad que poseen los docentes para la resolución de problemas de conducta en la institución educativa, más de la mitad de los padres de familia consideran que tienen mucho que ver en la disciplina de sus hijos, otro grupo considera que es poco lo que pueden hacer, pues más deben dedicarse a las actividades pedagógicas y un reducido grupo de padres de familia, considera que no existe ninguna responsabilidad de los docentes con respecto a la resolución de las dificultades disciplinares en la institución.

Encuesta a docentes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia

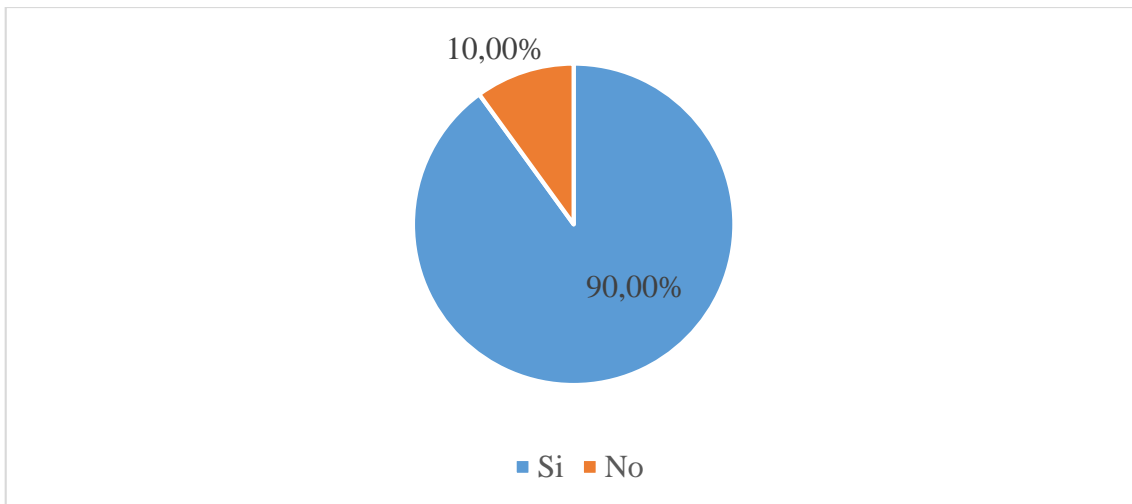
¿La aplicación de talleres de educación emocional permitirá reducir el trastorno de comportamiento en los alumnos?

Tabla 3. Aplicación de talleres de educación emocional

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	90,00%
No	1	10,00%
Total	10	100,00%

Fuente: Docentes de la Unidad Educativa
Elaborado: Autora

Gráfico 3. Talleres de educación emocional



Fuente: Docentes de la Unidad Educativa

Elaborado: Autora

Análisis e interpretación

Con respecto a las respuestas brindada por los alumnos se destaca que casi todos los docentes están de acuerdo en la necesidad de aplicar talleres de educación emocional que permitirá reducir el trastorno de comportamiento en los alumnos, esto debido al sinnúmero de complicaciones a nivel de aula con la actitud de algunos alumnos que dificulta un normal desarrollo de las actividades pedagógicas en el salón de clases.

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.2.1. Generales

No se determinado la incidencia del trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

3.2.2. Específicas

1. Aún no se ha identificado las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los estudiantes.

2. No se ha determinado el comportamiento de los estudiantes y sus consecuencias en la escolaridad.
3. No se ha propuesto talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.3.1. Generales

Se debe analizar la incidencia del trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

3.3.2. Específicas

1. Es necesario identificar las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los estudiantes.

2. Se recomienda determinar el comportamiento de los estudiantes y sus consecuencias en la escolaridad.
3. Es necesario proponer talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Alternativa obtenida

La conducta disruptiva influye negativamente en el proceso docente y supone un trastorno en el normal desarrollo de la clase. El problema de conducta observado en los alumnos de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia, donde durante la jornada escolar manifiestan conductas para golpear, interrumpir momentos de trabajo, realizar ruidos, entre otros.

Por eso se plantea la pregunta de investigación si el uso de estrategias basadas en la inteligencia emocional pueda contribuir a regular los problemas de conducta en los alumnos de dicha institución educativa.

El diseño de esta propuesta de intervención tiene como objetivo principal el desarrollo de la inteligencia emocional como medio de mejora para la modificación de la conducta, focalizado a los alumnos de la Unidad Educativa que presentan problemas de conducta.

Durante la puesta en práctica de la intervención, el alumno desarrollará la capacidad de identificar, regular y gestionar las emociones propias como ajenas. De esta manera se pretende formar personas emocionalmente sanas y estables.

4.1.2. Alcance

El programa propuesto a continuación puede llevarse a cabo con todo tipo de alumnos que presenten o no problemas conductuales, dado que el objetivo principal es el desarrollo y mejora de la inteligencia emocional a lo largo de todas las etapas educativas.

Los trastornos del comportamiento por su preocupante latencia, complejidad y consecuencias negativas en la esfera familiar, académica y social, requiere intervención temprana de alta relevancia en los destinatarios formando parte del ámbito de actuación del docente, equipo de orientadores y psicólogos que den una respuesta acorde a las necesidades del alumnado que presente tales desórdenes.

