



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Escuela de Psicología Clínica

Dificultades Internalizantes y Externalizantes que se presentan en niños y niñas de 6 a 12 años que viven con un solo progenitor. Estudio a realizarse en el CAE (MIES CUENCA) durante el año 2013.

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga
Clínica**

Autor: Andrea Pinos Cabrera

Director: Dra. Ana Lucía Pacurucu

Cuenca, Ecuador

2013

Dedicatoria

Dios me ha concedido una familia hermosa y única a mi lado, la que me ha impulsado a salir adelante a pesar de los obstáculos que se me han ido presentando.

Mis padres me han brindado muchos valores, pero lo que más sobresalga es la responsabilidad y la humildad, valores que me han hecho la persona que soy.

Mi hermano ha sido un pilar fundamental, mi apoyo, mi sonrisa.

Considero que cada persona que ha pasado por mi vida me ha hecho mejor, me ha ayudado a crecer como persona y en anhelar ser una profesional.

A todos ellos va dedicado este trabajo. Muchas gracias.

Agradecimiento

Primero agradezco a Dios por la vida y por cada experiencia que me ha brindado.

A mi familia por su incondicional apoyo,
y sobre todo a mis queridos maestros
que desde el inicio me han manifestado sus conocimientos.
Agradezco mucho a la Dra. Anita Pacurucu por haberme
acompañado en este camino, orientándome y
haciendo más fácil el poder culminar con este propósito.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Fotos y Tablas.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	iv
Introducción.....	1

Capítulo I

1. Teoría de la Familia Monoparental o con un solo progenito.....	4
1.1 La Familia.....	4
1.2 Subsistema Parental.....	7
1.3 Familia Monoparental.....	8
1.3.1 Concepto y Origen.....	8
1.3.2 Características demográficas de la familia monoparental.....	12
1.3.3 Nivel de estudios y participación laboral.....	13
1.3.4 Conflictos en el matrimonio.....	14
1.3.5 Separación o divorcio.....	15
1.3.6 Los niños y el divorcio.....	18
1.3.7 Viudez.....	20
1.3.8 Madres solteras.....	21
1.3.9 Otros tipos.....	23

Capítulo II

2. Consecuencias en los hijos que viven con uno de sus progenit.....	25
2.1 Consecuencias psicológicas, económicas, sociales y escolares en niños y niñas que viven con un solo pad.....	25

2.2	Consecuencias de la ausencia del padre en el hoga.....	32
2.3	Función paterna: un retorno a Freud.....	36
2.4	Consecuencias de la ausencia de padre o madre en el hogar.....	37
2.5	Madre con la custodia.....	38
2.6	Padre con la custodia.....	40

Capítulo III

3.1	Descripción de los Trastornos Internalizantes y Externalizante.....	42
3.1.1	Psicopatología en niños.....	42
3.1.2	ASEBA.....	44
3.1.3	Factores Internalizantes y Externalizantes.....	45
3.1.3.1	Factor Internalizante.....	47
3.1.3.2	Factor Externalizante.....	50
3.2	Descripción de la Intervención Psicológica aplicada en el Hogar Infantil y PACES.....	53
3.2.1	Trastornos Internalizados (Intervención).....	53
3.2.2	Algoritmo General para el tratamiento de los Trastornos Internalizados.....	53
3.2.2.1	Diagnóstico.....	53
3.2.2.2	Psicoeducación.....	53
3.2.2.3	Distinción entre emociones, pensamientos y conductas.....	54
3.2.2.3.1	Distinción de pensamientos automáticos.....	54
3.2.2.4	Reestructuración Cognitiva.....	54
3.2.2.4.1	Alto y pienso.....	55
3.2.2.4.2	Someter a prueba de evidencia.....	55
3.2.2.5	Exposición.....	55
3.2.2.5.1	Exposición Imaginada.....	55
3.2.2.5.2	Exposición en vivo.....	55
3.2.2.6	Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	56
3.2.2.7	Inoculación ante el fracaso y la prevención de recaída.....	56
3.2.3	Trastornos Externalizados (Intervención).....	56

