

# CAPÍTULO 8

## DIFICULTADES SOCIOEMOCIONALES EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

---

### TEMAS DEL CAPÍTULO

Percepción de la competencia social y estatus sociométrico.

Problemas académicos y alteraciones socioemocionales.

Ansiedad y depresión en la niñez y adolescencia.

Facilitación del desarrollo socioemocional.

### PERCEPCIÓN DE LA COMPETENCIA SOCIAL Y ESTATUS SOCIOMÉTRICO

Los trastornos de **ansiedad** y del **estado de ánimo** revisten características peculiares cuando son niños y adolescentes los que se ven afectados. Algunos alcances ya se hicieron en el capítulo anterior en la propuesta del DSM. Es interesante destacar que hay desórdenes, como el trastorno bipolar, característico tradicionalmente de la edad adulta, que ha sido estos últimos años diagnosticado también en niños.

➡ La situación escolar misma, con todo lo que supone para niños y jóvenes -desafíos académicos y relaciones con compañeros y adultos (profesores, directivos, etc.)- crea un contexto singular, que puede ser muy propicio -y sombrío, en algunos casos- para el desarrollo socioemocional.

El **estatus social** de los alumnos, por ejemplo, factor de gran relevancia a este respecto, ha sido estudiado con interés los últimos años. Cada niño -como ocurre con las personas, en general- es muy sensible a cómo es evaluado por el grupo, si es aceptado o rechazado, si se lo toma en consideración o es ignorado: ello incide decisivamente en la imagen que se va formando de sí mismo. Se trata de la satisfacción o no de una necesidad básica a todo ser humano, como se vio en capítulos anteriores. La evaluación grupal -aceptación, rechazo, indiferencia- entrega una valiosa información al educador para identificar barreras en la participación.

En esta línea, que no es nueva en psicología educacional, Coie y equipo<sup>1</sup> desarrollaron un sistema de identificación y clasificación que incluye los subtipos del niño popular, el rechazado, el ignorado, el controvertido y el niño promedio. Se describen en fig. 8.1.

- **Popular:** Es el niño que, por medio del test de decisión sociométrica, recibe de parte de sus compañeros muchas elecciones positivas y pocas, si alguna, negativas. Es un niño con quien desean estar sus compañeros.
- **Rechazado:** Es el que recibe gran cantidad de elecciones negativas y pocas, si alguna, positivas.
- **Ignorado:** Es el niño que recibe muy pocas elecciones, ya sea positivas o negativas. Olvidado activamente, suele ser “casi invisible” o pasar inadvertido en los ambientes sociales.
- **Controvertido (o “polémico”):** Es el niño que recibe una significativa cantidad de elecciones tanto positivas como negativas. Es un niño percibido al mismo tiempo como positivo y negativo por sus pares.
- **Promedio:** Es el niño que recibe el número promedio tanto de elecciones positivas como negativas, comparado con sus pares.

**Fig. 8.1.** Subtipos de niños de acuerdo con la percepción de sus pares.

Pavri y Luftig (2000) citan trabajos que demuestran que los estudiantes con alguna discapacidad o con problemas de aprendizaje y rendimiento, con frecuencia se ven más aislados y/o son más rechazados que sus pares sin problemas. Es cierto que dentro de estos últimos también hay niños que caen en las categorías de “ignorado” y “rechazado”, pero los alumnos con problemas, como grupo, suelen ser objeto de mayor discriminación.

Estos investigadores se ocuparon de temas tales como la competencia y el estatus social, los sentimientos de soledad y el aislamiento, centrándose en alumnos de 6° básico, con el propósito de evaluar también la “cara social” de la inclusión. Compararon niños LD (Learning

<sup>1</sup> Coie, S.; Dodge, K. & Coppotelli, H.: “Dimensions and types of social status: across-age perspective”. *Developmental Psychology*, 18, 557-570, 1982.

Coie, S. & Dodge, K.: “Continuities and change in children’s social status: a five year longitudinal study”. *Merrill-Palmer Quarterly*, 29, 261-282, 1983.

Estos y otros trabajos sobre el tema, que pueden interesar a más de un lector, aparecen citados en Pavri, S. & Luftig, R. “The social face of inclusive education: are students with learning disabilities really included in the classroom? “. *Preventing School Failure*, Fall 2000. / [www.idonline.com /](http://www.idonline.com/)

Disabilities: con dificultades específicas del aprendizaje o “TEA”) que pasaban el 100% de la jornada escolar en la sala de clase normal, con sus compañeros de curso sin problemas.<sup>2</sup>

Los datos existentes sobre educación inclusiva acerca del funcionamiento social de los estudiantes LD eran, a la fecha del estudio de Pavri y Luftig, contradictorios. Los autores citan trabajos que encontraron un impacto muy positivo de las aulas inclusivas en las relaciones interpersonales y en el autoconcepto de los niños LD: los mismos alumnos informaban de un aumento en sus lazos de amistad y de muy bajos niveles de alienación social. Sin embargo, otros autores, basados en sus propios estudios, testimonian que el hecho de ser ubicados en ambientes inclusivos puede acarrear dificultades adicionales a los alumnos LD, quienes evidenciarían deficiencias en su comportamiento social.

Pavri y Luftig utilizaron como variable independiente de su estudio la categoría diagnóstica de LD (con criterios muy rigurosos), a fin de comparar a los niños con “TEA” con los niños “normales”. Las variables dependientes fueron el estatus sociométrico (niño popular, rechazado, ignorado, polémico), la competencia social percibida y la soledad percibida.<sup>3</sup> Si los niños con trastornos se ven efectivamente más aislados y/o se sienten rechazados por sus pares normales, la pregunta que surge es qué tan intensamente perciben e internalizan tales sentimientos de rechazo. Es decir, cuando son rechazados o ignorados por sus compañeros sin dificultades de aprendizaje, ¿perciben y toman a pecho tal rechazo y cómo los hace sentirse esto en relación a sus futuras posibilidades de iniciar o mantener relaciones sociales apropiadas? Los 15 alumnos LD que participaron en el estudio y los 68 sin dificultades pertenecían a cuatro sextos básicos de tres escuelas elementales del mismo distrito, y el estudio se llevó a cabo aproximadamente dos meses después del comienzo del año escolar, de tal modo que los estudiantes tuvieran tiempo de conocerse entre ellos y familiarizarse con la escuela y el ambiente de la sala de clases.

