

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Propuesta de tratamiento para la baja autoestima de un
niño de diez años de la Escuela Ecológica “Luis Cordero”
en la ciudad de Cuenca.**

Trabajo final previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

AUTOR: Greta Varinia Vásquez Bustamante

DIRECTOR: Magister Martha Cobos Cali

Cuenca- Ecuador

2010

DEDICATORIA

A mi hija Melissa, quien me da
alegría y me llena de vida con su
presencia y ternura; a mi mamá

Luz de quien he recibido su
apoyo incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO 1

1.1 La baja autoestima.....	2
1.2 La formación de la autoestima y el desarrollo infantil.....	5
1.3 Características de la autoestima en un niño de diez años.....	12
1.4 Tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual.....	15
Conclusión.	

CAPÍTULO 2

2.1 Diagnóstico.....	24
2.2 Entrevista con el paciente.....	24
2.3 Entrevista con familiares.....	25
2.4 Elaboración de la historia clínica.....	26
2.5 Pruebas psicológicas proyectivas.....	26
2.5.1 C.A.T.....	26
2.5.2 Dibujo de la familia.....	27
2.5.3 H.T.P.....	27
2.5.4 Test de Sacks.....	27
2.6 Historia Clínica.....	28
2.7 Diagnóstico Diferencial.....	34
2.8 Recomendaciones Terapéuticas.....	34
Conclusión	

CAPÍTULO 3

Estrategias y recursos.....	35
3.1 Establecer el material a utilizarse.....	35
3.2 Plantear el número de sesiones a seguir.....	35

3.3 Plan de terapia.....	35
---------------------------------	-----------

Conclusión

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES.....	44
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	45
-----------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	46
--------------------------	-----------

RESUMEN

El siguiente trabajo tiene como objetivo el plantear una propuesta de tratamiento para la baja autoestima en un niño de diez años de la Escuela Ecológica “Luis Cordero” en la ciudad de Cuenca. A lo largo del texto se redactan conceptos fundamentales de lo que es la autoestima de acuerdo con distintos autores, las características de la baja autoestima y como se desarrolla en el niño. El tratamiento de la baja autoestima está basado en la terapia cognitivo conductual con sus respectivas técnicas. Para el tratamiento de la baja autoestima en el niño se ha realizado el plan terapéutico en donde se describen las distintas técnicas con sus objetivos respectivos y número de sesiones a seguir.

ABSTRACT

The objective of this project is to propose a treatment for low self-esteem in a ten-year-old child from the Ecological School "Luís Cordero" in the city of Cuenca. The text includes fundamental concepts of self-esteem according to various authors, its characteristics and how to develop it in a child. The proposed treatment is based on cognitive behavioral therapy and its respective techniques. For the specific treatment of the child, a therapeutic plan has been developed in which the techniques with their respective objectives are described, as well as the number of sessions to be followed.



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se plantea un plan de tratamiento para la baja autoestima de un niño de diez años. Ubicamos el problema de la baja autoestima en el niño, los diferentes conceptos de la autoestima tomados de autores reconocidos. De igual manera, las características que presenta un niño con baja autoestima, la importancia que tiene la familia en el desarrollo de la misma.

Hablamos acerca de la terapia cognitivo conductual la misma que está enfocada en el presente y se centra en los síntomas del paciente y en su solución. Esta es una técnica en la cual podemos ir midiendo los progresos obtenidos por el paciente, razón por la cual he decidido basarme en ésta.

El siguiente capítulo se refiere al diagnóstico, aquí encontramos las diferentes pruebas proyectivas que se tomarán en cuenta para la aplicación al niño como son el H.T.P., el dibujo de la familia y el C.A.T., con los resultados de estas pruebas y la realización de la historia clínica se logrará un buen diagnóstico.

Dentro del diagnóstico, se analiza la importancia que tiene el establecer un clima de confianza y comunicación con el niño.

Además se han abordado las estrategias y recursos a seguir, el número de sesiones de las cuales consta el tratamiento. Cada uno de los cuales tiene su objetivo.

CAPITULO 1

En el presente capítulo se realiza una revisión de varios autores acerca de los conceptos de autoestima, la manera en que se desarrolla el niño, las diferentes características y la terapia a utilizar para el tratamiento basada en la teoría cognitivo conductual.

1.1 LA BAJA AUTOESTIMA

La autoestima juega un papel muy importante en la vida del niño, en su formación personal.

Quandt y Selznick (1984) sostienen que “el concepto de sí mismo se refiere a todas las percepciones que un individuo tiene de sí, con especial énfasis en su propio valor y capacidad” (Haeussler, 1995).

Branden (1981) sostiene que “la autoestima incluye dos aspectos básicos: el sentimiento de autoeficacia y el sentimiento de ser valioso. La autoestima sería la convicción de que uno es competente y valioso para otros”. (p. 13).

Reasoner (1982) define la autoestima como “dependiendo de los siguientes factores: el sentido de seguridad, el de identidad, el sentimiento de pertenencia, el sentido de propósito y el de competencia personal”. (p. 14).

La autoestima es la conciencia que tiene la persona de su valor, saber que es digno de ser amado y aceptado a pesar de sus cualidades y defectos.

Al no tener un niño una buena autoestima, se observa que también presenta problemas de inseguridad, ya que la inseguridad es un síntoma de la baja autoestima. La inseguridad significa que presenta dificultad para escoger entre varias opciones y de esa manera llegar a

un objetivo determinado, la persona tiene miedo de equivocarse ya que piensa que todo lo que hace le sale mal.

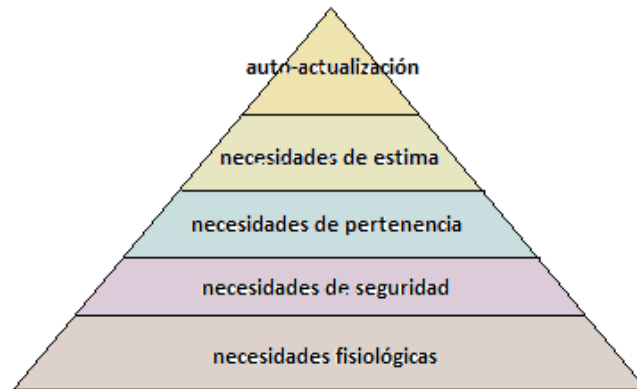
Entre algunas características de la baja autoestima tenemos: el temor a fracasar, la persona tiene miedo de ser ella misma por temor a ser rechazado por los demás provocando así problemas en sus relaciones sociales, presenta tristeza ante estímulos pequeños, agresividad, mentiras persistentes. La baja autoestima puede tener su inicio en la infancia ya sea por falta de amor por parte de los padres o la incapacidad de los mismos para hacerle sentir especial y querido al niño, se vuelve un problema cuando es recurrente en la persona e interfiere en sus actividades diarias, en sus relaciones sociales y en la manera de valorarse. La persona presenta pensamientos negativos y se le hace difícil cambiarlos por pensamientos positivos sintiendo duda de sí mismo y temor a lo que piensen las demás personas de él ya que depende de los pensamientos de los que lo rodean.

Además la autoestima se relaciona con una distorsión del pensamiento, incluyen pensamientos como:

La sobre generalización en donde la persona generaliza toda situación, si una vez fracaso en una tarea, la persona llega a generalizar el fracaso y piensa que siempre va a fracasar. El pensamiento todo o nada, va a los extremos en toda situación: “son mis amigos o no lo son”, “piensan lo mejor de mí o piensan lo peor de mí”, “o es perfecto o no vale”. La autoacusación, la persona se culpa de todo lo que sucede, piensa que es el responsable absoluto. La personalización en donde la persona piensa que todo tiene que ver con ella, aquí se encuentran involucradas las personas que lo rodean. La lectura de pensamientos; en las personas que son inseguras de sí mismas, comienzan a pensar que le cae mal a la otra persona, o creen que piensan cosas negativas sin tener evidencias de aquellos pensamientos. Dominguez Maricruz (2010).

El niño que se encuentra con baja autoestima desarrolla alguno o algunos de los pensamientos distorsionados como los mencionados anteriormente.

Según Muñoz (2010), habla acerca de las cinco jerarquías de necesidades de Maslow: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades de pertenencia, necesidades de estima y las necesidades de auto-actualización.



Cuadro: Jerarquía de las necesidades de Maslow (Cloninger, 2003)

Las necesidades fisiológicas son las necesidades básicas, éstas incluyen las necesidades que tenemos de agua, azúcar, sal, alimento, vitaminas, sueño, entre otras.

Las “necesidades de seguridad: ... Hace referencia a la necesidad de sentirse seguro y a salvo y es importante para la supervivencia, pero no de una forma tan intensa como las necesidades fisiológicas. Aquí la persona busca acciones que les den seguridad, protección.

Las necesidades de pertenencia; los seres humanos necesitamos sentirnos integrados dentro de un grupo social, como la familia o un grupo de compañeros. Tenemos necesidades de pertenecer a algún grupo social y de afecto dentro de ese grupo. Esto es lo que hace que sea importante para el niño el sentirse acogido por su familia, por sus amigos y compañeros. Luego de las necesidades fisiológicas y de seguridad, la necesidad de afecto es vital para los seres vivos.

Las necesidades de estima, una vez que las primeras tres necesidades han sido satisfechas, las necesidades de estima empiezan a ser cada vez más importantes. Entre ellas se incluyen la necesidad de todo aquello que aumenta la autoestima, sensación de valor personal, reconocimiento social y logros. El

niño necesita tener una imagen positiva de sí mismo, basada en la aprobación y el reconocimiento de los demás. Si una persona no es capaz de reforzar su autoestima con el apoyo de los demás no podrá satisfacer esta necesidad y surgirá en la persona sentimientos de inferioridad y de fracaso.