4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa propuesta

4.1.3.1. Antecedentes

La educación emocional es elemento fundamental para conseguir formación integral del alumno. Esta propuesta pretende facilitar esa educación al incorporar acción tutorial en las actividades, con lo que se puede lograr que llegue a todos los alumnos. Cada una de las actividades que plantea la propuesta recoge la metodología específica para su correcta

aplicación, no obstante es necesario tener como guía de referente el desarrollo de algunas actividades.

Para el éxito de la propuesta es necesario fomentar la motivación del alumno creando actitud positiva hacia la realización de actividades, es aconsejable que cada una de las actividades propuestas tenga conexión entre sí para conseguir que sea consciente la importancia del aprendizaje emocional para enriquecimiento personal y social.

4.1.3.2. Justificación

La propuesta se justifica porque es el momento de planificar la intervención para ayudar a prevenir y reducir las conductas inadecuadas, problemáticas y desafiantes si se pretende contribuir de manera positiva en la vida de los alumnos con intención de lograr fomentar sus potencialidades, es necesario llegar a conocer aspectos que integran su desarrollo, siendo las emociones una dimensión que debe ser influenciada por la evolución del adolescente, lo condiciona a una dirección determinada.

La propuesta sentará las bases para su maduración, está claro que la adolescencia es fundamental para abrir puertas a futuros aprendizajes y es una edad temprano, por lo que les quedará un largo camino por recorrer hasta la formación completa de su personalidad. Por todo esto es un tema que interesa en profundidad, para saber identificar las emociones que pueden sentir los alumnos, los mecanismos de regulación y control, así como las mejores formas de contribuir al desarrollo del alumno.

El proceso de enseñanza – aprendizaje está ampliamente condicionado por las relaciones interpersonales que se dan diariamente entre la comunidad educativa. Estas relaciones y emociones juegan un papel fundamental debido a que juegan un papel fundamental, regulan los comportamientos y actitudes de las personas.

De esta manera queda clara la relación directa de las emociones en el proceso de enseñanza. Así como la necesidad de trabajar en el aula estos comportamientos.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1. General

Desarrollar talleres de educación emocional para mejorar las conductas disruptivas, desarrollar la inteligencia emocional y promover una intervención conjunta y coordinada de los alumnos de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

4.2.2. Específicos

- Integrar a estudiantes mediante talleres de educación emocional para mejorar la conducta.
- Determinar la participación de los estudiantes y padres de familia en la mejora de las conductas disruptivas.
- Aplicar estrategias basadas en las emociones para reducir conductas inapropiadas de los alumnos en la comunidad educativa.

4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA

4.3.1. Título

Talleres de educación emocional para mejorar la conducta de los alumnos de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

4.3.2. Componentes

Tabla 4. Cronograma de actividades

N°	Actividades	Días	Horario	Semanas			
				1	2	3	4
1	Redacción de normas	Lunes a viernes	9:00 a 10:00	x			

2	Creación de asambleas	indefinido	indefinido	x	x	x	x
3	Escenificación	viernes	10:00-11:00	x			
4	Emoción - reacción	viernes	10:00-11:00		x		
5	Cierra los ojos e imagina	viernes	10:00-11:00			x	
6	Al cine	viernes	10:00-11:00			x	
7	Juguemos al mediador	viernes	10:00-11:00			x	
8	Emociones	viernes	10:00-11:00				x

Evaluación

Los criterios de evaluación están en consonancia con los objetivos establecidos en el taller. Con la evaluación se recabará no solo la información relativa al comportamiento del alumno, sino también la coordinación del docente y el desarrollo del taller. Dicha información servirá como guía para el desarrollo de la intervención. Al final del quimestre, tanto alumnos como docentes podrán comprobar los logros alcanzados y ser conscientes de cual objetivo no se ha alcanzado.

De esta manera se podrá aplicar un plan de mejora. La evaluación del alumno será en forma individual y permanente. Todos los datos recogidos permitirán informar al os padres de la problemática inicial, los progresos y dificultades presentadas.

Instrumentos de evaluación

1. Observación directa
2. Cuaderno de anotaciones
3. Lista de control
4. Registro de observación
5. Informes relativos a los alumnos
6. Entrevistas personales con alumnos
7. Entrevista personalizada con la familia
8. Test de conducta

Evaluación del alumno

Mediante la lista de control se evaluará semanalmente el control de la conducta, relaciones interpersonales y rendimiento escolar de los alumnos que poseen problemas de conducta.

En el registro de observación se evaluará quincenalmente si el alumno presenta o no actitudes y comportamientos no apropiados en el aula, con el docente y/o compañeros.

Evaluación del docente

Esta evaluación será quimestral y se tendrá en cuenta si ha existido o no una correcta coordinación entre los distintos profesionales de la Unidad Educativa; por otro lado también se verificará si ha existido o no apoyo, recursos necesarios para la mejora del alumno y si se ha creado una vinculación efectiva de confianza y respeto entre profesor – alumno.

Temporización

Para efecto de planificar las actividades mediante tiempo y espacio, se ejecutará a finales del segundo quimestre, para efectuar evaluaciones al inicio del siguiente periodo académico.