Los resultados confirmaron la situación adversa en que se suelen encontrar los niños con problemas. Se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en soledad percibida, aunque no en competencia social percibida: sin embargo se vio que los niños LD eran incluidos con menor probabilidad en el grupo “popular” que los niños sin problemas, y con mayor

---

<sup>2</sup> El estudio se llevó a cabo en un distrito escolar del suroeste de Ohio. La política del distrito era educar a todos los estudiantes LD (con “learning disabilities”) en la clase regular, con compañeros de su misma edad durante toda la jornada escolar. Los estudiantes recibían apoyo del educador especialista y demás personal especializado en la forma de co-enseñanza o de instrucción en grupos pequeños dentro de la sala de clase regular.

<sup>3</sup> Para este propósito utilizaron el Peer Nomination Inventory (de Luftig, 1986) que comprende 15 ítems que exigen a los estudiantes nombrar hasta tres compañeros que cumplen con determinados atributos: por ejemplo, “nombra tres compañeros de tu clase que tienen mucho sentido del humor”, “nombra tres compañeros a quienes te gustaría invitar a la casa después del colegio”, “nombra tres compañeros de tu clase que pelean y discuten un montón”.

Además, la Modified Children’s Loneliness Scale (Luftig, 1986. Adaptación del Children’s Loneliness and Social Dissatisfaction Rating Scale de Asher y otros) destinada a determinar la competencia social percibida, la soledad percibida, estimación del estatus social y facilidad percibida para hacerse de amigos. Se trata de una escala Likert de 5 tramos, con 17 ítems del tipo: “soy bueno para trabajar con otros niños”, “me resulta difícil tener amigos”, “me gusta el colegio”, etc.

probabilidad en el grupo controvertido (polémico). Es decir, los estudiantes con dificultades específicas del aprendizaje de este estudio afirmaron experimentar mayores sentimientos de soledad que sus pares sin problemas. Por otra parte, resultaron ser menos populares y más controvertidos que los niños sin problemas. Sin embargo -un hallazgo consistente con estudios anteriores- pese a ser menos populares y sentirse más solos que sus pares, no se percibían o no tendían a catalogarse como menos competentes socialmente.

La soledad es un fenómeno percibido que en algunos casos no tiene asidero real. Aquí queda demostrado, para este grupo de alumnos, que sus sentimientos se basan en datos concretos, ya que se relacionan directamente con su estatus social disminuido: los hechos demuestran que los estudiantes LD eran menos populares que los estudiantes sin problemas y con menor probabilidad de ser elegidos para participar en actividades sociales que sus pares. Aunque reconocen Pavri y Luftig que se requiere mucha más investigación acerca de los comportamientos específicos que originan esa soledad.

*“Sería aconsejable que los profesores de aula se preocuparan también de los sentimientos de soledad y depresión de sus alumnos, al tiempo que les enseñan las habilidades sociales requeridas”.*

Parece ser, en consecuencia, que el solo hecho de ubicar a los alumnos con discapacidades y trastornos en salas de clase inclusivas no es suficiente para garantizar su inclusión social, haciéndose necesarias otras medidas que faciliten su aceptación por parte de los demás. Esto no desconoce los aspectos positivos de las iniciativas que tienden a la integración e inclusión, pero muestra que junto a los aspectos académicos y curriculares -importantes por cierto- se hacen necesarias medidas específicas destinadas a atender la dimensión socio- emocional.

## PROBLEMAS ACADÉMICOS Y ALTERACIONES SOCIOEMOCIONALES

Hagin (1997) ha estudiado a fondo el asunto relativo a los problemas psicológicos que se presentan como dificultades académicas. Dice que con frecuencia las primeras señales de advertencia de los problemas emocionales aparecen ligadas a la escolaridad. En su trabajo proporciona algunas herramientas para reconocer tales problemas, entender sus causas y estar en condiciones de planificar una intervención efectiva.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Hagin, Rosa A.: “Psychological problems that present as academic difficulties”. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol.6, N.3, 473-487, 1997.

En el artículo la autora dedica la 1ª sección a plantear una serie de principios que están en la base de un diagnóstico comprehensivo, el que contempla 5 componentes principales:

1. Definición del problema.
2. Descripción de las oportunidades educacionales previas.
3. Estimación de los logros educacionales actuales.
4. Estimación o análisis del funcionamiento cognitivo y neuropsicológico.
5. Descripción de los recursos emocionales.

*En la 2ª sección discute asuntos relativos al diagnóstico e intervención frente a una serie de alteraciones emocionales: depresión; ansiedad; las asociadas a problemas conductuales y/o atencionales; las que resultan de alteraciones físicas...*

En lo que concierne a la **depresión**, explica que en el DSM IV las alteraciones del estado del ánimo se describen de manera similar para adultos, adolescentes y niños, con escasas diferencias (lo que ya hicimos notar). A juicio de la autora, los síntomas de los niños pueden incluir más dolencias somáticas, un alto grado de irritabilidad, mal genio y aislamiento social. En especial, el comportamiento deriva en dificultades y tensiones clínicamente significativas que afectan áreas muy decisivas del funcionamiento social, obligaciones y tareas. Este es justamente el punto que ayuda al clínico a hacer la distinción diagnóstica entre el paciente que cumple con los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo y el joven con trastornos del aprendizaje cuyos sentimientos de depresión se originan en el trastorno específico mismo:

*“La presencia de un trastorno del aprendizaje -especialmente de uno cuyos penetrantes efectos no son bien comprendidos por los padres, ni tampoco se ve adecuadamente atendido en el programa escolar- puede llegar a ser desalentadora. Las consecuencias son auto-devaluación, preocupaciones acerca de la propia capacidad intelectual general, y un estrechamiento de intereses a causa del tiempo dedicado a estar al día con las exigencias académicas regulares”.*

Hagin explica que, si bien los niños y jóvenes con “TEA” pueden manifestar síntomas depresivos en relación a los logros escolares, suelen al mismo tiempo funcionar bien en otras áreas, tales como deportes, tecnología computacional, matemática, mecánica y arte. Este hecho es muy esclarecedor para la intervención que se debe llevar a cabo. El diagnóstico comprensivo es importante en estos casos, no sólo para determinar las habilidades académicas que es preciso enseñar directamente, sino también para descubrir las fortalezas que pueden servir como compensación o como señales que ayudan a restaurar la fe del niño en su capacidad para aprender y obtener logros. Por cierto, el apoyo verbal no resulta tan convincente como la evidencia concreta de logros.