3.2.4 Algoritmo general para el tratamiento de los Trastornos Externalizados.....	56
3.2.4.1 Psicoeducación.....	56
3.2.4.2 Operacionalización.....	57
3.2.4.3 Solución de Problemas.....	57
3.2.4.4 Juego de Roles.....	57
3.2.4.5 Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	58
3.2.4.6 Inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.....	58
3.2.4.7 Entrenamiento a padres.....	58

Capítulo IV

4.1 Descripción del estudio.....	59
4.2 Descripción del centro.....	59
4.2.1 Hogar Infantil (CAE-MIES).....	59
4.2.2 Cos 9 de Octubre (PACES).....	60
4.3 Descripción del trabajo realizado en el Hogar Infantil y PACES.....	60
4.3.1 Grupo de Trastornos Internalizantes.....	61
4.3.2 Grupo de Trastornos Externalizantes.....	75
4.3.3 Reunión Padres de Familia.....	83

Capítulo V

5.1 Resultados.....	85
5.2 Conclusiones.....	93
5.3 Discusión.....	95
5. Recomendaciones.....	97
5.5 Bibliografía.....	98

Índice de fotos

Foto 1.....	63
Foto 2.....	65
Foto 3.....	67
Foto 4.....	69
Foto 5.....	71
Foto 6.....	72
Foto 7.....	73
Foto 8.....	75
Foto 9.....	77
Foto 10.....	78
Foto 11.....	79
Foto 12.....	80
Foto 13.....	81
Foto 14.....	82

Índice de tablas y gráficos

Tablas 1.....	87
Tablas 2.....	87
Tabla 3.....	88
Gráfico 4.....	88
Tabla 5.....	90
Gráfico 6.....	91
Tabla 7.....	92

Índice de Anexos

Anexo 1.....	I
Anexo 2.....	III
Anexo 3.....	VI
Anexo 4.....	VII

Resumen

Se elaboró un estudio realizado a 44 padres de familia monoparental, con hijos de 6 a 12 años de edad que conformaban parte del Hogar Infantil (CAE-MIES) y del Cos 9 de Octubre (PACES). El estudio consistió en la aplicación de la Ficha Psicológica del CAF, con el objetivo de identificar la causa de la ausencia de padre o madre en dichas familias, lo que dio como resultado que un mayor porcentaje se debe a infidelidad por parte de su progenitor. Posteriormente, la aplicación del Test Psicológico CBCL y CDI, permitió identificar que 30 niños presentaban dificultades Internalizantes y Externalizantes; pero los trastornos Internalizantes eran más frecuentes, caracterizándose por presentar puntajes significativos en la escala ansioso-depresivo. Finalmente se ejecutó una intervención psicológica la que ayudó a disminuir significativamente cinco puntos dichos puntajes.

ABSTRACT

A study of 44 single-parent families with 6-12 years old children, and which are part of the Children's Home (CAE-MIES) and *9 de Octubre* Cos (PACES) was carried out.

The study consisted on the implementation of the CAF (Common Assessment Framework) Psychological sheet, with the goal of identifying the cause of an absent parent in these families. The result showed that a higher percentage is due to the father's infidelity.

Subsequently, the application of the Achenback Child Behavior Checklist (CBCL) Psychological Test, and Kovacs CDI (Children's Depression Inventory) identified 30 children who had Internalizing and Externalizing difficulties; but the Internalizing disorders were more frequent, characterized by showing significant scores in the anxiety-depression scale.

Finally, a psychological intervention, that helped significantly to reduce these scores, was applied.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

Las prácticas pre-profesionales realizadas en el Centro de Atención Familiar (MIES) durante el año 2012-2013, me permitieron identificar que la mayoría de consultas delegadas a mi persona se trataba de niños que vivían con uno de sus progenitores, debido a varias causas como abandono, separación, divorcio, o porque la mujer tiene un hijo fuera del matrimonio. Por lo que se me hace importante plantear este tema de investigación, para conocer el tipo de dificultad que podrían presentar estos niños y niñas; y de esta forma delimitar el tipo de intervención que debería darse.