4.3.3. Sesiones

Se programa 8 sesiones en la que se indica el procedimiento de aplicación de los talleres de educación emocional para mejorar las conductas disruptivas, desarrollar la inteligencia emocional y promover una intervención conjunta y coordinada de los alumnos de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.

Tabla 5. Actividad 1. Elaboración de normas

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
• El docente explica la	Se establecerá	• Respetar normas	Actividad grupal de 1 hora	Cartulina Folios

<p>actividad y finalidad de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada alumno anota la norma que considere importante • Describir las consecuencias positivas o negativas de la norma. • Los alumnos leerán su norma y explicará su importancia. • El docente escribirá las aportaciones. • Se selecciona las más acertadas. 	<p>en forma conjunta las normas cívicas básicas que se debe respetar para una mejor convivencia.</p>	<p>cívicas básicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar conductas inapropiadas • Crear ambientes óptimos de convivencia 	<p>aproximadamente</p>	<p>Rotuladores de colores</p>
--	--	--	------------------------	-------------------------------

Tabla 6. Actividad 2. Asamblea, compromiso y reflexión

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Al incumplir una norma o surja un conflicto, se realizará una asamblea. • En ella se expondrá los hechos ocurridos. • Se debatirán las posibles soluciones. • Se realizará una reflexión individual. • Cada alumno debe poner su punto de vista para que la asamblea sea participativa. • Expresar y escuchar la opinión de los demás. 	<p>Para modificar la conducta es fundamental la comunicación entre docente y sus alumnos, mediante esta asamblea se permitirá un tratamiento frecuente de los valores y normas, de promover la resolución de conflictos mediante el diálogo y la reflexión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la pacífica resolución de conflictos • Reflexionar sobre conductas propias y ajenas • Adquirir valores y normas de comportamiento 	Actividad grupal de 1 hora aproximadamente	Papel lápiz

Tabla 7. Actividad 3. Asamblea, compromiso y reflexión

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
-------------------	----------------------	------------------	-----------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Al incumplir una norma o surja un conflicto, se realizará una asamblea. • En ella se expondrá los hechos ocurridos. • Se debatirán las posibles soluciones. • Se realizará una reflexión individual. • Cada alumno debe poner su punto de vista para que la asamblea sea participativa. • Expresar y escuchar la opinión de los demás. 	<p>Para modificar la conducta es fundamental la comunicación entre docente y sus alumnos, mediante esta asamblea se permitirá un tratamiento frecuente de los valores y normas, de promover la resolución de conflictos mediante el diálogo y la reflexión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la pacífica resolución de conflictos • Reflexionar sobre conductas propias y ajenas • Adquirir valores y normas de comportamiento para una mejor convivencia. 	<p>Actividad grupal de 1 hora aproximadamente</p>	<p>Fichas elaboradas previamente por el docente.</p>
---	---	--	---	--

Tabla 8. Actividad 4. Emoción y reacción

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
------------	---------------	-----------	----------	------------

<ul style="list-style-type: none"> • El docente agrupará a los alumnos en parejas • Se elige al representante • Mediante mímica debe expresar lo que contiene las tarjetas • Se coloca tiempo para adivinar la emoción que quiere expresar mediante mímica. 	<p>Se justifica esta actividad para evaluar y desarrollar la conciencia emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las distintas emociones. • Promover el sentido de empatía hacia los demás. 	<p>Actividad grupal de 1 hora aproximadamente</p>	<p>Fichas plastificadas con imágenes de mociones y su respectivo nombre.</p>
---	--	---	---	--

Tabla 9. Actividad 5. Imagina

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
------------	---------------	-----------	----------	------------

<ul style="list-style-type: none"> • Inicia esta actividad con todos los alumnos cerrando los ojos y relajados. • El docente leerá en voz alta varias situaciones reales. • El alumno debe explicar por escrito de sus sentimientos por las situaciones. • El estudiante debe proponer soluciones al problema o situación presentada. • Finalmente el alumno debe dibujar la emoción que haya sentido. 	<p>Se justifica esta actividad porque es ideal para expresar y gestionar emociones que en algún momento podemos experimentar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las emociones propias y ajenas • Proponer alternativas para la resolución de conflictos • Canalizar las emociones a través de la escritura y dibujo. 	<p>Actividad grupal de 1 hora con 30 minutos aproximadamente</p>	<p>Fichas con la descripción de la situación Hojas y colores para los dibujos.</p>
---	--	--	--	--

Tabla 10. Actividad 6. Mediando

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Se escogerá un alumno que posea más problemas de conducta para que sirva de mediador en los conflictos con otros alumnos. • Previamente el docente explicará la función a cumplir el alumno. • Se plantea la resolución pacífica de conflictos. 	<p>Se justifica esta actividad para dar el sentido de responsabilidad al alumno, al ejercer el cargo de mediador hace que este adquiera un nuevo rol, este cargo le da protagonismo, con esto las conductas inapropiadas disminuirán.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar nuevas actitudes frente a conflictos en la comunidad educativa. • Promover el cumplimiento de normas establecidas en la institución. • Desarrollar la responsabilidad en los alumnos. 	<p>Actividad para todo el año escolar</p>	<p>No hay materiales para esta actividad.</p>