En cambio, si el joven fracasa en reconocer algún éxito y continúa previendo un futuro desesperanzador, el diagnóstico comprensivo debería tener un énfasis diferente. Sería aconsejable revisar la historia escolar a fin de obtener una estimación de los logros y el estilo de aprendizaje previos, junto a una apreciación de las habilidades académicas actuales. Si los datos no sugieren signos de trastornos de aprendizaje tempranos y las habilidades actuales aparecen adecuadas, el diagnóstico tendrá que focalizarse en las variables emocionales y en la historia familiar. Estos hallazgos deberán orientar el plan de intervención (la autora hace al respecto algunas sugerencias), cumpliendo los arreglos académicos un rol secundario. Aclara:

*“La estructura anterior no pretende sugerir que los pacientes depresivos no tengan dificultades de aprendizaje, sino más bien que sus dificultades son diferentes a los problemas de decodificación o codificación, de base neuropsicológica, que presentan los estudiantes con trastornos del aprendizaje. Los jóvenes deprimidos con frecuencia tienen problemas para captar el significado de lo que tratan de leer. A menudo se quejan de la intrusión de asociaciones irrelevantes desencadenadas por alguna referencia casual en el texto. Pueden llegar a estar tan preocupados de detalles menores que son incapaces de integrar ideas en el texto”.*

---

En el texto revisaremos sus aportes solamente en relación a la ansiedad y la depresión.

Explica la autora que los problemas de estos alumnos se relacionan con sus desordenados procesos de pensamiento, asociados a la depresión, lo que interfiere su memoria y otras facultades críticas.

En lo que concierne a los trastornos de **ansiedad**, Hagin dice que hay jóvenes que, si bien no presentan ninguna de las características educacionales o neuropsicológicas de un “TEA”, su ansiedad inflexible e intolerante los hace incapaces de aprender en el colegio. Un caso lo representa el rechazo a la escuela<sup>5</sup>:

*“Mientras que hacer la cimarra corresponde a la ausencia a la escuela que ocurre sin el conocimiento de los padres, el rechazo a la escuela se da con su pleno conocimiento y puede reflejar alguno de los aspectos patológicos de la dinámica familiar. Estos niños demuestran aislamiento social, apatía, tristeza y problemas de concentración. Sus temores irracionales acerca de daños a sus familias y las preocupaciones acerca de la muerte o de morir, plantean demandas excesivas a sus padres o cuidadores. Tales conductas pueden también asociarse a trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia o depresión mayor. En consecuencia, los criterios diagnósticos exigen una cuidadosa atención, particularmente con respecto a la historia de la enfermedad actual.*

*El rechazo escolar puede darse también en unos pocos niños con trastornos del aprendizaje severos, pero no diagnosticados, que encuentran intolerables las exigencias instruccionales de la escuela”.*

Después de examinar las diferentes manifestaciones del rechazo a la escuela, la autora enfatiza que mientras más se pospone la vuelta al colegio, más difícil se hace reintegrar al niño al programa educativo. Es necesaria la cooperación de todas las partes para que los procedimientos de desensibilización gradual logren tener al estudiante de vuelta en el recinto escolar; primero en la oficina del especialista u orientador; más adelante, integrado en tareas actividades relativamente pasivas y, finalmente, de lleno en el programa escolar. Otro punto que menciona Hagin, con sugerencias para enfrentarlo, es el de la ansiedad frente a pruebas y exámenes que presentan algunos alumnos: recomendamos su lectura.

Birmaher y Villar<sup>6</sup> estiman que el 1% de la población infantil en Estados Unidos presenta rechazo al colegio. Si bien este problema puede ser uno de los síntomas de cualquier trastorno de ansiedad -y en particular de la ansiedad de separación, la fobia social, agorafobia y la fobia simple- creen que otros trastornos psiquiátricos (problemas de conducta, uso de drogas,

---

<sup>5</sup> La autora dice que la denominación diagnóstica antigua era fobia escolar (school phobia), pero que el término rechazo escolar o rechazo a la escuela (school refusal), aunque más neutro, es más preciso.

<sup>6</sup> Birmaher, Boris y Villar, Luis: “Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes”. En: Meneghello, J. & Grau, A. (eds.): “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia”. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

Birmaher es profesor de psiquiatría y director del Servicio de Psiquiatría Infantil en la Universidad de Pittsburg, USA. Villar, psiquiatra argentino, es profesor visitante en la misma Universidad. En relación a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil, afirman que son más frecuentes de lo que se pensaba, afectando del 10% al 15% de dicha población. “Son tan prevalentes como los trastornos de conducta y más que los trastornos afectivos”. Aportan datos de prevalencia de cada cuadro particular.

depresión, enfermedad bipolar) y médicos, también pueden causarlo. De especial interés para los educadores:

*“Los niños con problemas de aprendizaje, problemas del lenguaje, retardo mental subclínico, problemas visuales o auditivos también pueden rechazar ir al colegio pues les es muy difícil aprender y se frustran o avergüenzan de sus capacidades. Puede ocurrir que el niño o el adolescente no quieran ir al colegio por hechos reales como rechazo, abuso (verbal, físico o sexual) o burla por parte de otras personas”.*

## ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Los autores recién citados incluyen en su trabajo sobre los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes una descripción de sus características generales que ilustra bien el punto:

- Son más exagerados de lo que se espera en un niño normal.
- Afectan el funcionamiento del niño (familiar, interpersonal, escolar).
- Incluyen síntomas cognitivos (preocupación excesiva, etc.), somáticos (taquicardia, dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales) y motores (evitar personas, situaciones y objetos fóbicos).
- Aparecen y desaparecen por temporadas.
- Aparecen o empeoran ante el estrés (separaciones, cambio de colegio, cambio de ciudad, enfermedades, conflictos familiares, etc.).
- Es frecuente que varios trastornos de ansiedad coexistan con otros trastornos de ansiedad y estén acompañados de otros trastornos psiquiátricos (en particular de depresión).