Las necesidades de auto-actualización, Maslow las denominó “necesidades de crecimiento” ya que las personas son conscientes de sí mismas, se preocupan por su crecimiento personal, se interesan en alcanzar su máximo potencial.

De acuerdo con la jerarquía de necesidades de Maslow, decimos que las necesidades de seguridad y de estima, al no estar satisfechas en un niño, le lleva al desarrollo de la baja autoestima, ya que estas tienen que ver con la confianza, el valor que se da el niño a sí mismo, con el reconocimiento que le dan las demás personas a él. De ahí se puede notar en el caso que presento, que sus necesidades de seguridad no fueron satisfechas por lo que el niño desarrolló inseguridad conjuntamente con una baja autoestima las cuales se manifiestan en su comportamiento diario.

Considerando a los autores citados observamos que la autoestima es un concepto que manifiesta el sentirse bien con uno mismo y que se forma a través de los años, iniciando desde la infancia, así analizaremos la formación de la misma desde una perspectiva evolutiva.

1.2 LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y EL DESARROLLO INFANTIL

El niño desde pequeño se da cuenta de lo que le rodea y construye una imagen de sí mismo. Forma su autoestima a través de la relación con sus padres y luego con el grupo familiar y social. De eso dependerá su desarrollo en el aprendizaje, en las buenas relaciones, en las actividades y en la construcción de la felicidad.

Según Haeussler (1997) la imagen que se forma el niño “es una representación, que en gran medida, corresponde a lo que las otras personas piensan de él o ella”. (p. 20).

El valor que se da el niño acerca de su imagen depende de cómo va percibiendo sus metas, sus logros de acuerdo a las expectativas que tienen los padres de él.

De acuerdo a como el niño percibe sus logros se irá sintiendo capaz, seguro de sí mismo, si el niño siente que no está haciendo lo que los padres desean se sentirá poco valorado, incapaz y de igual manera su autoestima irá mermando.

Al momento en que el niño va formando su autoconcepto también le surge la necesidad de ser apreciado por los demás y apreciarse a sí mismo. Según Gurney (1988) “el autoconcepto es aprendido y se construye a partir de las percepciones que se derivan de la experiencia y que van haciéndose progresivamente más complejas”.

Gurney describe tres etapas: “la etapa existencial o del sí mismo, la etapa del sí mismo exterior y la etapa del sí mismo interior”.

La etapa existencial o del sí mismo primitivo, que va desde el nacimiento hasta los dos años de edad. En esta etapa el niño se relaciona con sus padres donde desarrolla el proceso de percibirse a sí mismo como diferente de los demás. Día a día es más autoconsciente.

A los doce meses se reconoce visualmente frente a un espejo y al año y medio comienza a referirse a sí mismo en tercera persona.

La etapa del sí mismo exterior, que va desde los dos años hasta aproximadamente los doce años de edad. A esta edad el niño ya da información de sí mismo. Se evalúa en un sentido positivo o negativo. En esta etapa el niño absorbe toda la información, sus éxitos, sus fracasos y su interacción con los adultos son decisivos.

Aquí el niño se diferencia de los demás por sus rasgos físicos. A los nueve años se observa en el niño sentimientos de vergüenza y orgullo. Al terminar esta etapa el niño logra tener mayor conciencia de cómo son percibidos por las demás personas.

La última etapa, que es la del sí mismo interior que va desde los doce años en adelante. El adolescente en esta etapa se hace la pregunta ¿quién soy yo?, busca describirse a sí mismo en términos de identidad. Esta etapa es vulnerable en cuanto a la autoestima ya sea por el propio cuestionamiento o por la influencia que tiene la crítica de los demás.

Comparando las etapas descritas anteriormente con el niño de diez años que se presenta en este trabajo, podemos deducir que no existe retroalimentación positiva por parte de sus padres, no se presentan expresiones de afecto, no hay la apertura que motiva al niño a pasar momentos agradables, motivo por el cual el niño presenta baja autoestima. La etapa del sí mismo exterior es la más significativa, porque es la más abierta a la entrada de la información. Aquí es donde las experiencias de éxito y fracaso, así como la forma en que se desarrolla la interacción con los adultos son decisivas. Por este motivo, es importante que los padres entreguen retroalimentación positiva al niño acerca de sí mismo, ya que esta es una fuente muy importante de seguridad.

De acuerdo con Susan Harter (1982) habla de que “los niños antes de los siete años distinguen la aceptación social y la aceptación general”.

Con esto quiere decir que el niño ya distingue cuando es aceptado por las demás personas, que piensan de él, y que piensan acerca de sus actividades y tareas.

A los ocho años los niños ya evalúan mejor lo que piensan, que opinan las demás personas de él.

Según Cloninger (2003), Erikson habla del desarrollo psicosocial “en donde cada persona se desarrolla dentro de una sociedad en particular, la cual, a través de sus patrones específicos culturales del cuidado del niño y de las instituciones sociales, influye profundamente en cómo la persona resuelve los conflictos” (p. 134).

El yo está interesado en lo interpersonal, a esto Erikson lo llamo psicosocial. Según su teoría los individuos se diferencian en las fortalezas de su yo. Hombres y mujeres difieren en la personalidad debido a sus diferencias biológicas.

Un yo fuerte proviene de una buena resolución de las ocho etapas de desarrollo planteadas por Erikson en donde lo positivo del yo predomina a lo negativo. Así también se dice que la sociedad es esencial para el desarrollo de la persona.

En cada etapa se observa una crisis y el conflicto se centra en un tema distintivo. Cada una de estas etapas se debe considerar no solo desde punto de vista del individuo, sino

también desde lo social ya que a lo largo del desarrollo pueden irse modificando. Cada etapa tiene su influencia cultural que apoya su desarrollo.

La primera etapa del desarrollo social que inicia en la infancia y tiene su final a los 18 meses aproximadamente es la de confianza básica versus desconfianza básica, aquí los niños desarrollan un sentido de confianza en las personas y objetos de su mundo.

En esta etapa los niños desarrollan el equilibrio entre la confianza con la cual se relacionan con los demás y la desconfianza con la cual se protegen.

La segunda etapa, autonomía versus vergüenza y duda, donde el niño en su segundo año desarrolla esta etapa con el apoyo de los adultos, controla las relaciones interpersonales, controla su musculatura en general. En caso de no desarrollar de manera positiva esta etapa desarrolla un sentido de duda o vergüenza.

En la tercera etapa, iniciativa versus culpa los niños toman opciones acerca de qué clase de persona ser, en donde interviene la manera como se identifican con sus padres. Además el niño a los cuatro y cinco años que pertenece a ésta etapa ya está interesado en la sexualidad.

La cuarta etapa, laboriosidad versus inferioridad, esta etapa va hasta la pubertad, los niños desarrollan un sentido de laboriosidad de acuerdo a sus satisfacciones en la escuela, en sus actividades. Si el niño no obtiene buenos resultados en sus actividades o tareas entonces prevalecerá un sentimiento de inferioridad. En esta etapa es de mucha importancia el maestro ya que se desarrolla en la escuela.

La quinta etapa, identidad versus confusión de identidad, ésta se presenta en la adolescencia, en donde desarrolla una identidad personal en donde influye la identificación temprana con sus padres pero no de manera significativa. Por lo contrario la confusión de identidad ocurre cuando no ha sido lograda una identidad coherente.

La sexta etapa, intimidad versus aislamiento, esta etapa no se da hasta que se establezca la identidad del individuo, la intimidad tiene su incremento durante los primeros años adultos. El adulto que no resuelve esta crisis permanece aislado.

La etapa siete, generatividad versus estancamiento, aquí el individuo se involucra en su trabajo, está interesado en temas sociales, busca el crecimiento de la gente joven. Las personas que presentan problemas en desarrollar esta etapa se sienten estancadas.

La octava etapa, integridad versus desesperanza. Es la etapa de la ancianidad, el individuo es capaz de mirar atrás y concluir que ha tenido una vida significativa. Cuando no hay integridad viene la desesperanza, así como también la negación de aceptar la muerte.

Según su teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana, al desarrollo de una buena autoestima, lo que le dirige a tener interacciones acertadas con los demás.

El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas, además de una personalidad y un sentido de identidad personal menos sana.

A los diez años el niño se encuentra en la etapa de laboriosidad versus inferioridad, en donde desarrolla la capacidad de hacer cosas y de hacerlas bien, la satisfacción de mostrar sus éxitos y de ser reconocidos por los demás. La carencia de sentimientos de alegría, orgullo y reconocimiento de valor del niño por parte de los padres, daría como resultado la imperfección de esta etapa llevando al niño al desarrollo de sentimientos de inferioridad, descontento e insatisfacción. De igual manera la experiencia en el área educativa es fundamental en esta etapa, siendo el fracaso escolar un motivo importante en el desarrollo del sentimiento de inferioridad en el niño y viceversa, un buen desempeño escolar ayuda a afianzar el sentimiento de eficacia, de ahí la importancia de apoyar a los niños en ésta etapa valorando las diversas potencialidades.

Bowlby (1998), habla acerca de las “fases del desarrollo del vínculo de apego” (p. 354), en donde dice que el niño, al nacer ya posee una serie de sistemas de conducta que están preparados para entrar en actividad de acuerdo con los estímulos que se le presenten, como el llanto, la sonrisa, el gatear, el caminar. Estas conductas intervienen en el desarrollo del niño en cuanto a su apego dirigido a otras personas. Bowlby expone cuatro fases del desarrollo:

Fase 1: orientación y señales con una discriminación limitada de la figura.