Tabla 11. Actividad 7. Al cine

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
-------------------	----------------------	------------------	-----------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en proyectar una serie de películas con valor emocional. • Después de la proyección, el alumno deberá contestar preguntas relacionadas a lo emocional de la película. • En pareja deben leer en voz alta las respuestas. • Se comentará entre todos los resultados. • Los títulos sugeridos son: Del revés, mejor imposible, el indomable Will Hunting, Wall – E, El club de la lucha, entre otras 	<p>Es conocido que un recurso muy motivador es el cine, hace que el espectador empatice con la proyección en la pantalla. Esta actividad se identifica, comprende y reflexiona sobre los sentimientos y emociones a lo largo de la película.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar inteligencia emocional y social 	<p>Actividad de dos horas en promedio</p>	<p>Películas Fichas con preguntas extraídas de cada película.</p>
---	--	---	---	---

Tabla 12. Actividad 8. Emociones

Desarrollo	Justificación	Objetivos	Duración	materiales
------------	---------------	-----------	----------	------------

<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en un libro de cuentos centrado en la trasmisión de emociones y valores • Cada viernes se dedicará tiempo a la lectura de este libro. • Después de la lectura se debe reflexionar sobre lo leído • Hay que responder a las fichas de actividades • Hay que hacer una reflexión grupal • Se anexará una guía de exploración lectora como instrumento de apoyo para padres y profesores 	<p>La lectura reflexiva permitirá que los alumnos profundicen en el conocimiento de las emociones y sentimientos que aparecen en cada capítulo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar el reconocimiento y expresión de cada una de las emociones presentes en el libro. • Expresar y canalizar mediante escritura las emociones y sentimientos. • Registrar momentos reales en el alumno • Analizar las causas de algunas emociones • Desarrollar el gusto por la lectura • Ayudar a los padres a 	<p>Actividad de 1:30 horas en promedio</p>	<p>Libro de cuentos Fichas de actividades Diario Guía de exploración lectora</p>
---	---	--	--	--

		trabajar en la educación emocional de los niños		
--	--	--	--	--

4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA

Hay que concretar que el desarrollo de la intervención propuesta es satisfactorio. Mediante una educación basada en las emociones y transmisión de valores, el alumno va a experimentar cambios en las emociones y en la transmisión de valores, aunque el proceso sea lento, los avances a conseguir serán gratificantes.

Desde el centro educativo se debe contemplar la educación emocional como objetivo y contenido de las prácticas, se estaría formando ciudadanos emocionalmente sanos y capaces de convivir en armonía para construir una sociedad con respeto mutuo, la libertad y la solidaridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alda, J., Arango, C., & Castro, J. (2016). *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿Qué está sucediendo?* Esplugues de Llobregat: Gráficas Campás, S.A.
- Bravo, L., & Naissir, L. (2015). El estado emocional y el bajo rendimiento académico en niños y niñas de Colombia. *Av.psicol.* 23(1), 103-114.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. . *Ansiedad y Estrés*, , 17, 73-95.
- Capestrano, J. (2016). *Trastornos del Comportamiento*. Obtenido de <http://www.sanjuancapestrano.com/comportamiento>
- Cartwright, R., & Chitsabesan, P. (2004). *Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders*. . New York: Oxford University Press.: Br J Clin Psicol.
- Chávez, H., Samaniego, N., & Aguilar, E. (2015). *Manual de atención primaria en salud mental*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia. Cuarta Edición*. Madrid: Editorial Morata.
- Dzul, J., Cervera, J., & Sosa, A. (2012). Adolescencia y los factores que influyen en la formación de la identidad. *Escuela Normal Superior de Valladolid Vol. 14, Núm. 2*, 1-14.

- Heras, D., Cepa, Amaya, & Lara, F. (2017). Desarrollo emocional en la infancia. Un estudio sobre las competencias emocionales de niños y niñas. *Psicología, Ciencia y Profesión: Afrontando la realidad Vol. 1, Núm. 1*, 67-75.
- Hervás, A., & Alda, J. (2005). El comportamiento y las emociones en la infancia y adolescencia. *Recomendaciones terapéuticas en Psiquiatría Infantojuvenil.*, 317-403.
- Higueras, A., & López, J. (2016). *Psicopatología de la percepción. Compendio de psicopatología. 4.ª Ed.* Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos.
- Kohn, R., Levav, I., & Caldas, J. (2012). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam, Salud Pública. VOL. 18. Núm. 4*, 229-240.
- Martín, J., Garriga, A., Pujalte, M., Balanza, P. L., & Guijarro, A. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicología.com*, 13.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Salud de adolescentes. Guía de supervisión.* Quito: Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud.
- Montes, J. (2012). Trastornos de conducta en la adolescencia. *Comité de adolescencia de la sociedad uruguaya de pediatría Vol. 73, Núm. 2*, 78-79.
- Navarro, F., Garriga, A., & Sanchez, J. (2010). Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión. [*Tree decision analysis of the therapeutic alternatives for Panic*, 42, 86-94.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. 2010, salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Ginebra: OMS.
- Ortega, E. (2013). La situación del alumnado con problemas emocionales y de conducta en la comunidad de Madrid: Barreras y facilitadores para la inclusión educativa. *Universidad Autónoma de Madrid*, 1-17.
- Palacios, H. (2012). La adolescencia. *Psicología educativa, Departamento de Pedagogía*, 1-33.