Señalan características clínicas, etiología, tratamiento farmacológico y complicaciones de varios de los cuadros descritos anteriormente siguiendo el DSM, junto a su prevalencia en la población infanto-juvenil. Entre ellos: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social, el trastorno de pánico con agorafobia o sin agorafobia, las fobias simples, y el trastorno por estrés postraumático. En lo que concierne al tratamiento psicoterapéutico y sus modalidades, Birmaher y Villar estiman que hay muy pocos estudios controlados sobre los efectos de la psicoterapia en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. En adultos, afirman, la terapia cognitiva combinada con la terapia conductista “ha demostrado que es el tratamiento psicoterapéutico más efectivo para el manejo de pacientes con ansiedad, en particular en los trastornos de pánico y la fobia social”. Los autores, basados en su experiencia, opinan que estos tratamientos son eficaces también en los niños.

### A. Tratamiento conductista.

- Técnicas basadas en la exposición gradual al estímulo fóbico con inhibición de la respuesta fóbica o compulsiva.
- Técnicas basadas en la imitación de conductas adaptativas (modelado).
- Estimulación de conductas que no refuerzan la ansiedad e inhibición de conductas que la refuerzan.

**B. Terapia cognitiva.**

- Enseñanza de técnicas para manejar o “distraer” los síntomas de ansiedad (por ejemplo, repetición de pensamientos positivos, dedicarse a otras actividades).

- Apreciación realista de la situación.

- Autoinstrucción y ejercicio frecuente de conductas de adaptación.

**C. Terapia de relajación.****D. Terapia a los padres u otros familiares (individual o familiar).**

- Incluye enseñar a los padres las técnicas conductistas y cognitivas citadas anteriormente.

**E. Terapia de apoyo y educación sobre los trastornos de ansiedad.**

**Fig. 8.2.** Intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de trastornos de ansiedad, según Birmaher y Villar (2000).

Tal como lo señalan en la tabla (fig. 8.2), original de los autores, en general en estas terapias se utilizan técnicas de relajación, desensibilización progresiva o sistemática (por ejemplo, a los niños con fobia social se los expone progresivamente a los estímulos sociales que producen la fobia; a los niños con fobia escolar se los expone gradualmente al colegio; a los niños con trastornos de ansiedad por separación se los separa poco a poco de los padres); técnicas de reestructuración cognitiva (por ejemplo, en adolescentes con pánico o ansiedad generalizada, se disminuye la tendencia a somatizar y a pensar que lo peor va a suceder; en pacientes con pánico se procura también suprimir el “miedo al miedo”); utilización de técnicas que ayuden al joven a pensar positivamente y a disminuir su tendencia a la excesiva preocupación.

También afirman que las terapias -tanto individuales como en grupos de apoyo- basadas en la exposición gradual e inhibición de las respuestas fóbicas, en el cambio de la forma negativa de ver el futuro, parecen ser útiles para ayudar a niños con trastorno de estrés postraumático.

*“La terapia de primeros auxilios inmediatamente después del trauma parece prevenir el desarrollo de este trastorno. Estas terapias consisten en facilitar a las personas expuestas (en forma directa o indirecta) al trauma a expresar sus experiencias, sea de manera individual o en grupo (también se pueden usar juegos o dibujos)”.*

Birmaher y Villar estiman importante, por último, enseñar a los padres a estimular positivamente en sus hijos conductas y pensamientos que ayuden a disminuir los síntomas de la ansiedad, evitando intensificarlos, sea de manera consciente como inconsciente. Aseguran que es primordial educar a los pacientes, familiares, maestros y el resto de la población, sobre la existencia, la fenomenología y el tratamiento de los trastornos de *ansiedad*, pues

*“Esto facilita la implementación de programas preventivos y el tratamiento temprano de estos trastornos, antes de que el problema se vuelva más serio y cause otras complicaciones como el abuso de drogas, depresión, suicidio y bajo rendimiento académico”.*

Sin embargo, no está de más recordar que la ansiedad como tal no siempre es una respuesta patológica. Puede ser una respuesta normal y adaptativa ante amenazas con la que el organismo reacciona frente a situaciones de peligro. Esto ya lo hicimos ver anteriormente en este manual. Cía, psiquiatra argentino, en un detallado análisis de los diferentes trastornos de



ansiedad en la adolescencia<sup>7</sup>, explica que la respuesta ansiosa puede ser útil. Señala que hay mecanismos biológicos adaptativos que actúan desde el nacimiento para proteger al niño de posibles daños (ruidos intensos, animales, oscuridad, separación de seres queridos). “Esto moviliza una respuesta ansiosa normal ante un posible desamparo”. En otras ocasiones, en cambio, la respuesta ansiosa deja de ser adaptativa y útil, perturbando al individuo “por su desproporción, persistencia o aparición sin motivos aparentes”. Estimando que a lo largo de la vida “cerca del 15% de la población desarrolla algún trastorno de ansiedad”, explica que “se habla de ansiedad patológica cuando la intensidad, la frecuencia o la duración de las crisis ansiosas son excesivas y producen diversas restricciones en la vida familiar, laboral o social y en la capacidad adaptativa del sujeto al entorno”. Este autor describe las diferentes formas que puede presentar la ansiedad patológica. Si bien nos resultan ya familiares a partir de lo expuesto en páginas anteriores, vale la pena reproducir los términos del experto, ya que introduce matices que resultan esclarecedores:

“La ansiedad patológica se puede presentar de distintas formas:

- Mediante crisis espontáneas, inesperadas y abruptas, como sucede en el denominado ataque de pánico. Cuando estas crisis se repiten y se desarrolla una ansiedad anticipatoria (temor a sufrir nuevas crisis), aparece el trastorno de pánico.
- En forma persistente, continua, sin crisis fluctuantes, como ocurre en el trastorno de ansiedad generalizada.
- Ante la exposición del individuo a estímulos temidos, en los diversos tipos de fobias, o como consecuencia de una situación traumática excepcional, en el trastorno por estrés postraumático, acompañada de otros síntomas.
- En una escalada causada por las obsesiones, que se alivia transitoriamente al ritualizar, en el trastorno obsesivo compulsivo”.