Esta dura desde el nacimiento hasta las doce semanas de edad aproximadamente, en donde el bebé distingue unas personas de otras por medio de los estímulos olfativos y auditivos. Al momento que el bebé escucha una voz de una persona cercana a él, ya presenta conductas de agrado y reconocimiento como dejar de llorar, sonreír, tratar de agarrar, balbucea.

Fase 2: orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas.

La conducta del bebé hacia las demás personas sigue siendo amistosa, pero principalmente con la figura materna.

Fase 3: mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada, por medio de la locomoción y señales.

Esta fase se inicia entre los seis o siete meses. El bebé selecciona de mejor manera el modo de tratar a cada persona, reacciona de manera más amplia hacia la figura materna. Va perdiendo las reacciones amistosas y poco discriminadas para con el resto de gente. Trata con mayor cautela a los extraños, en esta fase el bebé comienza a elegir a determinadas personas como figuras de apego subsidiarias y descarta a otras. Aquí el apego hacia la madre ya es evidente para todo el mundo.

Fase 4: formación de una pareja con corrección de objetivos.

Esta fase inicia alrededor de los tres años y medio. Aunque al bebé en esta etapa todavía le resulta difícil entender que la madre tiene unas metas prefijadas y que se organiza en torno a estas, el niño deduce cuales son estas metas.

El niño va adquiriendo la comprensión acerca de los sentimientos y motivaciones de la madre. Una vez que logra esto, se desarrolla una relación más compleja entre madre e hijo. A esto lo llamo Bowlby “asociación”.

De acuerdo con la teoría de apego de Bowlby, un niño puede ser seguro con ambos padres, de igual manera puede ser seguro con el uno e inseguro con el otro, o inseguro con

ambos. Puede ocurrir que el niño sea inseguro con ambos padres pero seguro con alguna figura secundaria de apego.

El apego proporciona la seguridad emocional del niño, el ser aceptado y protegido incondicionalmente. Si la figura de apego rechaza o ridiculiza los requerimientos del niño en situaciones estresantes el niño desarrollará una imagen baja de sí mismo. A medida que el niño va teniendo una buena relación de apego desde su nacimiento irá desarrollando de manera positiva su autoestima.

En el caso que estudiamos observamos que el apego con la figura paterna no se dió debido a la ausencia del mismo, en cambio por el lado de la madre el apego es inseguro ya que no se proporcionó la seguridad que necesitaba, motivo por el cual desarrolló inseguridad, lo que influye en su modo de relacionarse con los demás.

Papalia Diane (2005) describe al apego como un “vínculo emocional recíproco y perdurable entre el niño y un cuidador, el que cada uno de ellos contribuye a la calidad de la relación. El apego tiene un valor adaptativo para los bebés, ya que les asegura que tanto sus necesidades psicológicas como físicas serán cubiertas” (p. 222). El apego es el grado de seguridad que experimentamos al relacionarnos con las demás personas y que se forma de acuerdo con una actitud positiva o negativa que se tiene de sí mismo y la actitud negativa o positiva que tenemos hacia las demás personas.

En un estudio realizado por Ainsworth con John Bowlby (1951) con bebés, observaron la importancia que existe en el vínculo hijo-madre.

Se observaron tres tipos de apegos: el apego seguro, apego rechazante y el apego ambivalente.

Cuando el bebé tiene un apego seguro lloran al ver que su mamá se aleja y al momento en que regresa su madre, la reciben felices. Los bebés cuando tienen un apego rechazante no sienten la ausencia de la madre y no les alegra el momento de su regreso, se enojan y no suelen buscar a su madre cuando la necesitan. Cuando presentan un apego ambivalente, los bebés son ansiosos y se molestan al momento en que la madre piensa irse, estos niños son muy difíciles de controlar.

Este modelo de apego está relacionado con la confianza y la autoestima. Cuando un niño presenta un apego seguro decimos que tiene una buena autoestima y tiene confianza (el bebé presenta confianza en sí mismo y hacia los demás) y un apego inseguro está relacionado con la desconfianza conjuntamente con una baja autoestima.

El tipo de apego que desarrolle el bebé va a influir en su vida futura, de manera que si el bebé tiene un apego seguro hacia sus padres se le hará más fácil relacionarse con otras personas, tendrán la confianza suficiente en sí mismos como para desenvolverse de manera positiva en el entorno.

De acuerdo con Papalia Diane y cols. (2005) el tipo de apego que desarrolla un bebé tiene efectos a largo plazo. “mientras más seguro es el apego de un niño a un adulto cuidador, más fácil es para el niño volverse eventualmente independiente de ese adulto y establecer buenas relaciones con otras personas” (p. 226).

Según Kochanska (2001), “los niños con un apego inseguro manifiestan más emociones negativas (temor, malestar y enojo), mientras que aquellos con un apego seguro son más alegres”. (p. 226).

Entre los tres y los cinco años presentan buenas relaciones sociales, son competitivos, presentan una alta autoestima pues confían mucho en sí mismos. Al desarrollar un niño un apego seguro, desarrolla una alta autoestima y esto con el paso de los años le ayudará en sus relaciones en la escuela con sus maestros y compañeros, a establecer relaciones íntimas de amistad, tendrá mayor adaptabilidad.

Hemos analizado la autoestima en todo el desarrollo, considerando su importancia desde las primeras etapas, a continuación nos centraremos en analizar las características de la misma a los diez años, edad del paciente a tratarse.

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA EN UN NIÑO DE DIEZ AÑOS

La autoestima en un niño de diez años se presenta de varias maneras; analizando las teorías anteriormente mencionadas podremos afirmar que un niño a los diez años su apego ya está completamente definido.

Desde sus primeros meses de vida, el apego con la figura materna influye en el desarrollo de la autoestima del niño ya que es una pieza importante para el desarrollo de la seguridad hacia las demás personas.

Según Maslow el buen desarrollo de las necesidades en las personas es importante ya que influye en su desarrollo mental personal, en su manera de relacionarse con sus compañeros de la escuela en donde podemos darnos cuenta si tiene o no tiene amigos, si logra hacer amistades con facilidad y como el niño percibe sus éxitos y fracasos. De esta manera podemos notar en el caso a estudiar, su falta de positivismo en su manera de expresarse en la escuela: “no puedo hacer esto”, todo me sale mal”, etc.

La autoestima influye mucho en la educación de un niño ya que tiene que ver con su rendimiento escolar, con sus relaciones sociales, el desarrollo de su personalidad y con su contacto afectivo para consigo mismo.

El niño al no tener una buena autoestima no se siente competente, se siente disminuido al no saber cómo solucionar los problemas que se le presentan, no tiene una buena comunicación, no confía en sí mismo así como tampoco confía en los demás., presenta conductas agresivas, lo que hace que sea rechazado por sus compañeros.

En la escuela el profesor tiene mucho que ver con el reforzamiento de la autoestima ya que si el profesor presenta una baja autoestima no logrará dar seguridad al niño. Haeussler (1995).

Haeussler (1995) manifiesta que “los niños con bajo rendimiento escolar, tienden a presentar una baja motivación por aprender, a esforzarse poco, a quedarse con una sensación de frustración por sus experiencias de fracasos a sentirse poco eficaces y a evitar los desafíos escolares, puesto que parten pensando que no les va a ir bien. Estos alumnos presentan generalmente baja autoestima”. (p. 17).

El rendimiento del niño en la escuela depende también de su ambiente familiar, si observamos que el niño no tiene apoyo de sus padres, no le brindan confianza de igual manera el niño presentará baja autoestima y se le dificultaran sus actividades escolares, como se observa en el caso que planteo, donde la falta de apoyo por parte de su madre da como resultado un bajo rendimiento escolar y un sentimiento de fracaso.

Según Haeussler (1997), existen algunas formas de expresión de la baja autoestima en los niños. Manifiesta “la baja autoestima puede expresarse de diferentes maneras dependiendo de la personalidad del niño, de sus experiencias vitales y de los modelos de identificación a los que ha estado expuesto”. (p. 24).

Entre las actitudes que describe Haeussler tenemos:

- Una actitud excesivamente quejumbrosa y crítica. Aquí los niños se quejan de sus resultados negativos en sus acciones, de que no son valorados por los demás, a través de esto buscan la aceptación de los demás. Se ponen en el papel de víctima.
- La necesidad compulsiva de llamar la atención. El niño busca que las demás personas le presten atención, muchas de las veces de forma inapropiada.
- La necesidad imperiosa de ganar. Los niños piensan que las personas los van a querer si hacen siempre las cosas de la mejor manera, si son buenos en todo. No les gusta perder.
- Una actitud inhibida y poco sociable. Presentan dificultad para hacer amistades ya que piensan que son aburridos para los demás niños.
- El temor excesivo a equivocarse. Temen hacer las cosas mal, presentan inseguridad ante preguntas realizadas por otras personas. En la escuela presentan ansiedad.
- Una actitud insegura. el niño presenta temor a hablar en público o se limita en sus actividades puesto que no tiene la confianza total en sí mismo. Piensa que va hacer el ridículo o que le van a salir mal las cosas, por lo que se limita a hacer solo lo que sabe hacer.
- El ánimo triste. El niño presenta tristeza, no le motiva las actividades que realiza, suele ser callado, sin espontaneidad, menos activos a comparación con sus compañeros.

- Una actitud perfeccionista. Cuando realizan una actividad, un trabajo, no se contentan con lo que hacen, están disconformes no permitiendo así que los demás observen sus trabajos.
- La actitud desafiante y agresiva. El niño al sentir temor por la falta de aprobación de los demás cambia su actitud a una actitud de agresividad. Oculta sus sentimientos con esta actitud. En la escuela el profesor debe tener tolerancia y no responder con la misma actitud del niño.
- La actitud derrotista. Se sienten fracasados, en la escuela presentan dificultades de aprendizaje. Las personas mayores los describen como flojos.
- La necesidad compulsiva de aprobación. Necesitan de la aprobación de las demás personas, dependen de la aprobación de los demás.