- Rodríguez, P. (2017). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral Vol. XXI Núm. 2*, 73-81.
- Ruiz, A. (2005). Precursores de los trastornos de personalidad en la infancia y adolescencia. . *Ponencia en el curso anual de la Unidad de Adolescentes*. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón .
- Tibidabo, A. (2015). Trastornos de la conducta. ¿Cómo identificar a un niño con un trastorno del comportamiento? *ADANA Fundacion Vol 34. Núm. 7*, 69-79.
- Torres, A. (2012). Las 3 etapas de la adolescencia. *Psicología educativa y del desarrollo. Vol 9, Núm. 8*, 54-67.
- Wood, C. .. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia. . *Ansiedad y Estrés*, ., 14, 231-251.

ANEXOS

Anexo 1. Fotos de la investigación



Foto 1. Unidad Educativa "Corazón de Jesús, cantón Valencia



Foto 2. Estudiantes a ejecutar las encuestas en el salón de clases de la Unidad Educativa,



Foto 3. Entrevista a docente de la Unidad Educativa



Foto 4. Socialización del proyecto entre docentes de la Unidad Educativa



Foto 5. Estudiantes de la Unidad Educativa

Anexo 2. Glosario de términos

Adolescencia: etapa del desarrollo en la que se produce el paso desde la niñez hacia la edad adulta. Generalmente comprende desde los 13-14 años de edad, hasta los 18-20. Conlleva numerosos cambios en la persona a nivel físico, psicológico y social.

Adaptación funcional: proceso de reincorporación a un nivel de funcionamiento diferente al previo, después de que entre ambos niveles haya ocurrido un acontecimiento o circunstancia especial (ej. Enfermedad o acontecimiento vital estresante).

Afecto/afectivo: sentimiento de cercanía y cariño hacia otra persona. El término *afectivo* significa relativo al afecto, es decir, a los sentimientos de cercanía y cariño hacia alguien. Técnicamente afectivo se usa también para referirse a todo aquello relacionado con los sentimientos, las emociones o los estados de ánimo (ej. Trastorno afectivo).

Agresividad: uso de la violencia en la interacción con algo o alguien. Podría producirse en la interacción con uno mismo, lo que recibiría el nombre de autoagresividad.

Ansiedad: sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos como sensación de falta de aire, temblor, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco, etc., que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque o con estímulos que no suelen producir una respuesta tan exagerada en la mayoría de la gente.

Autoestima: valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas.

Atención: capacidad cognitiva que permite la relación de un ser con su entorno a través de tres funciones fundamentales: la alerta, la orientación y la función ejecutiva (resolución de conflictos).

Conductual: relativo a la conducta, es decir, al comportamiento. Hay un tipo de psicoterapia que se centra en la modificación de la conducta / comportamiento.

Depresión: síndrome caracterizado por una tristeza profunda o una pérdida significativa del interés por las cosas. Suele acompañarse de otros síntomas como la pérdida de energía, de apetito o alteraciones del sueño. Son habituales también los sentimientos de culpa, de vergüenza, el pesimismo patológico, etc.

Anexo 3. Matriz de consistencia del trabajo de la investigación

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CORAZÓN DE JESÚS.

Problema	Objetivos	Hipótesis
¿De qué manera inciden los trastornos de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia?	Determinar la incidencia del trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.	Determinando los trastornos de comportamiento en la escolaridad se mejorará la conducta emocional en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.
Subproblemas		
¿Cómo identificar las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los adolescentes?	Identificar las causas sociales y familiares que contribuyen en el trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los estudiantes.	Las causas sociales y familiares contribuyen en el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes.
¿De qué manera el comportamiento de los estudiantes tiene consecuencias en la escolaridad?	Determinar el comportamiento de los estudiantes y sus consecuencias en la escolaridad.	El comportamiento de los estudiantes tiene consecuencias en la escolaridad.
¿Cómo mejorar la emoción y el pensamiento en los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia?	Proponer talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia.	La aplicación de talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes es viable.

Anexo 4. Formato de encuesta para estudiantes

A. Datos del estudiante

Curso:

Género: () femenino () Masculino

Edad: () años

B. Preguntas de contexto

1. Vive con:

Ambos padres ()

Solo con madre ()

Solo con padre ()

Los abuelos ()

Otros () Especifique: _____

2. ¿En el último año ha experimentado alguno de estos acontecimientos?

Muerte de familiar ()

Separación o divorcio de padres ()

Enfermedad grave ()

Nacimiento de hermano ()

Agresión intrafamiliar ()

Alcoholismo ()

Otros () Especifique: _____

3. ¿Reconoce que presenta episodios de mal comportamiento en el aula?

Si () No ()

4. ¿Ha sido amonestado en la institución por el comportamiento?

Siempre () A veces () Nunca ()

5. ¿Presenta dificultades para controlar su comportamiento en todo lugar?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. ¿Normalmente molesta en clase cuando el profesor está explicando algo?

Siempre () A veces () Nunca ()

7. ¿Es capaz de portarse bien cuando trabaja con otros compañeros?