Para el lector que quiera profundizar sobre los trastornos de ansiedad, recomendamos el manual de Belloch, Sandín y Ramos (1995) al que hicimos referencia en el capítulo anterior. Los autores, todos de habla hispana, son especialistas de alto nivel.<sup>8</sup>

En relación con la depresión, de alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad, Remedi (2000), psiquiatra infantil argentina, en un trabajo que tituló “Cuando termina el mito de la

7 Cía, Alfredo Horacio: “Trastornos de ansiedad en la adolescencia “. En: Meneghello, J. & Grau, A. (eds.): “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia “. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

8 Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. “Manual de psicopatología”. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995. En el vol. 2, la parte IV está dedicada al estrés y los trastornos emocionales. Ver, especialmente:

1. Sandín, B. El estrés.
2. Sandín, B. y Chorot, P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad.
3. Sandín, B. y Chorot, P. Síndromes clínicos de la ansiedad.
4. Sandín, B. Teorías sobre los trastornos de ansiedad.
5. Echeburúa, E. y De Corral, P. Trastorno de estrés postraumático.
6. Botella, C. y Robert, C. El trastorno obsesivo-compulsivo.

infancia feliz y se descubre la tristeza”<sup>9</sup>, estima que la incidencia de la depresión mayor en la población infanto-juvenil oscila entre el 1% y 2%, siendo superior en el grupo adolescente. Para la distimia, en cambio, la incidencia es del 10% - 14%. Los trastornos bipolares, por último, corresponden al 0.24% - 1.2%. Un aporte interesante del trabajo de Remedi es que, si bien reconoce en relación con la depresión que “las evidencias sugieren similitudes diagnósticas entre los diferentes grupos etarios”, cree que hay variaciones evolutivas que es necesario conocer para hacer un diagnóstico apropiado y, por otra parte, que “la hipotética inmunidad que la infancia prodigaba al niño se ha desterrado” con nuestros progresos en el conocimiento más sistematizado de la psicología evolutiva.

La autora hace un breve recorrido desde las primeras descripciones de la depresión infantil (los trabajos de Spitz en los 40 sobre la depresión analítica y el hospitalismo; las fases descritas por Bowlby en niños con privación materna, que ya examinamos en este texto) hasta los criterios diagnósticos del DSM en nuestros días. Hace una comparación muy detallada entre los dos cuadros más significativos, el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, enriqueciendo los criterios del DSM expuestos en las páginas anteriores, diferenciando entre rasgos distintivos, rasgos consistentes y rasgos variables, para cada entidad nosológica.

También explica que muchos de los niños con depresión llegan a la consulta médica por su “conducta”. De hecho, se los ve como niños:

- Irritables, desafiantes, negativistas, rehúsan hacer la tarea escolar, manifiestan exabruptos emocionales importantes en la escuela y en el hogar.
- Con quejas somáticas inexplicables, cefaleas, dolores abdominales (exagerados en relación con su etiología y la mayoría de las veces sin causa médica justificada).
- Hiperactivos, impulsivos, actúan como si tuvieran un motor en marcha; son francamente disruptivos, agresivos y niegan permanentemente lo que les acontece.

“Para un lego -explica Remedi- nada de lo anterior parecería vincularse a una depresión infantil. Sin embargo, las dos primeras descripciones pueden corresponder a un episodio depresivo mayor, en tanto que la última a un trastorno bipolar”. Junto con explicar la duración que pueden tener los distintos episodios, el porcentaje esperado de recurrencia y las posibles complicaciones acumulativas para el proceso de desarrollo social, cognitivo, intrapsíquico e incluso somático, que pueden derivar del no tratamiento de las depresiones en los niños, entrega una tabla que resume los síntomas depresivos en las diferentes etapas del desarrollo. La reproducimos por la rica caracterización de tipo diagnóstica que otorga (fig. 8.3).

---

9 Remedi, Carolina: “Cuando termina el mito de la infancia feliz y se descubre la tristeza”. En Meneghello, J. & Grau, A. (eds.): “Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia “. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.

Un mérito del manual de Meneghello y Grau es que se trata de un texto latinoamericano, por tanto aparece muy ligado a nuestra realidad.

PREESCOLARES	ESCOLARES	ADOLESCENTES
Tranquilidad. Timidez. Agitación. Agresividad. Renuncia a jugar. Humor depresivo. Descarga de llanto. Poco apetito. Trastorno del sueño. Movimientos estereotipados. Manipuleo genital.	Inseguridad. Asociabilidad. Irritabilidad. Falta de concentración. Mal rendimiento. Humor depresivo. Aburrimiento. Aislamiento. Descarga de llanto. Enuresis. Onicofagia. Pavor nocturno. Quejas somáticas.	Abatimiento. Rumiaciones. Oscilaciones del ánimo. Impulsos suicidas. Humor depresivo. Trastorno del apetito. Cefaleas. Quejas somáticas.

**Fig. 8.3.** Síntomas depresivos en niños y adolescentes, según Remedi.

En lo referente al tratamiento, la psiquiatra recomienda el uso de intervenciones de diversa índole: psicoterapia individual, terapia familiar, terapia cognitivo-conductual, asesoramiento e intervención escolar y entrega alguna información acerca de la medicación antidepressiva.

PREESCOLARES (3 a 6 años)	ESCOLARES (6 a 12 años)	PREADOLESCENTES y ADOLESCENTES (12 a 18 años)
Quejas de dolor físico. Irritabilidad. Retraso en el desarrollo. Fobia escolar. Tristeza sostenida en el tiempo. Falta de deseo por jugar. Trastornos del sueño (duermen mucho o muy poco).	Quejas de dolor físico. Hiperactividad. Ansiedad y agresividad. Apatía y tristeza. Sensación de aburrimiento. Falta de concentración. Bajo rendimiento escolar. Desadaptación escolar. Trastornos de la alimentación. Trastornos del sueño. Fatiga o pérdida de energía. Anorexia. Conductas obsesivas.	Malhumor y agresividad. Conducta antisocial. Deseos de irse de la casa. Sentimiento de no ser comprendido. Desinterés por el aseo personal. Aislamiento y desgano. Dificultades escolares. Retraimiento social. Rechazo a las relaciones de pareja. Desinterés por cosas que antes le atraían.

**Fig. 8.4.** Síntomas del trastorno según la edad, de acuerdo con la investigación de Godoy, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (2009).