Independientemente de las circunstancias por las cuales el hogar tiene un solo progenitor, algunos de los efectos que sufrirá el niño o niña incluyen: vergüenza, sentirse culpable, rechazo, ira, inseguridad, un concepto bajo de sí mismo y retraimiento. Es por esto, que considero importante conocer las características, logros y dificultades de esta población.

El padre o la madre que se encuentra solo tienen que afrontar “demasiadas decisiones”, sin poder consultar al otro cónyuge, esto significa demasiado esfuerzo para una sola persona, y trae demasiadas tensiones y frustraciones, por lo que ésta investigación colaboraría en el fortalecimiento del vínculo del niño o niña con el padre que convivan, y en disminuir los efectos negativos en la relación padres- hijos en el caso de que existieran.

Según Mcdowell y Hostetler (2000), algunas personas tienen problemas de conducta después de la separación o el divorcio de los padres. Algunos pueden empezar a consumir alcohol, faltar a la escuela, tener dificultades en llevarse bien con otros, faltar el respeto a sus maestros de escuela, desobediencia en casa, agresividad u otra característica de un trastorno externalizado. Por otro lado, cuando uno de los progenitores se marcha, el niño teme que el otro también lo abandone, sintiéndose triste, con baja autoestima, confuso, con preocupaciones, obsesiones y compulsiones; es decir presenta características de un trastorno internalizado. Tales conductas a menudo son una expresión de ira o confusión, y de una reacción a los trastornos emocionales que sienten, pero que no pueden expresar adecuadamente, debido a su situación familiar. Por lo cual, es relevante que se identifique tipologías de estos

niños o niñas, es decir si sus características cumple con los criterios de un trastorno internalizado o externalizado.

Frente a lo descrito, los objetivos de esta investigación son:

Objetivo General:

1. Identificar las dificultades Internalizantes y Externalizantes, en niños y niñas de 6 a 12 años, que viven con un solo progenitor.

Objetivos específicos:

1. Conocer la causa de la ausencia de padre o madre, en las familias de un solo progenitor.
2. Determinar las dificultades Internalizantes y Externalizantes más frecuentes en niños y niñas de 6 a 12 años de edad.
3. Aplicar una intervención psicológica formada de quince sesiones, destinada a niños y niñas de 6 a 12 años (que presenten dificultades) y al progenitor con el que conviven.

El fundamento teórico que sustenta el presente trabajo se basa en la Teoría de Familias Monoparentales según Minuchin y otros autores, además de la teoría de Trastornos Internalizados y Externalizados según Achenbach.

Para Minuchin (1982) la familia es un grupo social y cultural que se enfrenta a un conjunto de etapas de desarrollo. Las familias monoparentales son aquellas en las cuales hay un solo progenitor, ya sea por muerte o separación del otro padre o porque los hijos nacieron fuera del matrimonio. Este tipo de familias tienen características particulares que sumadas a los cambios vitales de los hijos adolescentes pueden presentar problemáticas como aislamiento social y soledad del progenitor, celos de los hijos y tensiones ocasionadas por relaciones amorosas del padre o madre a cargo, percepciones de ser diferente a los demás por parte de los hijos, menos oportunidades de toma de decisiones conjuntas sobre la crianza de los hijos y obtener retroalimentación sobre las acciones implementadas. La problemática de las familias monoparentales es muy amplia y repercute en muchos ámbitos de la vida cotidiana. La situación de estas familias no es homogénea, pero el hecho de que estén encabezadas por sólo uno de los progenitores (generalmente la mujer) supone una

problemática común, aunque en cada caso puede estar más o menos agravada según las circunstancias de cada cual y de ciertas variables como nivel educativo, ingresos y actividad laboral.