Dependerá mucho de la autoestima que tiene el niño en la manera cómo actúa con sus compañeros en la escuela, en su manera de resolver las diferentes dificultades que se le presenten.

Según Haeussler (1995) “las expresiones de un niño con autoestima positiva son variadas y dependen tanto de factores de personalidad como de factores ambientales”.

Las características de un niño con una alta autoestima son:

- Tiene una actitud de confianza consigo mismo.
- Actúa con seguridad.
- Es abierto, mantiene buenas relaciones sociales.
- Acepta a los demás tal como son.
- Es capaz de tomar decisiones por sí solo.
- Establece una buena relación con su profesor y otras personas mayores.
- Se interesa por sus tareas y se orienta en las metas que se propone.
- Es optimista con respecto a sus trabajos.
- Se esfuerza y es constante a pesar de sus dificultades.
- No es agresivo.
- Cuando se equivoca reconoce sus errores sin culpar a los demás.

- Mantiene buenas relaciones con sus compañeros, logrando realizar trabajos en grupo sin dificultad.
- Percibe el éxito como resultado de sus habilidades y esfuerzos.

1.4 TRATAMIENTO BASADO EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

(Beck y cols, 2003) define a la terapia cognitiva como “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (p. 13). Las cogniciones en las personas se desarrollan a partir de sus experiencias.

El objetivo de la terapia cognitiva según Beck (2003) es “delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente” (p. 13). Le enseñan al paciente a que controle sus pensamientos negativos, que identifique la relación entre cognición, afecto y conducta, examine una situación en contra y a favor de sus pensamientos distorsionados, sustituya los pensamientos, aprenda a identificar y cambiar las malas creencias.

Con esta terapia nos centramos en el síntoma específico del paciente (en este caso la baja autoestima), identificamos las cogniciones del niño y trabajamos en las mismas logrando la mejoría del paciente manteniendo siempre la relación terapéutica.

Al principio al paciente se le da toda la información acerca de la terapia cognitiva. Luego aprende a registrar sus pensamientos, junto con el terapeuta se analizan estos pensamientos con el fin de lograr conductas positivas.

Con el niño se buscará el lenguaje adecuado para darle a conocer todo lo relacionado con la terapia, de esta manera se logrará un avance positivo en la aplicación de las técnicas a utilizar.

Las características de la terapia cognitivo conductual son:

- Se destaca de las otras terapias por su brevedad.
- Está centrado en el presente (aquí y ahora), en su problema y en su solución.
- Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente y por igual en el proceso.

Beck y cols. (2003) describe algunos supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva conductual. Entre ellos tenemos:

1. La percepción y la experiencia, los cuales incluyen datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente, las cuales son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene el individuo de percibir una situación, la cual se evidencia en las cogniciones que presenta.
4. Estas cogniciones muestran la configuración de la persona acerca de sí mismo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones que tienen las cogniciones del paciente influyen en su estado de ánimo.
6. Mediante la terapia, el paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección que se den a sus pensamientos erróneos lleva a una mejoría del paciente.

Según Beck y cols. (2003), existen errores que se dan en el pensamiento de la persona depresiva (p. 21), como son:

- Inferencia arbitraria: esta se refiere a que la persona se adelanta a sacar conclusiones sin tener evidencias o aún así cuando las evidencias no son reales.

- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un solo detalle de una situación y generalizar toda la experiencia en base a este, sin tomar en cuenta otros detalles que son importantes.
- Generalización excesiva: la persona saca conclusiones a partir de experiencias vividas y lo aplica a hechos parecidos al sucedido o a hechos aislados.
- Maximización y minimización: en donde la persona aumenta las cosas de manera desproporcionada o las reduce. La persona exagera en la manera de ver sus errores, existe una excesiva preocupación.
- Personalización: el paciente se atribuye a sí mismo fenómenos externos sin que existe una base firme para hacer tal conexión. El paciente asume toda la responsabilidad ante un hecho negativo cuando no hay fundamentos para que lo haga. Da por sentado que lo sucedido fue culpa suya.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: en donde el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. El paciente clasifica sus experiencias llevándolas a opuestos como: malo o bueno, quedándose con el lado negativo.

Las distorsiones que se presentan en una persona depresiva están relacionadas con las distorsiones que presenta un niño de diez años que tiene baja autoestima. Por ejemplo: en el caso del niño que se nombra en este trabajo, él, al perder un partido de fútbol en la escuela, piensa inmediatamente que es su culpa, sin darse cuenta que en realidad no fue él el único que jugó ese partido. El niño en ese momento está presentando una distorsión de su pensamiento, en este caso la personalización, en donde está asumiendo toda la responsabilidad.

Además Beck (2003), habla de la tríada cognitiva, la cual “consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático” (p. 17).

La primera habla de la visión negativa que tiene la persona de sí mismo.

En este caso el niño se subestima, se critica, se ve torpe, presenta un bajo concepto acerca de sí mismo, no se valora.

El segundo se refiere a sus experiencias, el paciente las interpreta de forma negativa, siente que se le presentan obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos.

En el niño al momento de exponerse a una situación siente de antemano que no va a ser positiva sin tomar en cuenta alternativas que podrían hacer de esa situación algo positivo.

El tercero se centra en la visión negativa acerca del futuro. El paciente anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

Existen riesgos que se deben tomar en cuenta, los cuales se presentan en la terapia cognitiva como son:

1. Minusvalorar la relación terapéutica: el terapeuta tiene que estar atento a la relación que establece con el paciente, en este caso el niño, no puede olvidar que es un ser humano. Debe tener muy en cuenta las reacciones emocionales del paciente, el estilo de comunicación que tiene, las interrupciones que hará durante la sesión, la sensibilidad del paciente.
2. Mostrarse excesivamente precavido: en este punto el terapeuta debe tener en cuenta las técnicas apropiadas observando su eficacia en las mismas. Se debe prestar atención al feedback del paciente.
3. Mostrarse simplista y reduccionista: el terapeuta debe centrarse en un punto entre lo concreto y lo abstracto.
4. Mostrarse demasiado didáctico o excesivamente interpretativo: el terapeuta debe plantear preguntas que le ayuden al paciente a darse cuenta de los pensamientos que le preocupan.
5. Mostrarse demasiado superficial: es importante que quede claro el significado del pensamiento del paciente, hay pensamientos que el paciente no los puede explicar del todo, es ahí donde el terapeuta debe complementarlo.

En el caso del niño el terapeuta debe estar atento a los pensamientos que manifiesta y buscar las palabras exactas para el buen entendimiento de los mismos.

6. Reaccionar negativamente ante los pacientes depresivos: suele ser difícil trabajar con pacientes depresivos por lo que el terapeuta debe eliminar de raíz la creencia de que la vida del paciente no tiene valor e intentar empatizar de la mejor manera.

7. Aceptar el insight intelectual: donde el paciente no le da el valor necesario a la idea planteada por el terapeuta.

Ellis habla de la Terapia Conductual Racional Emotiva, teoría (A-B-C), deduciendo que “entre A y C, siempre esta B”. En donde el núcleo de su teoría está representado en una frase atribuida al filósofo estoico griego Epicteto “las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. Dr. Mas-Bagá (2008)

- A: representa el hecho activador, este puede ser externo o interno como un pensamiento, conducta, emoción, problema familiar y todo aquello que se pueda enmarcar como productor de infelicidad.
- B: están los pensamientos y creencias (recuerdos, actitudes, valores, etc), los cuales provocan sentimientos de infelicidad actual.
- C: representa las consecuencias emocionales (negativas) que surgen de las creencias. Puede ser emotiva, cognitiva o conductual.



Por ejemplo en el niño a estudiar:

A: presenta una baja nota en una prueba.

B: el niño piensa soy un inútil, no puedo sacar buena nota, etc.

C: se siente triste, fracasado.

Las consecuencias “C” se caracterizan por:

- Causar un sufrimiento innecesario ante una situación.
- Lleva a comportamientos contrarios a los propios intereses.
- Dificulta la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- Estas se asocian a distorsiones cognitivas.

Las cogniciones “B”, Ellis y Dryden ejemplifican algunas cogniciones:

- Observaciones: se limitan a lo que observa la persona.
- Inferencias: incorporan hipótesis los cuales pueden ser erróneos o acertados.
- Evaluaciones preferenciales: son creencias racionales.
- Evaluaciones demandantes: se caracterizan por ser rígidas e intolerantes a la frustración.

Con respecto a la autoestima Ellis, considera que es consecuencia de una autoevaluación a partir de:

- Los éxitos o fracasos de la persona con relación a sus metas o ideales.
- Las opiniones de las otras personas acerca de uno. Dr. Mas-Bagá (2008).

Esto puede llevar a una persona a su desvalorización (baja autoestima). Existen varios errores de pensamiento en los que las personas se pierden como: ignorar lo positivo, exagerar lo negativo y generalizar. Ellis añade una letra D y una E al ABC. En donde el terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el paciente puede sentirse bien con los efectos psicológicos positivos (E), los cuales abarcan ideas racionales. Gautier (2002).

De acuerdo con esta teoría la baja autoestima en el caso a estudiar, se debe a que el niño exagera lo negativo y no presta importancia a las cosas positivas de él.

(Friedberg, 2005; McClure, 2005) manifiestan que la terapia cognitiva “se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante” (p. 15). Se basa en la suposición de que el entorno, la persona y el comportamiento se determinan mutuamente y están en constante evolución. Está enfocada en el presente y se centra en los síntomas del paciente y en su solución. Es una técnica en la cual podemos medir los progresos obtenidos por el paciente.