Un estudio realizado en el país por un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, dirigido por la psicóloga Ximena Godoy<sup>10</sup>, determina que entre el 3% y el 10% de los preescolares en el país sufre depresión. El trabajo se realizó en una muestra de 1250 preescolares de distintos niveles socio-culturales. Para constatar la presencia del trastorno depresivo, Godoy y equipo aplicaron una serie de encuestas para preescolares y sus padres desarrolladas por la psiquiatra Joan Luby de la Universidad de Washington y directora de una clínica para depresión infantil. Ello unido a la observación directa de los niños mientras se les hacía dibujar o pintar y jugar. Sorprende la diferencia, según nivel socioeconómico, de la incidencia de la depresión en este estudio: En los estratos altos, el trastorno alcanza al 3% de la población. La investigadora explica que “vemos a niños muy solos, con padres separados, madres trabajadoras sin tiempo libre y con un cambio de ‘nanas’ (niñeras) muy frecuente”. En los estratos más bajos, en cambio, la cifra alcanza al 10%. Explica que en este medio “aparecen otros trastornos que predisponen al niño a la depresión, como la violencia intrafamiliar, drogadicción en los hermanos y alcoholismo en los padres”.

La presencia de depresión en alguno de los progenitores, eventos estresantes como enfermedades crónicas, la muerte de algún familiar y haber presenciado un accidente son factores de riesgo para niños de todos los sectores sociales. Los síntomas del trastorno según la edad, de acuerdo con la investigación que dirige Godoy, se muestran en la tabla de la fig. 8.4.

Como ocurre con la ansiedad, cabe advertir finalmente, que también los sentimientos de depresión pueden tener una cara adaptativa. Resumiendo el aporte de varios investigadores, apuntan Vásquez y Sanz (1995):<sup>11</sup>

*“Los sentimientos de abatimiento o de depresión son viejos compañeros de la raza humana y seguramente, en sus formas menos graves, tienen unas funciones filogenéticas adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar energía para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación”.*

Los autores explican que, sin embargo, ya sea por su duración, por su frecuencia, por su intensidad o por su aparente autonomía, tales sentimientos pueden también llegar a interferir de forma severa la capacidad adaptativa de la persona que los sufre. Pueden llegar a ser, en definitiva, patológicos.

Se han hecho en el país otras importantes contribuciones en el área de la salud mental, con una visión actualizada de algunos de los temas que hemos estado examinando. En el libro

<sup>10</sup> La información aparece en el suplemento Vida y Salud de El Mercurio del 6 de enero 2009.

<sup>11</sup> En Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. “Manual de psicopatología”, citado anteriormente, en el vol. 2, ver capítulos:

08. Vázquez, C. y Sanz, J. Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos.

09. Sanz, J. y Vázquez, C. Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas.

10. González de Rivera, J. y Monterrey, A. Psicobiología de la depresión.

“Clínica escolar: prevención y atención en redes” (Ediciones Universidad Católica 2008), Milicic, Mena, López y Justiniano, sus autoras, plantean que:

*“La escuela tiene un rol fundamental en la promoción y prevención de la salud mental de sus miembros. Por eso, este libro postula que al comprender las principales dificultades psicológicas en el ámbito escolar, se favorece el desarrollo de estrategias que minimicen el impacto de los problemas emocionales y de rendimiento. Cuadros depresivos, ansiosos, déficit atencional y trastornos de aprendizaje son analizados aquí a la luz de transformar la cultura escolar tradicional en una que acoja y se beneficie de la diversidad y la inclusión. Aunque está dirigido especialmente a psicólogos escolares, psicopedagogos y orientadores, su lectura puede ser muy útil para profesores y apoderados cuyos niños presentan alguna de las dificultades descritas”.*

Otra obra, aunque dirigida más específicamente a psiquiatras y psicólogos clínicos, es “Salud mental: práctica clínica en un centro universitario” de Sharim, Machuca y Reinoso (Ediciones Universidad Católica 2008). El libro recoge la experiencia del trabajo docente y la atención profesional en el Centro de Salud Mental de la PUC (Pontificia Universidad Católica), que depende del Departamento de Psiquiatría y la Escuela de Psicología. Los autores explican que “a través de la descripción de los problemas de salud más comunes en el Chile de hoy y de sus respectivas propuestas de atención, se analizan los aspectos teóricos y técnicos que favorecen el bienestar de los pacientes y sus familias, así como la atención clínica, la investigación y la docencia”.

## FACILITACIÓN DEL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL.

En las últimas tres décadas se han hecho sólidas contribuciones en el contexto psicopedagógico para el tratamiento de las dificultades socioemocionales. Se han traducido especialmente en programas, en base a estrategias, que apuntan al desarrollo emocional y de la autoestima, al entrenamiento en habilidades sociales, a la mejora de la dinámica familiar, del clima escolar y del comportamiento pro-social de los alumnos.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Sin necesidad de acudir a los numerosos programas que se han generado en el extranjero, baste nombrar algunos de las contribuciones realizadas en el país, por psicólogas de la Universidad Católica de Chile:

- Neva Milicic, Nadja Antonijevic: *Padres e hijos: vivir en familia. Siempre es posible hacerlo mejor. Texto para padres.* Buenos Aires. Nuevo Extremo, 1989.
- Neva Milicic: *Abriendo ventanas: ejercicios para el desarrollo afectivo.* (Sugerido para niños de 5 a 8 años). Santiago, Chile. Edit. Universitaria, 1991.
- Neva Milicic: *A ser feliz también se aprende: guía para la educación del niño de dos a seis años.* Buenos Aires. Sudamericana, 1991.
- Ana María Aron, Neva Milicic: *Vivir con otros.* Santiago, Chile. Universitaria, 1993.
- Isabel M. Haeussler, Neva Milicic: *Confiar en uno mismo: programa de autoestima.* Santiago, Chile : Dolmen, 1995.
- Ana María Arón, Neva Milicic: *Clima social escolar y desarrollo personal: un programa de mejoramiento.* Barcelona: Andrés Bello, 1999.