Siempre () A veces () Nunca ()

8. ¿Le gustaría poder portarse mejor pero no puede evitar hacer algunas cosas que están mal?

Siempre () A veces () Nunca ()

9. ¿Le cuesta cumplir las normas del aula o en otros momentos?

Siempre () A veces () Nunca ()

10. ¿Le resulta difícil estar sentado para realizar las tareas que pide el profesor?

Siempre () A veces () Nunca ()

Anexo 5. Formato de encuesta para padres de familia

1. Historia escolar. ¿ha tenido que cambiar de institución por el comportamiento de su hijo?
Si () No ()
2. Si la respuesta es positiva. Indique el tipo de dificultad que ocasionó el cambio
Conducta ()
Aprovechamiento ()
Comportamiento hacia los docentes ()
Comportamiento hacia sus compañeros ()
3. ¿Tiene igual comportamiento en casa?
Siempre () A veces () Nunca ()
4. ¿Cuándo y quién identificó o detectó las dificultades de su hijo?
Padres () Docentes () Familiares () Otros () especifique _____
5. ¿Qué pasa cuando su hijo se porta mal o hace algo inapropiado?
Castigo () amonestación verbal () nada ()
6. Si el docente actúa frente al comportamiento con medidas ¿Qué les parecen esas medidas?
Acertadas () Malas ()
7. ¿Puede pasar que haya momentos en que sus hijos hacen algo inapropiado sin poder controlarlo, digamos, “sin querer”? ¿Y eso se tiene en cuenta desde la institución cuando piensan en el “castigo” o la “sanción”?
Siempre () A veces () Nunca ()
8. ¿Qué responsabilidad creen que tienen los profesores en la institución con respecto a la resolución del problema o la dificultad de su hijo?
Mucho () Poco () Nada ()
9. ¿Cómo valoran la actuación de los profesores de sus hijos? ¿Su formación? ¿Su actitud, interés, compromiso?
Muy buena () Buena () Mala ()
10. ¿Han tenido relación con el Equipo de Orientación del DECE?
Siempre () A veces () Nunca ()

Anexo 6. Formato de entrevista a docentes

1. ¿Qué entiende por problemas emocionales y de conducta?

2. ¿Qué hace para trabajar con alumnos con problemas de conducta?

3. ¿Qué cosas son las que más cuestan manejar en clase con estos alumnos?

4. ¿Por qué cree que se dan estas dificultades?

5. ¿Qué necesidades tendrían: ¿recursos, personal, formación, apoyo para intervención concreta con estos alumnos?

6. ¿De quién depende que mejore la conducta?

7. ¿Les puede afectar en todas las áreas de su vida, o sólo se dan en situaciones concretas?

8. ¿Estos alumnos tienen problemas con todos los profesores?

9. ¿La aplicación de talleres de educación emocional permitirá reducir el trastorno de comportamiento en los alumnos?

Anexo 7. Metodología de la investigación

Para la investigación se utilizará un diseño explicativo secuencial debido a la posibilidad de analizar los datos cuantitativa y cualitativamente, esto permitirá la conjunción de los resultados obtenidos de la información primaria para la interpretación y elaboración del informe final con los resultados del estudio.

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

La investigación comprende la modalidad factible, por lo que se investiga, elabora y desarrollo de una propuesta de talleres de educación emocional para reducir el trastorno de comportamiento en el desarrollo emocional de los estudiantes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús del cantón Valencia. La información se obtendrá directamente de los involucrados, sin alterar la realidad en la que se encuentran, implica la observación del investigador para describir la situación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo: La investigación pertenece al tipo descriptivo esto comprende el análisis y detalle de los factores que inciden el trastorno de comportamiento en la escolaridad en el desarrollo emocional de los estudiantes de la Unidad Educativa.

Aplicada: Se aplica la ciencia de la salud, orienta las variables definidas que intervienen en la problemática. Según las características de la investigación corresponde al tipo seccional con una sucesión temporal de momentos.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Métodos

Inductivo: Se utilizará para formular la hipótesis y llegar a una conclusión particular hacia lo general.

Deductivo: Se utilizará para llegar a las conclusiones generales luego de comprobar o rechazar la respectiva hipótesis de estudio.

Técnicas

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la encuesta y la entrevista.

Entrevista: Consiste en un diálogo entre dos personas con el fin de obtener información sobre la problemática investigada. De hecho, esta técnica es indispensable porque permite obtener datos que de otra manera sería difícil obtener o conseguir.

Encuesta: Se utiliza para obtener datos de varias personas, cuyas respuestas u opiniones impersonales interesan para el proceso investigativo, se trata de obtener datos o información de personas que tienen relación directa con el problema investigado.

Instrumentos

Formato de encuesta. - Servirá para conocer la opinión de los alumnos de la Unidad Educativa objeto de estudio mediante un cuestionario.

Cuestionario. - Se lo realizará para dar cumplimiento a la encuesta mediante un banco de preguntas prediseñadas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

En la investigación se considera como población a los jóvenes de la Unidad Educativa Corazón de Jesús que en total suman 200 alumnos.