Con respecto a la Teoría de trastornos internalizados y externalizados, Achenbach (1987) indica que la mayoría de las problemáticas presentadas en los niños se podría circunscribir a los problemas de conducta, denominación que es utilizada para referirse básicamente a aquellos comportamientos y pensamientos no habituales o tipos de comportamiento no esperados socialmente por los adultos. Achenbach y Edeibrock (1987) mencionaban dos componentes principales para analizar la conducta de los niños: un factor externo que incluye problemas de agresión, hiperactividad e impulsividad, y un factor interno que incluye problemas de ansiedad, depresión, asilamiento social e introversión. Reynolds (1992) define a las conductas externalizadas como aquellos comportamientos dirigidos al exterior, tales como la agresión, el robo y la mentira, los cuales manifiestan una mala adaptación a la sociedad, produciendo daño o molestia a los otros; mientras, las conductas internalizadas serían aquellos comportamientos dirigidos al interior en los que se incluyen la ansiedad, afecto depresivo y miedo excesivo, los cuales funcionan de forma inadaptada al producir daño o malestar a uno mismo.

Finalmente es importante dar a conocer que la presente tesis se basará en la utilización de los siguientes instrumentos para cumplir con los objetivos planteados:

1. Ficha Psicológica del Centro de Atención Familiar, para obtener información sociodemográfica del niño (a) y de su familia.
2. El cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach; del que obtendremos información sobre la presencia o ausencia de dificultades Internalizantes o Externalizantes en niños y niñas.
3. La Guía Clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. La intervención psicológica propuesta, tiene como objetivo desarrollar el Algoritmo tanto de los trastornos internalizados como externalizados en un curso de 16 sesiones.

Capítulo I

Tema:

1. Teoría de Familia Monoparental o con un solo progenitor.

1.1 La Familia

Para Minuchin (1982), la familia es un grupo social y cultural que se enfrenta a un conjunto de etapas de desarrollo, las que difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales. La familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de las distintas etapas del proceso de desarrollo familiar, en las que modifica su estructura, se enfrenta al desafío de cambios internos y externos; y a su vez debe mantener su continuidad. También, es una pequeña sociedad humana, cuyos miembros están en contacto cara a cara y tienen vínculos emocionales y una historia compartida (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000).

Minuchin (1974), aporta dos funciones en la familia: uno interno- la protección psicosocial de sus miembros; y un externo- la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma. En todas las culturas, la familia programa la conducta de sus hijos, la que es mantenida por el esfuerzo combinado de todos los miembros de la familia, y a su vez imprime un sentimiento de identidad independiente. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar, que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida. Por lo tanto, el sentido de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica.

Es realmente importante la presencia de ambos padres en el crecimiento de sus hijos, pues el hecho de pertenecer a una familia completa, conlleva a un mejor desarrollo y adaptación social. El hombre sobrevive en grupos, siendo inherente a la condición

humana; y una de las necesidades más básicas del niño es la figura de una madre que lo alimente, proteja e instruya (Minuchin, 1974). Las familias entrevistadas en la realización de la presente investigación, muestran que en una gran mayoría se encuentran estructuradas por una madre y sus hijos. Y al final como menciona Minuchin, la presencia de una dama es una de las necesidades prioritarias en la vida de un ser humano, la que puede originar funcionalidad ante la ausencia de un padre.

Por otro lado, la funcionalidad del sistema es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin, 1984), mientras las familias caóticas, en primer lugar, y las rígidamente autoritarias luego, generan modelos familiares con más carencias para el desarrollo y con menor satisfacción entre sus miembros.

El individuo es la unidad más pequeña del sistema familiar, un ente separado, pero también una parte del conjunto. En el marco de un enfoque sistémico se considera que cada persona contribuye a la formación de las pautas familiares, pero también es evidente que la personalidad y la conducta de los niños son moldeadas por lo que la familia espera y permite. En la mayoría de las familias hay múltiples pautas de alianza entre personas que profesan afecto y se apoyan mutuamente (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000). A veces las alianzas adoptan una forma diferente de actuar, y considero que en familias con un solo progenitor, a falta de uno de ellos, se puede crear una coalición de los hijos con el padre que convive, llegando a ser relativamente benigno.