El objetivo de esta terapia es la resolución de los síntomas; aumentando o reduciendo conductas específicas en el niño.

Mediante la terapia cognitivo conductual podemos utilizar procedimientos para solventar distorsiones de pensamientos nombrando el miedo que tiene el paciente, describiendo el suceso, identificando los pensamientos distorsionados y eliminándolos mediante la reescritura de un nuevo pensamiento correcto; convirtiendo los pensamientos negativos en positivos, pensamientos como: “soy inútil”, “soy feo”, “todo me sale mal”, “no valgo nada”, etc., logrando que el niño se valore, se de cariño, logre apoyarse cuando algo le sale mal.

También podemos utilizar en el niño la técnica de registro de sentimientos en donde se ubicaría la situación, el sentimiento que tiene hacia esa situación y lo que piensa de la misma. Friedberg (2005).

El jardín de flores de pensamientos, en donde los niños dibujan flores, en sus pétalos escriben sus emociones, sus tallos representan sus pensamientos y el suelo es el acontecimiento que desencadena las emociones y pensamientos. A medida que el niño escribe sus pensamientos y emociones los va pintando de diferentes, de esta manera el terapeuta identifica sus pensamientos y emociones en el momento en que el niño va pintando el dibujo. Friedberg (2005).

Otra técnica es el registro de emociones en el niño mediante gráficos de caras. En esta técnica se le pide al niño que dibuje las características faciales y escriba sus propias emociones debajo del rostro esta técnica es muy buena en cuanto se logra romper el hielo con el niño y en caso de que no sepa cómo expresar sus emociones. Friedberg (2005).

La técnica de refuerzo positivo, que consiste en presentar una consecuencia positiva inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y de esta manera se aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro. Friedberg (2005).

El refuerzo negativo, consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa, como consecuencia de este aumenta la frecuencia de la conducta deseada. Friedberg (2005).

El modelado que consiste en que la persona observe en otra persona, que sea significativa para él, la conducta que sea positiva para el paciente. Esta técnica se la utiliza para la adquisición de nuevas conductas o para la eliminación de conductas indeseables. Friedberg (2005).

Mediante un registro de actividades diarias lograremos que el niño se proponga metas pequeñas, que pueda cumplirlas e ir las valorando día a día para así lograr el aumento de su estima. Friedberg (2005).

Es importante tener en cuenta según Friedberg (2005) que “los niños tienen capacidades, limitaciones, preferencias e intereses diferentes a los de los adultos” (p. 21). Para un niño el sentarse en una silla frente a un extraño y contarle sus problemas suele ser inquietante.

Existen factores que influyen sobre la relación terapéutica según Beck (2003) como son “la aceptación, la empatía y la autenticidad”. Estas influyen en la actitud del terapeuta al momento de la entrevista. Si un terapeuta posee estas cualidades logrará un buen vínculo con su paciente durante el tratamiento.

En la aceptación ayuda a que el paciente perciba preocupación e interés por parte del terapeuta. En este caso el terapeuta deberá establecer un equilibrio adecuado en el momento en que muestra aceptación a su paciente ya que si se muestra muy activo, el paciente podría mal interpretarlo.

En la empatía el terapeuta entra en el mundo del paciente, en la medida en que ésta sea adecuada, se podrá entender al paciente cómo reaccionaría a ciertos eventos y a su vez facilitaría la colaboración terapéutica.

La autenticidad del terapeuta servirá de mucho en el tratamiento ya que al ser honesto consigo mismo, será honesto con el paciente y ayudará a eliminar sus síntomas.

CONCLUSIÓN

El lograr que un niño desarrolle una alta autoestima es de suma importancia ya que ésta es el eje central de la formación de su personalidad. El medio familiar es el que más influye en el desarrollo de la autoestima del niño.

La Terapia Cognitivo Conductual es un método eficaz para alcanzar una buena autoestima basada en una relación terapéutica adecuada.

CAPITULO 2

Una vez obtenida la información acerca de la autoestima en el niño y la terapia a seguir, continuamos con el diagnóstico. Aquí se describirán los pasos a seguir para así obtener un buen diagnóstico.

2.1 DIAGNÓSTICO

Para la realización del diagnóstico debemos tomar en cuenta varios puntos entre ellos:

- Entrevista con el paciente.
- Entrevista con familiares.
- Elaboración de la historia clínica.
- Pruebas psicológicas proyectivas.

2.2 Entrevista con el paciente.

Según el libro de Esquivel Faine y colaboradores, observamos que Arfouilloux (1977) señala que “no hay nada más fácil que entrevistarse con un niño.....aparte de las cualidades personales que evidentemente intervienen, la situación de entrevista moviliza en el niño y en el entrevistador todo un conjunto de fenómenos subjetivos que influyen en la relación y organizan el intercambio que se da en ese proceso”. (p. 8).

Se realizará una entrevista al paciente en donde lograremos tomar nota de aspectos importantes de su vida desde su infancia. Se preguntarán sus datos de filiación, si no

recuerda algún dato se lo dejará para averiguar con algún familiar de él. Además de enfermedades que se hayan presentado en la infancia o padece actualmente.

Relaciones interpersonales, en el ambiente familiar, escolar y social.

Para la realización de la entrevista con el niño, tendremos que utilizar términos adecuados para el niño, un diálogo no muy serio, brindándole toda la confianza posible para así lograr una buena transferencia.

Para el niño puede resultar muy cansado estar en una entrevista durante 50 minutos por lo que se puede reducir el tiempo, todo depende de la actitud que tiene el niño hacia el entrevistador ya que esto varía de acuerdo a la persona. Esquivel y cols. (2007).

Se puede realizar una entrevista familiar para observar la actitud que tiene el niño hacia sus padres, ya que se comporta de diferente manera cuando se encuentra solo y cuando esta junto a sus papás. Se observará también como se sientan los diferentes miembros de la familia, la relación que hay entre ellos.

2.3 Entrevista con familiares.

Luego de la entrevista con el niño, se realizará la entrevista con sus familiares, primero los padres y luego los hermanos, si en caso es necesario, se realizará entrevista a parientes, profesores y compañeros de escuela.

En la entrevista con los familiares se ampliará la información, desde el nacimiento del niño hasta la actualidad. En la entrevista con los padres se logrará recoger información acerca de las actitudes del niño en el hogar con las figuras paternas y con los hermanos. Sus costumbres, sus pensamientos, sus sentimientos de acuerdo al punto de vista de los padres.

Además que podemos observar si existen problemas en la pareja que podrían estar influyendo en la forma de ser del niño.

La entrevista con los profesores nos ayudará a saber la relación que tiene el alumno con los distintos profesores y con sus compañeros, como se comporta en clases, sus actitudes positivas y negativas, las razones de las mismas. Esquivel y cols. (2007).

El aprovechamiento en la escuela, así como también si participa en clases o cuando realiza trabajos en grupo.

Conversar con los compañeros de grado de igual manera nos brindará información acerca del comportamiento del niño con sus compañeros, si es agresivo, callado, inquieto. Si el niño logra relacionarse bien con sus compañeros o no.

2.4 Elaboración de la historia clínica.

Luego de realizar la entrevista al niño y a las personas que están relacionadas con él, se procede al desarrollo de la historia clínica.

2.5 Pruebas psicológicas proyectivas.

Para realizarse una evaluación además de la entrevista tiene que recurrirse a diferentes pruebas psicológicas. Estos instrumentos se deben interpretar de acuerdo en la situación en la que se encuentra el niño.

Para realizar una interpretación adecuada necesitamos tener conocimiento del manejo y la interpretación de los instrumentos que se van a utilizar, así como también, las teorías en las que se basan los mismos y para qué sirve cada uno.

Entre las pruebas psicológicas proyectivas a aplicar tenemos:

2.5.1 CAT

Las pruebas de Apercepción Temática para niños constituyen un método proyectivo de la personalidad creado por Leopold Bellak.

Esta prueba es de gran utilidad ya que nos facilita la comprensión de la relación entre el niño y las figuras más importantes que lo rodean, así como también de sus necesidades.

Según Esquivel y colaboradores () “a través de la interpretación de los relatos que el sujeto ofrece de las láminas de las pruebas, establecer una hipótesis diagnóstica psicodinámica que permita entender los motivos inconscientes que subyacen en la conducta manifiesta y los síntomas”. (p. 131).

2.5.2 DIBUJO DE LA FAMILIA

El test de La Familia de Josep M. Lluís Font, es una de las técnicas que logra explorar la afectividad infantil. En este test observamos:

1. Las características generales de los dibujos (su tamaño, el emplazamiento, sombreado, borraduras, distancia entre los personajes, incomunicación).
2. La valorización y desvalorización. Observamos si el padre, la madre, hermano o él mismo se dibuja en primer lugar o son dibujados en último lugar, si existe la supresión de algún miembro de la familia, la falta de manos en los dibujos, supresión de rasgos faciales o la adición de otros elementos.
3. Los componentes jerárquicos. Aquí notamos el bloque parental, la manera como están dibujados los padres, si se encuentran uno junto al otro, o si están intercalados por otros personajes. La jerarquía de hermanos, la jerarquía familiar.

2.5.3 H.T.P.

Es una técnica proyectiva que se basa en el dibujo de una casa, un árbol y una persona. Esta técnica nos ayuda a obtener información acerca de la manera en que el individuo experimenta su yo en relación con los demás y con su ambiente familiar. Nos ayuda a observar si existen conflictos o preocupaciones en el niño. Es una técnica sencilla de aplicar.

2.5.4 TEST DE SACKS

Este reactivo fue diseñado tanto para niños como para niñas. Cuenta con 40 frases, las mismas que son el comienzo de una oración, que el niño debe completar una por una y con sus propias palabras.