De lo revisado en las páginas anteriores se puede ver la estrecha relación que se da entre desarrollo emocional y desarrollo social. Los programas anteriormente citados contemplan, de hecho, la utilización de estrategias que favorecen y estimulan ambos aspectos. Los modelos explicativos acerca de la carencia de habilidades sociales o de la escasa competencia social que caracteriza a algunas personas, no pueden dejar de contemplar variables de carácter emocional y cognitivo-emocional, entre sus ingredientes. Una excelente síntesis del área, basada en una completa revisión bibliográfica y en su propia experiencia, la llevaron a cabo Hidalgo y Abarca (1992), psicólogas, en un libro en el que proponen un completo programa de entrenamiento en habilidades sociales.<sup>13</sup>

Junto con aportar datos relativos a la prevalencia del problema en los jóvenes, describen cuatro modelos explicativos de la falta de habilidades sociales. Cada modelo propone técnicas de tratamiento específicas, acordes con la naturaleza de la explicación del déficit, las que han sido tenidas en cuenta por ellas para desarrollar su programa. Advierten que “ninguno de estos modelos por sí solo es capaz de explicar las diversas y complejas dificultades en las relaciones interpersonales”. Los modelos, que ilustran muy bien los problemas del área, son los siguientes (y que ya citamos en nuestro libro de “Psicología del Lenguaje” en el capítulo dedicado a las “Habilidades sociales en la comunicación”):

- **Modelo de déficit de habilidades sociales:** “dicho déficit se debe a la falta de aprendizaje de los componentes motores verbales y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente. La persona inhábil carece de un repertorio conductual y/o usa respuestas inadecuadas, porque no las ha aprendido o lo ha hecho inadecuadamente”.
- **Modelo de inhibición por ansiedad:** “la persona tiene las habilidades necesarias en su repertorio, pero están inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada clásicamente a las situaciones sociales”.
- **Modelo de inhibición mediatizada:** la inhibición se ve “mediatizada por diversos modelos cognitivos: evaluaciones cognoscitivas distorsionadas; expectativas y creencias irracionales; auto-verbalizaciones negativas e inhibitorias; auto-instrucciones inadecuadas; estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación; expectativas respecto a la conducta asertiva”.
- **Modelo de percepción social:** la inhabilidad social obedece a “falla en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento social es adecuado o no. La persona debe tener un conocimiento no sólo de la respuesta adecuada sino también de cómo y cuándo esa conducta puede emitirse. Es una

---

• *Neva Milicic participa como columnista en revistas haciendo importantes contribuciones en la perspectiva de lo que ella denomina “Escuela para padres” y ha seguido publicando numerosos opúsculos de autoayuda.*

<sup>13</sup> Carmen Gloria Hidalgo, Nureya Abarca: *Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales. (Para adolescentes)*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, 1992.

habilidad de ‘leer el ambiente social’. Esa habilidad se denomina percepción social”.

Otra línea de acción influyente en el área y que ha estado muy de moda estos últimos años se ha inspirado en el concepto de inteligencia emocional de Daniel Goleman, desarrollado en el libro del mismo nombre, de 1995, y en otros de sus trabajos, como: “La inteligencia emocional en la empresa”.<sup>14</sup> Santrock (2001), en la perspectiva de la psicología de la educación, dedica un apartado al tema en el que incluye un test de autoevaluación para profesores (con 17 ítemes). Se puede obtener, al responderlo, un puntaje global y su interpretación, en relación a la pregunta: “¿Qué tan emocionalmente inteligente soy?”.

La inteligencia emocional (IE) comprende varias facetas:

- **Autoconciencia emocional:** por ejemplo, separar los sentimientos de las acciones; reconocer las propias emociones.
- **Manejo de las emociones:** por ejemplo, controlar el enojo, tolerar la frustración.
- **Lectura de emociones:** ponerse en la perspectiva de otros, escuchar lo que los demás tienen que decir.
- **Manejo de relaciones:** solucionar los problemas que surgen en ellas, compartir y cooperar.

Para Goleman es importante que los estudiantes, y las personas en general, no repriman sus sentimientos, sino que sean conscientes de ellos para manejarlos de forma eficiente. Apunta Santrock:

*“Trabajar con los alumnos para ayudarlos a usar su ansiedad de manera inteligente es otro aspecto que ayuda a mejorar su inteligencia emocional. La ansiedad, por ejemplo, resulta útil siempre y cuando no se salga de nuestro control. La preocupación puede servir como un ensayo de situaciones de peligro y motiva a los alumnos para buscar una solución al problema”.*

A fin de ilustrar la importancia del tema, Santrock cita el caso de una escuela donde, dentro de sus preocupaciones curriculares, se procura promover la inteligencia emocional. Es interesante revisar esa referencia, ya que entrega excelentes sugerencias para replicar en instituciones de este país, en especial aquellas que toman en serio lo que realmente supone la atención a la diversidad. Entre otras cosas, se dicta un curso centrado en la problemática, el que incluye aspectos como:

- El desarrollo de la autoconciencia: los profesores ayudan a los alumnos a reconocer sentimientos y a construir un vocabulario para ellos. También los ayudan para ver los lazos que existen entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones.
- Detectar si los pensamientos o los sentimientos están gobernados por una decisión.

---

<sup>14</sup> Lawrence Shapiro, por su parte, escribió “La inteligencia emocional en los niños”. J. Vergara, Buenos Aires 1997.

- Aplicación de conocimiento interno acerca de los sentimientos, en decisiones como beber, fumar y tener relaciones sexuales.
- Reconocimiento de las propias fortalezas y debilidades: verse a uno mismo bajo una luz positiva pero realista.
- Manejo de emociones: los profesores ayudan a sus alumnos a reconocer qué está detrás de un sentimiento, como el dolor que provoca enojo o depresión. Los alumnos también aprenden cómo enfrentar la ansiedad y la tristeza.
- Responsabilidad frente a las decisiones, acciones y compromisos.
- Entender que la empatía, la comprensión de los sentimientos de los demás y el respeto de las diferencias, son la clave para relacionarse en el mundo social.
- Reconocer la importancia de las relaciones: aprender a ser un buen oyente y cuestionador, ser asertivo en lugar de pasivo o agresivo, y aprender a cooperar, resolver conflictos y negociar.

Es preciso destacar que la noción de inteligencia emocional ha encontrado aplicación también en ambientes ajenos a la escolarización formal y la psicoterapia.<sup>15</sup>

Un excelente manual de “actividades para desarrollar la afectividad” fue elaborado hace varios años en el país por Francisca Molina y Adriana Muñoz<sup>16</sup>, educadoras, y lleva como título: “Los niños crecen con afecto”. En él se pretende que los niños tengan la oportunidad de “expresar y compartir voluntariamente sus sentimientos, experiencias e ideas, para que puedan sentirse queridos, aceptados, valorados y estimados por otros, en un clima de respeto, aceptación y cariño”. Las autoras afirman que “ningún adulto puede apoyar y comprender a sus hijos, mientras no comprenda sus emociones y sentimientos y la forma como se puede reaccionar frente a ellos”.