La clave de muchos de los problemas de las personas se encuentra en las interacciones familiares, pues la familia es un sistema humano en crisis, es decir, en cambio constante, que influye permanentemente y de forma recíproca en sus miembros. Minuchin (1982), explica que la familia es un grupo natural que, en el curso del tiempo, ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, definiendo su gama de conductas y facilitando su interacción recíproca.

La familia experimenta cambios en la medida que se desplaza por diversos estadios de su ciclo vital. Estos movimientos pueden generar desequilibrio en el individuo y en el núcleo, el cual tiende a desaparecer, una vez que la familia se ha adaptado a las nuevas condiciones con el desarrollo de nuevas funciones y aptitudes (Minuchin y

Fishman, 1984). Además ambos autores coinciden en afirmar que la familia se ha convertido en una institución inestable en su organización, pues ha abandonado sus funciones socializantes y protectoras hacia sus miembros. Es por ello que los adolescentes recurren, con más frecuencia, a sus pares y a sus hermanos, por lo que su formación está más influida por éstos, más que por las figuras parentales. .

Según Colapinto, citado por Roizblatt (2006), “Una familia funcional no se define por la ausencia de estrés, conflictos o problemas, sino por cuán efectivamente los maneja para que no interfieran con su función de promover el bienestar de sus miembros; por lo tanto una familia “disfuncional” es la que no pueda cumplir con esta función. Además, la concepción de transiciones del ciclo vital en una familia, implica que un individuo se enfrenta a los dilemas propios de una fase de su desarrollo. Según este mismo autor: “las oscilaciones emocionales y de la conducta acompañan la ejercitación de nuevas competencias y la innovación de los vínculos, interactúan con los cambios que viven los padres con sus propias tareas evolutivas”. Lo anterior genera transformaciones en la estructura y funcionamiento familiar; el lugar y el rol que ocupa el adolescente cambia, la participación en algunos rituales familiares disminuye y el cuestionamiento hacia algunas creencias y mitos familiares se hace evidente.

Todas las familias pasan por periodos de transición, sus miembros crecen y cambian, también ocurren hechos que modifican la realidad familiar; como por ejemplo, el abandono de uno de los progenitores, lo que lleva a un periodo de desorganización. Las pautas familiares ya no son apropiadas, ocasionando que la familia pase por un proceso de ensayos y errores mientras buscan algún equilibrio. Este proceso cumple un periodo de incertidumbre y tensión tanto para los hijos, hijas como para el progenitor que queda a cargo. Minuchin, Colapinto y Minuchin (2000), aportan que algunas transiciones son provocadas por múltiples causas, entre ellos el nacimiento de un hijo, un divorcio, un nuevo matrimonio, una enfermedad imprevista ó la pérdida repentina de empleo, pero que dentro de ellas, es importante comprender que los problemas conductuales que se manifiestan en los hijos, durante los periodos de transición no son necesariamente patológicos ni permanentes. La ansiedad, la depresión y la irritabilidad son los componentes afectivos de una crisis; aunque la conducta pueda parecer perturbada o disfuncional, no es útil cristalizar la reacción concentrándose en la patología.

Sin lugar a duda, hablar de familia es evocar multiplicidad de presunciones y mitos en torno a ella. De hecho, la familia es la única unidad social vinculada con todos los demás sistemas de la sociedad humana. Cada familia tiene un estilo propio de cumplir sus funciones, pero la nota definitoria común es que las relaciones en la familia se modulan por los sentimientos.

1.2 Subsistema Parental

Minuchin (1982), señala que la estructura de la familia se configura en un sistema compuesto por subsistemas familiares; formados, a su vez, por los miembros de la unidad familiar y sus reacciones.

Cada uno de los miembros de la familia pertenece, según desde donde se contemple, a más de un subsistema. En cada uno de ellos, el individuo tendrá que cumplir determinadas funciones y desempeñar roles diferentes, así como también, alcanzará distintos grados de poder.