La finalidad de este test es la de examinar en forma indirecta dificultades y conflictos en las áreas: familiar, relaciones heterosexuales, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo.

Aplicando la teoría al caso que he mencionado puedo afirmar que al niño se le diagnostica baja autoestima debido a que presenta los siguientes síntomas:

- No confía en sí mismo.
- Cree que no tiene la capacidad de controlar sus acciones.
- Es inseguro.
- Desconfía de las demás personas.
- Presenta dificultades para relacionarse.
- Comportamiento no sociable.
- Conducta agresiva.
- Timidez.
- Bajo rendimiento escolar.
- Tristeza.
- Mentiroso.

Los indicadores de la baja autoestima que se observan en el niño son los siguientes:

- Actitud excesivamente quejumbrosa y crítico.
- Necesidad de llamar la atención.
- Actitud inhibida y poco sociable.
- Temor excesivo a equivocarse.
- Actitud insegura.
- Animo triste.

- Actitud desafiante y agresiva.
- Actitud derrotista.
- Necesidad de aprobación.

2.6 HISTORIA CLÍNICA

1. Datos de filiación:

Nombre: R. Q.
 Sexo: masculino
 Edad: 10 años
 Raza: mestizo
 Fecha de nacimiento: 26 de diciembre del 1999
 Escolaridad: primaria
 Religión: católico
 Dirección: el valle
 Teléfono: XXXXXX
 Fecha de elaboración: 27 de mayo del 2010
 Institución: Ecológico “Luis Cordero”

2. Motivo de consulta:

El motivo de consulta es la baja autoestima del niño, la misma que influye en su rendimiento escolar y en sus relaciones interpersonales.

3. Padecimiento actual (psicológico).

El niño se encuentra con bajo rendimiento escolar debido a que no logra realizar sus tareas con satisfacción ya que presenta pensamientos negativos, tales como: “no puedo”, “no me sale bien”, “no soy igual a mis amigos”. De igual manera, presenta un poco de

agresividad hacia sus compañeros, es callado, es inseguro de sí mismo. Se siente inferior del resto de sus compañeros.

Su profesor manifiesta: “en clases no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse, además necesita mucho de la aprobación de sus compañeros, está pendiente del: ¿qué dirán? o ¿qué pensarán de él?”.

Presenta una actitud quejambrosa y crítica, esto lo demuestra cuando alguna cosa no le resultó como él lo esperaba, en seguida el pensamiento que tiene es, que no será valorado por las demás personas.

Existe ausencia de figura paterna en el hogar. Al momento niño vive con su mamá y su hermana. Su mamá trabaja todo el día por lo que no está muy pendiente de sus tareas. La mamá de niño manifiesta: “R. siempre se rinde cuando tiene que hacer algún trabajo, le sale mal y piensa que ya no le va a salir y se frustra y ya no hace o no repite”. Niño es un poco mentiroso.

De acuerdo con información obtenida por el profesor del niño, existe rechazo por parte de la figura materna en el aspecto emocional lo que le lleva a tener problemas en su dignidad personal, manifiesta “la he llamado en varias ocasiones para conversar acerca del niño, pero se observa fácilmente que no hay interés por parte de la madre, ni siquiera cuando hay repartición de libretas, no asiste”.

Niño manifiesta “mi mami nos va a dejar en la escuela, luego se va a trabajar. Con mi hermana a la hora de salida nos vamos a la casa, nos pasamos solos toda la tarde hasta que llegue mi mamá, ella llega en la noche”.

De acuerdo con lo manifestado por el niño su mamá llega cansada a su casa y no le revisa los deberes, esta situación le molesta al niño, ya que piensa que a su mamá no le importa lo que él haga, ni tampoco si lo hace bien o mal. Además este comportamiento manifiesta la atención que necesita el niño por parte de su mamá.

El bajo rendimiento del niño de acuerdo con su maestro actual, se debe a su baja autoestima, ya que él piensa que no puede realizar sus tareas debido a que le sale mal y sus compañeros se burlan de él. Niño no busca realizar nuevamente un trabajo por miedo de que le salga mal.

Comparando el aprovechamiento del niño en la escuela con su hogar, podemos notar que debido a que no tiene quien lo controle en la realización de sus tareas, el niño las presenta incompletas o no las presenta.

Se muestra inseguro al momento de tomar decisiones, presenta un poco de timidez, motivo por el cual no tiene muchas amistades, niño piensa que es aburrido y que si va a jugar con sus compañeros, ellos lo van a rechazar. A veces es agresivo con sus compañeros ya que no le gusta como le tratan cuando le sale mal algo, o cuando lo hacen a un lado.

Debido a la falta de atención de la madre no se ha logrado recolectar toda la información necesaria acerca del desarrollo del niño.

4. Revisión de aparatos y sistemas:

El niño no ha padecido de ninguna enfermedad. A la edad de tres años tuvo varicela, el avance de la misma fue normal. Al momento se encuentra bien de salud, su estado, de acuerdo al análisis que le ha realizado un doctor en su escuela, hace un mes y medio aproximadamente, es normal.

5. Condiciones socio-económicas.

El niño vive en casa propia, posee de los servicios básicos (luz, agua, teléfono), su mamá tiene un negocio propio (papelería) en el cual trabaja durante todo el día.

En cuanto a su alimentación, es normal, no se evidencia desnutrición.

6. Psicobiografía.

Según datos obtenidos por medio del niño, manifiesta “mi mamá me ha contado que fue parto normal y que no he tenido problemas hasta ahora”. Nació en la ciudad de Cuenca.

El niño, de pequeño vivió con sus papás hasta que cumplió el mes de edad, fue entonces cuando su papá decidió salir del país, con el propósito de mejorar la economía de su hogar. El niño queda con su mamá y hermana desde entonces.

Paciente no ha tenido un buen apego hacia su mamá ya que esta trabaja durante todo el día y el único momento en el que puede conversar con sus hijos es durante la noche.

Con su hermana, quien al momento tiene once años de edad, mantiene una buena relación, al igual que con sus primos y tíos. A R. le gusta jugar futbol, hay ocasiones en las que va a casa de sus primos a jugar con ellos.

Todos los fines de semana se comunican con su papá por teléfono. Niño manifiesta “no converso mucho con mi papá, no tiene mucho tiempo para conversar”.

En cuanto a su etapa escolar, el niño ingresa a la escuela a la edad de cinco años, hasta el momento ha permanecido en ésta junto con su hermana.

Los primeros años no presentó problemas de aprovechamiento. De acuerdo con información que proporcionó su maestra de primer año: “niño si presentaba timidez, no se presentó entonces falta de interés por parte de la madre, realizaba sus trabajos en clases sin dificultad”. No se logró obtener datos de los siguientes años debido a cambio de personal docente en la Institución.

7. Exámen mental

Apariencia y conducta general.

La manera de vestir es adecuada a la edad del niño. No se observa descuido en su manera de vestir. Es una persona limpia. No presenta tics. Le gusta jugar futbol por las tardes.

Funciones cognitivas.

En cuanto a la conciencia, el niño se encuentra lúcido. Su orientación es adecuada, se orienta fácilmente en cuanto a lugar y tiempo. La memoria de fijación, reciente y evocación no presenta dificultad. Al pedirle que repita un número lo hace con facilidad, al preguntarle sobre su desayuno, almuerzo, merienda respondió de igual manera. Cuando se le preguntó acerca de algún evento pasado lo supo responder. La atención se desarrolló con normalidad. En cuanto al cálculo es bueno, se le realizó una prueba matemática sencilla y la supo realizar.

Sensopercepciones.

El niño no presenta ningún tipo de alucinaciones o ilusiones.

Lenguaje y pensamiento.

El tono de voz del niño es bajo, presenta un poco de timidez.

Juicio.

Según sus respuestas a situaciones complicadas se lo nota un poco inseguro de lo que responde.

8. Exámenes complementarios.

Test psicológicos:

Al niño se le aplicó:

- Test de la familia.
- Test de Sacks.

Resultados obtenidos en el test de la familia:

- Ausencia de detalles alrededor.
- Las figuras se encuentran flotando.
- Figuras incompletas.
- Predominio de rigidez y tensión.
- Brazos pegados al cuerpo en dos de las figuras.

De acuerdo con estos resultados obtenidos en el test de la familia se observa que el niño presenta un tipo de apego inseguro. Existe ausencia del niño en el dibujo en donde se manifiesta claramente su baja autoestima (desvalorización).

El dibujo es pequeño, lo que se asocia con una autoimagen de la persona insuficiente, sentimientos de inferioridad, a formas auto controladas de responder a las presiones ambientales y a retraimiento. En cuanto a su emplazamiento el dibujo llega al borde final de la página, lo que refleja inseguridad, necesidad de apoyo y dependencia exagerada. Las figuras dibujadas se encuentran un poco separadas lo que manifiesta falta de interacción y diálogo. La mamá es dibujada en primer lugar lo que refleja valorización hacia la misma su papá es dibujado en último lugar lo que indica desvalorización.

Existe supresión de las manos lo que indica diferencias individuales en el ámbito de la afectividad.

Resultados obtenidos en el test de frases incompletas de Sacks:

En cuanto al test de Sacks el puntaje obtenido es de 58, lo que indica que el niño debe recibir una orientación adecuada.

Se observa en las respuestas del niño la angustia que siente por la ausencia de su padre, su falta de ánimos en respuestas como: cuando todo me resulta mal, “me rindo”. Los problemas que presenta en el aula con sus compañeros, el niño se siente inferior a los demás. Las respuestas evidencian claramente una baja autoestima en el niño.