Dan una serie de razones que justifican el manual. Entre ellas:

- Todos necesitamos sentirnos aceptados, queridos, valorados, seguros, para establecer una sana convivencia.

---

<sup>15</sup> En el mundo de la empresa, en la perspectiva del marketing, se enseña en Seminarios y Talleres cómo el manejo de las emociones y el desarrollo de la inteligencia emocional ayudan a mejorar las relaciones con los clientes, con los compañeros de trabajo, con jefes y subalternos, con los amigos y, por cierto, con la propia familia. Entre los temas que se tratan, aparte del concepto de IE y su desarrollo, están:

Emociones, sentimientos y estados de ánimo; el lenguaje y las emociones; ética y valores en la inteligencia emocional; emociones y lenguaje en la empresa; competencias emocionales en el trabajo; servir al cliente con IE; la IE como ventaja competitiva; emociones durante la atención de clientes; cómo evitar la pérdida de clientes con IE; desarrollo del autocontrol, empatía y habilidades sociales.

<sup>16</sup> Francisca Molina, Adriana Muñoz: Los niños crecen con afecto. Credencia, Santiago de Chile, 1989. El manual está destinado al trabajo con niños de 6 a 12 años.



- Los adultos debemos orientar a los niños, permitiéndoles expresar y comunicar sus sentimientos en un clima de confianza y amor.
- Si los niños no viven experiencias afectivas constructivas es probable que experimenten conductas de agresividad, temor, frustración, inseguridad, timidez y desvaloración.
- Desarrollar la afectividad en los niños es una misión que requiere de un esfuerzo colectivo por parte de los padres, educadores y otros profesionales.
- Los niños durante la segunda infancia (6 a 12 años), pasan la mayor parte de su tiempo en las escuelas.

El manual está integrado por seis unidades de trabajo organizadas en torno a temas centrales, coherentes entre sí, y ordenadas secuencialmente, considerando las experiencias del mundo interno y externo del niño:

- I. **¿Quién soy?** Posee un conjunto de actividades que ayudan a los niños a tomar conciencia de sí mismos, compartir sus experiencias de vida más cercanas, descubrir similitudes y diferencias en su grupo de pares.
- II. **Expresando sentimientos y emociones.** Contiene actividades de dimensiones más profundas. A través de ellas los niños tienen la oportunidad de comunicar sus gustos, preferencias, penas, alegrías, miedos, rabias, sueños y fantasías.
- III. **Jugando y creando.** Considera el juego como eje central en el desarrollo de los niños. Incorpora actividades que le permiten compartir sus experiencias lúdicas e investigar sobre diversos juegos y tradiciones.
- IV. **La escuela a la que voy todos los días.** Pretende que los niños comuniquen sus vivencias, expectativas, sueños y motivaciones. La escuela debe convertirse en un espacio de socialización y crecimiento más gratificante para ellos.
- V. **El lugar donde vivo.** Reúne un conjunto de actividades que permite a los niños conocer el lugar donde habitan, sus organizaciones, vecinos, ciudades, gobierno, aspectos artísticos y culturales, con el propósito de que se identifiquen y valoren su entorno.
- VI. **Los derechos y deberes de los niños.** Orientada a crear conciencia sobre los derechos de los niños, a fin de defenderlos y promoverlos. También considera que los niños asuman responsablemente sus deberes y obligaciones frente a su familia, escuela y comunidad.

La metodología de trabajo es definida por las autoras como activa, participativa, vivencial y reflexiva. Los recursos metodológicos contemplan trabajos en círculo, en semicírculo, libros de vida, afiches, coreografía, testimonios, foto lenguaje, dibujos, cartas, mímica, títeres, exposiciones, debates, caja de sentimientos, entrevistas, ejercicios de relajación, boletines informativos, etc. Las sesiones de trabajo tienen una estructura bien definida (apertura, desarrollo de la actividad, cierre). Cada unidad contempla varios contenidos, los que son tratados a través de actividades programadas.

Otra contribución rica y orientadora en el área la ha hecho Céspedes, neuropsiquiatra infantil, especialista en neuropsicología del escolar.<sup>17</sup> La autora, con vasta experiencia clínica, aclara que es preciso distinguir entre ‘disciplinar’ y ‘educar emocionalmente’ y estima que educar a los hijos para la vida es formar sus emociones, enseñarles a conocerse, enseñar a entender y enfrentar las dificultades, aprender a escuchar, pero también, es protegerlos y nutrirlos de afecto, valoración y respeto. Los padres tienen que cambiar los castigos, la principal solución que tienen a mano, por conversaciones con sus hijos, sin descuidar las normas e imponer límites, pero en un marco de respeto.

En esta misma línea, el 2017 en Ediciones UC aparece el libro de Neva Milicic y Ana María Arón “Clima social escolar y desarrollo personal” en el que las autoras hacen ver cómo el clima de relaciones humanas en la escuela es una variable decisiva en el aprendizaje. Abordan el tema “en una perspectiva actualizada de acuerdo con las últimas investigaciones y prácticas docentes”. La primera parte del texto expone los principales modelos conceptuales y hallazgos de investigación sobre la materia. La segunda trae una descripción detallada de un programa de mejoramiento en el área con unidades educativas concretas para trabajar en el aula.

Un instrumento de interés para profesores que deseen evaluar en sus alumnos importantes aspectos desarrollados en el capítulo es el TAE Test de Autoestima del Escolar de Alejandra Torreti, Isabel M. Haeussler y Teresa Marchant. (Ediciones UC 2016) Está compuesto por dos instrumentos complementarios que evalúan la autoestima de alumnos de kínder a 8° básico: el TAE-Alumno mide la autoestima a través de un auto reporte que responde cada estudiante y el TAE-Profesor la examina vía inferencia de la conducta observada a través de un cuestionario que contesta el educador sobre lo que percibe en cada alumno.

---

<sup>17</sup> Céspedes Calderón, Amanda: *Cerebro, inteligencia y emoción: neurociencias aplicadas a la educación permanente*. Fundación Mírame, 2007.

Céspedes Calderón, Amanda: *Niños con pataleta, adolescentes desafiantes: cómo manejar los trastornos de conducta en los hijos*. Edit. Vergara, 2007. Céspedes Calderón, Amanda: *Educación de las emociones. Educación para la vida*. Edit. Vergara, 2008.