Muestra

El tamaño de la muestra corresponde al bachillerato que en total suman 100 alumnos, la misma proporción de padres de familia y diez docentes de la institución, tal como se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Población

N°	Detalle	Población	Muestra
1	Estudiantes	200	100
2	Representantes	200	100
3	Docentes	10	10
Total		410	210

Elaborado: La autora

Fuente: Secretaría de la Unidad Educativa

Por ser la población objeto de estudio muy reducida, no es necesario utilizar fórmula estadística para determinar una muestra, todos los alumnos de bachillerato serán incluidos en la investigación.

Anexo 8. Presupuesto

El cuadro que precede muestra un estimativo de los rubros requeridos para el proceso investigativo, cabe indicar que dichos costos serán cubiertos al 100% por la autora de la investigación.

Cuadro 2. Presupuesto de la investigación

Rubro	Cantidad	Costo USD	
		Unitario	Total
Equipo de computación			
Equipo de computación (horas uso)	50	0,60	30,00
Calculadora (Horas uso)	5	0,10	0,50
Equipo de oficina (Scanner) (Horas uso)	1	0,50	0,50
Impresora (horas uso)	10	0,80	8,00
Suministros de Oficina			0,00
Documentos administrativos (copias)	200	0,03	6,00
Materiales bibliográficos (Lápiz , borrador, lapiceros)	5	0,25	1,25
Hojas A4 (Resmas)	2	3,50	7,00
USB 2 GB.(Unidad)	1	8,00	8,00
Discos magnéticos (unidad)	2	1,25	2,50
Viáticos			
Movilización			200,00
Subtotal			263,75
Imprevistos 3%			7,91
Total			271,66

Elaborado: La autora

Anexo 9. Cronograma del proyecto

El cuadro 3 se muestra el cronograma propuesta para el desarrollo del proyecto de investigación.

Tabla 13. Cronograma

Actividades	Meses 2018																			
	Julio				Agosto				Sept.				Oct.				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del borrador del proyecto		■																		
Revisión del borrador del proyecto			■																	
Aprobación proyecto				■																
Trabajo de campo (Encuestas y Entrevista)				■	■	■	■													
Tabulación de datos						■	■	■	■											
Organización y análisis de los resultados										■	■	■								
Redacción de propuesta														■	■	■				
Revisión de proyecto (director)																	■	■	■	
Revisión de proyecto (miembros de tribunal)																			■	
Sustentación de proyecto																				■

Elaborado: La Autora



FECHA: 28/1/2019
HORA: 10:46

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: PROCEL AYALA MARIO RENAN
ESTUDIANTE: GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA
PERIODO ACADÉMICO: MAYO 2018 - OCTUBRE 2018
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PERFIL
PROYECTO DE TITULACIÓN: TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE JESÚS", AÑO 2018

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE JESÚS", AÑO 2018					
FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PERFIL	2018-07-27	2018-08-03	TERMINADO	100%	HABILITADO

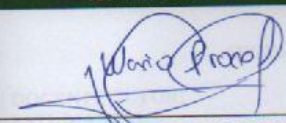
INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (DESCRIPCIÓN BREVE DEL HECHO PROBLEMÁTICO)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROBLEMA (GENERAL)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVO (GENERAL)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	2018-07-31	2018-08-03	TERMINADO	100%	HABILITADO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (DESCRIPCIÓN BREVE DEL HECHO PROBLEMÁTICO)					
3. PROBLEMA (GENERAL)					
MARCO TEÓRICO PRELIMINAR (ESQUEMA DE CONTENIDOS)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS (GENERAL)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVO (GENERAL) 2) JUSTIFICACION MARCO TEORICO PRELIMINAR (ESQUEMA DE CONTENIDOS) 4) HIPOTESIS (GENERAL)	2018-07-31	2018-08-03	TERMINADO	100%	HABILITADO

TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TIPO DE INVESTIGACION, METODOLOGÍA, REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	2018-07-31	2018-08-03	TERMINADO	100%	HABILITADO

METODOLOGÍA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO



PROCEL AYALA MARIO RENAN
DOCENTE TUTOR



GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA
ESTUDIANTE

PROYECTO DE TITULACIÓN: MAYO 2018 - OCTUBRE 2018
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: TRANSICIÓN DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE JESÚS", AÑO 2018.

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TÍTULO INTRODUCCIÓN (ARTÍCULO 1.1) PROBLEMA (1.1) IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN (1.2) MARCO CONTEXTUAL (NO SE RESUELVE) (2.1) CONTEXTO INTERNACIONAL (1.2) CONTEXTO NACIONAL (1.2) CONTEXTO INSTITUCIONAL (1.2) MARCO PROBLEMÁTICA (1.4) ENUNCIAMIENTO DEL PROBLEMA (1.4) PROBLEMA GENERAL (1.4) PROBLEMAS O DERIVADOS (1.4) DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (1.6) JUSTIFICACIÓN (1.7) OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN (NO SE RESUELVE) (3.1) OBJETIVO GENERAL (3.1) OBJETIVOS ESPECÍFICOS (3.1)	2018-07-31	2018-08-03	TERMINADO	100%	HABILITADO



FECHA: 28/1/2019
HORA: 10:47

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: PROCEL AYALA MARIO RENAN
ESTUDIANTE: GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA
PERIODO ACADÉMICO: MAYO 2018 - OCTUBRE 2018
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PROYECTO DE INVESTIGACION
PROYECTO DE TITULACIÓN: TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 'CORAZÓN DE JESÚS?', AÑO 2018.