Diagnóstico presuntivo:

Podemos deducir que el niño presenta baja autoestima debido a:

- Su bajo rendimiento escolar.
- Problemas al relacionarse con los demás.
- Su timidez, inseguridad.
- Conducta agresiva: el niño cuando no logra hacer las tareas de manera satisfactoria se enoja, se molesta con sus compañeros, en ocasiones los golpea.
- Se observa una falta de figura paterna por lo que se puede deducir que es una familia disfuncional.

2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deberá realizar el diagnóstico diferencial con la depresión infantil:

Los síntomas de una depresión infantil son: baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, ideación suicida, quejas por

molestias físicas, miedo a la muerte, apariencia triste, frustración, ensueños frecuentes, pérdida de interés en actividades que antes le agradaba, problemas de aprendizaje. Dr. Hernandez (2006).

En el caso de R., no presenta problemas de sueño, su apetito y peso es normal de acuerdo con su edad y talla, se descarta la hiperactividad, no ha presentado ideaciones suicidas así como tampoco quejas por molestias físicas ni ensueños frecuentes.

2.7 RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

- Se recomienda la aplicación de reactivos psicológicos como el CAT y HTP. Mediante el resultado de estos tests, lograremos definir si hay conflictos con algún miembro de la familia, así como también tener conocimiento de sus necesidades.
- Realizar una entrevista con la mamá, para recolectar toda la información faltante acerca del desarrollo del niño en sus diferentes áreas, ya que hasta el momento no se ha logrado obtener la presencia de la mamá.

CONCLUSIÓN

Para un buen seguimiento en el caso de la baja autoestima del niño se ha ubicado en este capítulo las distintas pruebas diagnósticas que se utilizaron, siendo la historia clínica fundamental para llegar al diagnóstico de baja autoestima.

CAPITULO 3

ESTRATEGIAS Y RECURSOS

Este capítulo se refiere a la propuesta de aplicación terapéutica con el niño, debido a la falta de apoyo por parte de la mamá no se logró aplicar, pero se elaboró la planificación distribuida en 12 sesiones, una semanal en donde se ubican los objetivos y técnicas a seguir.

3.1 ESTABLECER EL MATERIAL A UTILIZARSE

Los materiales a utilizarse serán:

- Los test descritos en el capítulo anterior.
- Para la aplicación de tests:
 9. Hojas de papel bond A4.
 10. Lápices.
 11. Pinturas.
 12. Hojas de papel ministro.
 13. Borrador.

3.2 PLANTEAR EL NÚMERO DE SESIONES A SEGUIR

Para el tratamiento de la baja autoestima al niño se llevarán a cabo una sesión por semana, cada sesión tendrá una duración de 40 minutos aproximadamente y se realizarán 8 sesiones

De igual manera se llamará a consulta a su mamá una vez al mes para ver el avance del niño.

3.3 PLAN DE TRABAJO

Sesión 1

Objetivo: elaboración de la historia clínica.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Se entrevistará al niño para obtener toda la información.

Sesión 2

Objetivo: recolección de información para elaboración de historia clínica.

Tiempo: 50 minutos aproximadamente.

Aplicación de test. H.T.P.

Aplicación del test C.A.T.

Entrevista a la mamá de niño con el propósito de recolectar información esencial para la elaboración de la historia clínica.

Sesión 3

Objetivo: lograr en el niño una valoración positiva, identificación de sus pensamientos relacionado con su ambiente familiar y escolar.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Técnica: Identificación de pensamientos negativos. Sustituirlos por positivos.

Para la identificación de los pensamientos se plantearan preguntas como: ¿Qué pensamiento se le ha venido a la cabeza?, ¿Qué se dice a sí mismo?. De esta manera se irá anotando los pensamientos negativos que tiene el niño y junto con él se sustituirán por positivos, de esta manera se lograra identificar los pensamientos que lo llevan al niño a tener una baja autoestima.

EJEMPLO

Teniendo las preguntas seleccionadas, se procederá a preguntar al niño:

- ¿Qué pensamientos se le han venido a la cabeza?
- ¿Qué se dice a sí mismo?
- ¿Qué suele pensar cuando tiene algún problema?
- ¿Qué piensa cuando le sale mal algún trabajo de la escuela o en la casa?
- ¿Qué cree que piensen sus compañeros de usted?
- ¿Qué cree que piense su maestro de usted?

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
“Todo me sale mal”	
“No soy igual a mis compañeros”	
“Soy inútil”	

Se anotan todas las respuestas que de el niño en un cuadro y se analizarán las mismas logrando que el niño sustituya con pensamientos positivos.

Sesión 4

Objetivo: ubicar el sentimiento que tiene el niño hacia una situación determinada.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Técnica: técnica de registro de sentimientos.

En esta técnica se con ayuda del niño se registraran los sentimientos que tiene hacia sus pensamientos y hacia las situaciones que lo hagan sentirse mal y buscas posibles soluciones.

EJEMPLO

Utilizando la misma lista de pensamientos obtenidos en la primera sesión ubicaremos los sentimientos del niño preguntándole ¿cómo se siente cuando tiene cada pensamiento o cuando se le presenta algún problema?

Situación	Sentimiento	Cogniciones	Otras interpretaciones posibles
Cuando tengo una mala nota en el deber o prueba	Me siento triste.	No puedo hacer el deber bien. Todo me sale mal.	Mi profesor me dice que si puedo. Tengo que esforzarme un poco más.

Sesión 5

Objetivo: registrar las emociones del niño.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Técnica: las técnicas a utilizar serán el jardín de flores de pensamientos y el registro de emociones mediante el gráfico de caras.

Se seguirá trabajando en cuanto a sus pensamientos y emociones mediante el jardín de flores en donde ubicara en el dibujo sus pensamientos y junto con una buena comunicación se logrará conocer más acerca de sus pensamientos y lo que siente acerca de ellos, conjuntamente con el gráfico de caras lograremos que el niño exprese sus emociones.

EJEMPLO

En una hoja de papel bond el niño dibujará un jardín de flores en donde se a medida que el niño va dibujando el suelo se le pregunta si ha tenido alguna situación en la cual se ha sentido mal y se le dice que la escriba, de acuerdo con esa situación se le pregunta que ideas se le han pasado por la mente acerca de ese tema, sus respuestas se las anotan en el tallo y sus emociones acerca de lo que piensa se lo ubica en los pétalos de esta manera a medida que el niño va dibujando y se lo hace menos complicado conversar de un tema que lo molesta se van descubriendo sus emociones y pensamientos acerca del problema a tratar.

Al dibujarle círculos al niño en una hoja le pediremos que dibuje su expresión cuando se presentan problemas, así puede ser: ¿cómo se siente cuando tiene una mala calificación? ¿cómo se siente cuando no puede hacer una tarea o le sale mal?.

Entrevista con madre de niño.

Objetivo: informarnos de avance de comportamiento, sentimientos, pensamientos del niño.

Relación con la mamá. Informarnos de avance de niño en la escuela.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Sesión 6

Objetivo: reforzar conductas positivas en el niño y lograr que el niño adquiriera nuevas conductas.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Técnica: de refuerzo positivo y modelado.

Aquí se recompensarán los resultados positivos en el niño. Se observará las conductas positivas de tiene y se retroalimentará.

EJEMPLO

De acuerdo al listado de pensamientos negativos del niño se irá preguntando al niño ¿qué es lo que piensa ahora?. De acuerdo con las respuestas obtenidas por el niño se lo recompensará con sellos o caramelos.

Pensamiento negativo	¿Qué es lo que piensa ahora?	Recompensa
Todo me sale mal		Caramelo
No soy igual a mis compañeros		Sello
Soy inútil		Una carita feliz

Sesión 7

Objetivo: elaboración de metas en el niño.

Tiempo: 40 minutos aproximadamente.

Técnica: registro de actividades diarias.

Se realizara junto con el niño un cronograma de actividades diarias en donde él ubicará sus actividades y mediante gráficos (sol, cara triste, dibujos) irá ubicando de acuerdo a los resultados que ha obtenido en sus actividades, se ubicará el ánimo con el que estuvo el día.

En caso de que el niño le haya ido mal en la escuela o en una tarea se pondrá una carita triste, cuando obtenga buenas calificaciones se dibujara una carita feliz o cuando haya tenido un buen día se dibujara un sol, de acuerdo al estado de ánimo que hay tenido el niño.

EJEMPLO

Actividades	Valoración	¿Cómo se siente el niño?
Tender mi cama	Realizado/no realizado	Feliz/triste/inseguro,etc.
Arreglar mi cuarto		
Hacer el deber de matemática		
Hacer el deber de lenguaje		
Estudiar la lección		
Ayudar en casa		

Sesión 8

Objetivo: verificación de metas alcanzadas. Observar avance en niño con relación a su ambiente interpersonal, familiar y escolar.

Tiempo: 40 minutos.

Técnica: registro de actividades diarias.

Actividades	Valoración	¿Cómo se siente el niño?
Tender mi cama	Realizado/no realizado	Feliz/triste/inseguro,etc.
Arreglar mi cuarto		
Hacer el deber de matemática		
Hacer el deber de lenguaje		
Estudiar la lección		
Ayudar en casa		

Entrevista con mamá de niño

Objetivo: reforzar metas alcanzadas por el niño.

Tiempo: 40 minutos.

Técnica: reforzando positivamente metas alcanzadas por niño.

Sesión 9

Objetivo: expresar los aspectos más importantes de la imagen que tiene acerca de sí mismo.

Centrarse en lo positivo del niño.

Tiempo: 40 minutos.

Técnica: el árbol de mis virtudes

La técnica consiste en una reflexión sobre las capacidades positivas que tiene el niño, las cuales ha ido desarrollando desde pequeño. El niño tiene que reconocerse como un tesoro valioso el cual tiene que desarrollar muchas de sus cualidades.