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 'CORAZÓN DE JESÚS?', AÑO 2018.

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROYECTO DE INVESTIGACION	2018-08-04	2018-08-24	TERMINADO	89%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TARATULA INTRODUCCIÓN. CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA 1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN. 1.2. MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE) 1.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL. 1.2.2. CONTEXTO NACIONAL.	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	80%	HABILITADO
1.2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL. 1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. 1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 1.4.1. PROBLEMA GENERAL. 1.4.2. SUBPROBLEMAS O DERIVADOS.	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. 1.6. JUSTIFICACIÓN. 1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE) 1.7.1. OBJETIVO GENERAL. 1.7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	80%	HABILITADO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CONTEXTO INTERNACIONAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

POSTURA TEÓRICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

HIPÓTESIS GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

VARIABLES					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPITULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. 3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN. 3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN. 3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN. 3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. (NO SE RESUELVE)	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	90%	HABILITADO
3.4.1. MÉTODOS. 3.4.2. TÉCNICAS. 3.4.3. INSTRUMENTOS. 3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	100%	HABILITADO
3.5.1. POBLACIÓN. 3.5.2. MUESTRA. 3.6. PRESUPUESTO	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	80%	HABILITADO
3.7. CRONOGRAMA DEL PROYECTO. BIBLIOGRAFÍA. ANEXOS. MÁXIMO 50 PÁGINAS DEBE SER SUSTENTADO	2018-08-22	2018-08-22	TERMINADO	100%	HABILITADO

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

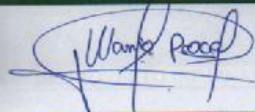
TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO


MÉTODOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

TÉCNICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

INSTRUMENTOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POBLACION Y MUESTRA DE INVESTIGACION. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POBLACION.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MUESTRA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PRESUPUESTO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CRONOGRAMA DEL PROYECTO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFIA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS. MÁXIMO 50 PÁGINAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO



PROCEL AYALA MARIO RENAN
DOCENTE TUTOR



GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA
ESTUDIANTE



FECHA: 28/1/2019
HORA: 10:48

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: PROCEL AYALA MARIO RENAN
ESTUDIANTE: GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA
PERIODO ACADÉMICO: MAYO 2018 - OCTUBRE 2018
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: REVISIÓN DE PROYECTO INF.FINAL
PROYECTO DE TITULACIÓN: TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE JESÚS", AÑO 2018...

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE JESÚS", AÑO 2018...

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REVISIÓN DE PROYECTO INF.FINAL	2018-09-14	2018-11-12	TERMINADO	88%	HABILITADO

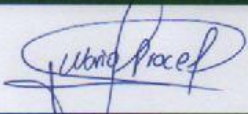
INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

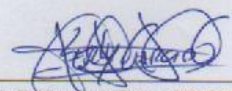
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCIÓN					
INTRODUCCIÓN.					
CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA					
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
1.2. MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
1.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.					
CONTEXTO INTERNACIONAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.2.2. CONTEXTO NACIONAL.					
CONTEXTO NACIONAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.2.3. CONTEXTO LOCAL.					
CONTEXTO LOCAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL.					

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INSTITUCIONAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.4.1. PROBLEMA GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.4.2. SUBPROBLEMAS O DERIVADOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.6. JUSTIFICACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	80%	HABILITADO
1.7.1. OBJETIVO GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1. MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1.1. MARCO CONCEPTUAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO CONCEPTUAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
2.1.2. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
2.1.2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1.2.2. CATEGORIAS DE ANÁLISIS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1.3. POSTURA TEÓRICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POSTURA TEÓRICA	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO

2.2. HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ACTIVIDAD						
2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
HIPÓTESIS GENERAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	80%	HABILITADO	
2.2.2. SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
SUB-HIPÓTESIS O DERIVADAS	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	80%	HABILITADO	
2.2.3. VARIABLES.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
CAPÍTULO III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
3.1.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO	
3.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO	
3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
CONCLUSIONES ESPECÍFICAS	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	80%	HABILITADO	
ESPECÍFICAS.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
3.2.2. GENERAL.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
CONCLUSIÓN GENERAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	80%	HABILITADO	
3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
3.3.1. ESPECÍFICAS.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO	
3.3.2. GENERAL.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RECOMENDACIÓN GENERAL	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO IV.- PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
4.1.1. ALTERNATIVA OBTENIDA.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

ALTERNATIVA OBTENIDA	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
4.1.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ALCANCE DE LA ALTERNATIVA	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
4.1.3. ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.1.3.1. ANTECEDENTES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANTECEDENTES	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
4.1.3.2. JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
4.2. OBJETIVOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.2.1. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.2.2. ESPECÍFICOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.3.1. TÍTULO.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.3.2. COMPONENTES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
COMPONENTES	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
BIBLIOGRAFÍA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	2018-11-07	2018-11-11	TERMINADO	90%	HABILITADO
ANEXOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO


 PROCEL AYALA MARIO RENAN
 DOCENTE TUTOR


 GARCIA GAMBOA KERLY TATIANA
 ESTUDIANTE