Ejemplo:

El niño en diez minutos tiene que listar todos los valores positivos posibles en ese tiempo (valentía, saber escuchar, fuerza, rapidez, creatividad, etc), al mismo tiempo que se le va diciendo que sea sincero consigo mismo y que vaya con calma.

Luego de haber terminado con esta lista se le pide que realice otra lista con todas las cosas que ha conseguido gracias a sus capacidades, cosas que le han salido bien y de las que se siente contento por más pequeñas que estas sean (ayudar a su mamá, aprobar una prueba, etc).

Con ambas listas ya preparadas se pasa a dibujar el árbol, un árbol con raíces, tronco y

ramas.

En las raíces situamos los valores, la raíz será más larga cuanto más grande creamos que sea esa cualidad en nosotros.

Después dibujamos el tronco y las ramas, las ramas se escribirá aquello que el niño ha logrado realizar, al igual que antes una rama grande se corresponderá con un éxito grande y una rama pequeña con algo más pequeño.

Al finalizar el dibujo se procede a dialogar con el niño acerca del árbol que ha dibujado y sus cualidades o éxitos. Se realizarán preguntas como: ¿estoy satisfecho de mi árbol? ¿Ha sido difícil dibujarlo? ¿Qué cualidades o logros he olvidado?

Sesión 10

Objetivo: lograr que el niño llegue espontáneamente a soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles.

Tiempo: 40 minutos.

Técnica: búsqueda de soluciones alternativas.

Esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del niño, comprendiendo los problemas basados en la realidad las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles.

Problema	Soluciones alternativas
No logro terminar el trabajo que me mandó el profesor por miedo a que me salga mal.	- Debería concentrarme en casa solamente en la tarea que me mando el profesor. - Preguntar al profesor alguna duda que tenga acerca del trabajo. - Llamar a un compañero en caso de que tenga alguna duda acerca del desarrollo del trabajo. - Pedir a mi mamá que me revise cuando lo termine.

Sesión 11

Objetivo: valorar el estado de ánimo del niño.

Tiempo: 40 minutos

Técnica: valoración del estado de ánimo del niño.

Con ayuda del registro de actividades diarias y las demás técnicas en donde el niño ubica sus pensamientos y sentimientos se valorará el estado de ánimo del niño observando los resultados obtenidos.

Sesión 12

Objetivo: concluir con tratamiento.

Tiempo: 40 minutos.

En esta última sesión se hará notar la importancia que tuvo el niño como paciente, como persona y sus ganas de crecer.

CONCLUSIÓN

Es importante definir el número de sesiones que se llevarán a cabo y las técnicas que se utilizarán en dichas sesiones para el tratamiento de la baja autoestima, ya que mediante estas se esperará reducir o eliminar los síntomas del niño.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIÓN

- El niño forma su autoestima a través de la relación con sus padres y luego con el grupo familiar y social. Esta juega un papel muy importante en la vida del niño y en su formación personal.
- De acuerdo con lo que plantean los diferentes autores del desarrollo de la autoestima, ésta se da desde el nacimiento del niño. Así como Bowlby señala que el apego proporciona la seguridad emocional del niño, en cambio Maslow habla acerca de las necesidades que deben ser satisfechas por el niño, las cuales influyen en el desarrollo de la autoestima y finalmente Erikson, que nos aclara la importancia de la etapa la cual está atravesando el niño que hemos tratado, expresando la necesidad de lograr un sentimiento de laboriosidad frente al de inferioridad.
- En la etapa del sí mismo exterior el niño ya da información de sí mismo. Se evalúa en un sentido positivo o negativo. En esta etapa el niño absorbe toda la información, sus éxitos, sus fracasos y su interacción con los adultos son decisivos. Aquí es donde el niño logra tener mayor conciencia de cómo son percibidos por las demás personas.
- Basándose en la terapia Cognitivo Conductual lograremos registrar los pensamientos y sentimientos que llevan al niño a desarrollar una baja autoestima y así sustituirlos por positivos y avanzar en la eliminación o reducción de sus síntomas.
- Se logrará un buen vínculo con el paciente al momento de la entrevista tomando en cuenta los factores que influyen para el mismo como son la aceptación, la empatía y la autenticidad. Con estos factores lograremos el desarrollo positivo del tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la aplicación de los tests: H.T.P. y CAT para evaluar la relación entre el niño y las figuras más importantes que lo rodean, así como también sus necesidades.
- Se recomienda una seguida participación de parte de la madre en el tratamiento de su hijo, ya sea para la obtención de datos faltantes y para lograr mejoras en la relación familiar.
- En este caso planteado se recomienda realizar adicional al tratamiento de la baja autoestima una terapia familiar en donde se trabaje en relaciones con los distintos miembros de la familia.
- Se recomienda hacer un seguimiento donde se brinde el apoyo psicológico al niño y a la familia, evaluándolos y teniendo en cuenta los resultados de dichas evaluaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, Aaron; Rush, John; Shaw, Brian; Emery, Gary, Terapia Cognitiva de la depresión, Editorial Desclee de Brouwer, 15° edición, 2003.
- Bowlby, Jhon, El apego y la pérdida – 1, Ediciones Paidós, 1998.
- Cloninger, Susan, Teorías de la Personalidad, Pearson Educación, Tercera Edición, 2003.
- Esquivel, Fayne; Heredia, Cristina; Lucio, Emilia, Psicodiagnóstico clínico del niño, Editorial el Manual Moderno, 2007.
- Friedberg, Robert; McClure, Jessica, Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes, Ediciones Paidós, 2005.
- Haeussler, Isabel, Confiar en uno mismo: Programa de Autoestima, General Pardiñas, 1995.
- Machargo Salvador, Julio, Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, Editorial Escuela Española, 1996.
- Papalia, Diane; Wendkos, Sally; Duskin, Ruth, Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, Novena edición, 2005.
- Shaffer, David, Psicología del Desarrollo: infancia y adolescencia, International Thomson Editores, quinta edición, 2000.
- http://www.articulo.org/articulo/14627/distorsiones_cognitivas.html. Domínguez, Maricruz, 2010.
- <http://www.cepvi.com/articulos/necesidades.shtml>. Ana Muñoz, 2010.
- <http://www.cat-barcelona.com/pdf/filosofia/AEllis2.pdf>. Dr. Mas-Bagá, 2008.
- <http://psicologia-online.com/ebooks/personalidad/ellis.htm>. Dr. Gautier, Rafael, 2002.
- <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>. Dr. Hernández, Eduardo, 2006.

ANEXOS

TEST DE SACKS
(Para niños y niñas)

NOMBRE..... EDAD.....
ESCOLARIDAD..... FECHA DEL EXAMEN.....

INSTRUCCIONES: Complete las siguientes oraciones en forma ordenada y con una letra bien clara.

1. A veces mi padre..... *no me quiere*.....
2. Cuando todo me resulta mal..... *me irrito*.....
3. Yo siempre he querido y he deseado..... *que venga mi papa*.....
4. Se que es una tontería, sin embargo, tengo miedo de..... *fracasar*.....
5. Después de algunos años..... *quisiera que me vean mejor*.....
6. Los que me mandan y me ordenan son..... *mi mamá*.....
7. Cuando yo era más chiquito (chiquita)..... *no tenía malas notas*.....
8. En comparación con otras familias, mi familia..... *no esta junta*.....
9. Si yo pudiera mandar..... *aria todo lo que quiero*.....
10. Yo me encuentro mejor en compañía de..... *nadie*.....
11. Algunas veces mis sustos y temores..... *me hacen llorar*.....
12. Un amigo sincero y de verdad (una amiga sincera y de verdad)..... *no me hace a un lado*.....
13. Yo sería muy feliz..... *si mi mamá no trabajara mucho*.....
14. Yo pienso que muchas niñas (Yo pienso que muchos niños)..... *son lindas*.....
15. Cuando pueda mandar a los demás, yo..... *me sentire bien*.....
16. Mis compañeras (compañeros) no saben que..... *medallas cuando no puedo algo*.....
17. En la clase mis profesores (maestras)..... *son estrictos*.....
18. Mi madre y yo..... *no hablamos mucho*.....
19. Lo que me va a pasar..... *es poco*.....
20. Me disgusta mucho que..... *me dejen a un lado*.....
21. No me gustan las personas que..... *no me consideran igual*.....
22. Mi madre..... *trabaja mucho*.....
23. Cuando no me resulta un trabajo..... *me irrito*.....
24. Me gustaría tener..... *una pelota*.....
25. Mi familia me trata como..... *un niño*.....
26. Cuando yo sea persona mayor.....
27. Yo pienso que el matrimonio.....
28. Si mi padre quisiera..... *viniera*.....
29. Yo recuerdo muy bien..... *que tenía buenas notas*.....

30. Cuando veo llegar a la profesora o profesor.....
31. Yo quiero a mi madre, pero..... *trabaja mucho*
32. Quisiera perder el miedo de..... *prejuizar*
33. Yo creo que tengo la capacidad..... *de nada*
34. Cuando era yo más pequeño (más pequeña) mi familia..... *estaba*
unida
35. Yo espero que..... *no pierda el año*
36. Cuando veo a dos enamorados.....
37. Mi falta más grande ha sido..... *que me salga bien mi*
deber
38. Cuando me hacen una injusticia..... *lloro*
39. Yo estaría contento (contenta) si mi padre..... *estubiera junto*
a mí
40. Una buena niña (niño)..... *juega con mi gato*

OBSERVACIONES:

Usted puede escribir lo que desee

.....

.....

.....

Las cosas que me disgustan son.....

.....

.....

.....

APRECIACION PSICOLOGICA:

El Examinador