El Subsistema parental se forma a partir del nacimiento del primer hijo, por lo que es necesario se diferencie claramente del subsistema conyugal con el fin de facilitar la socialización del hijo sin dejar de lado el apoyo recíproco de la relación conyugal. Para ello, se deben trazar límites claros que permitan el acceso del niño a ambos padres, pero que al mismo tiempo lo excluya de las relaciones conyugales. Ello se conforma a través de las relaciones afectivas y comunicativas, producto de la interacción padre-hijo (Chan, 2006).

La labor parental es el resultado de la concurrencia de las aportaciones de ambos miembros de la pareja para una finalidad común. Se compone, por lo general, de la pareja de cónyuges; sin embargo, pueden entrar otras figuras por ausencia física o emocional de los padres e incluir en ella a un abuelo o una tía, incluso a un hijo en quien se delega la responsabilidad de cuidar y disciplinar a sus hermanos (Minuchin y Fishman, 2010).

Este subsistema se encarga entre otras funciones de la crianza y de la socialización de los hijos (Minuchin, 1995). La socialización es muy importante, en tanto que incluye la enseñanza de los límites, de las reglas, de las normas con las que se rige la

familia de manera interna hacia la sociedad. En ella, los padres supervisan y controlan el contacto de sus hijos con su entorno, con la finalidad de enseñarles a defenderse del mismo (funciones protectoras) y de orientarlos en su relación y trato con los otros (funciones normativas). Este proceso se desarrolla no del discurso, sino de la interacción con el menor, en la cual a través del trato de sus padres, el niño aprende a tratarlos a éstos y al resto de miembros de la sociedad. Es claro que en una familia monoparental, el subsistema parental se ve dificultoso, por lo que la socialización de los niños posiblemente se puede ver afectada y el establecimiento de reglas y límites se vea caótico. Por lo general, la ausencia de la figura parental lleva a ciertos conflictos en el manejo de las conductas de los niños y niñas, pues la autoridad la mayoría de las veces la ocupa el padre.

A medida que el niño crece se modifican las pautas de interacción y con ello el control que se ejerce sobre éste, debiéndose adecuar en relación a la etapa de ciclo vital que vive el niño, de sus capacidades y responsabilidades. Sin embargo, es improbable que los padres protejan y eduquen sin controlar y limitar al mismo tiempo. La relación de paternidad implica la capacidad de alimentación, educación, control y autoridad. Por eso, los padres no pueden ejercer sus tareas ejecutivas sin disponer del poder necesario para hacerlo.

Finalmente de este subsistema, el niño aprende a modelar su sentimiento de lo correcto, a conceptualizar la racionalidad o arbitrariedad de la autoridad, a conocer las conductas recompensadas y desanimadas y a vivenciar las pautas de afrontamiento familiar de los conflictos (Minuchin y Fishman, 2010).

1.3 Familia Monoparental

1.3.1 Concepto y Origen

En un matrimonio en crisis, al momento que llega la separación definitiva o divorcio, muchos cambios se harán evidentes, la madre al enfrentar la nueva situación posiblemente ya no tendrá que quedarse en casa al cuidado de los hijos, sino tendrá la necesidad de salir a trabajar; ocasionando una reorganización familiar, pues los hijos se verán afectados por el trastoque del humor de la madre, posiblemente por la ausencia del padre, la nueva situación

económica del hogar, los cambios de reglas, horarios y más pautas que antes constituían la cotidianidad de dicha familia (Idrovo, 2012).

Actualmente, la familia tradicional (padre y madre viviendo juntos con sus hijos) es considerada la normal, aunque en muchos países no lo sea, también es cierto que en la medida que el número de separaciones matrimoniales se ha incrementado, el caso de segundos matrimonios se ha hecho igualmente más frecuente; por tanto, puede pensarse que el tipo de familia a la cual nos referiremos, así como va evolucionando nuestra sociedad, no se la califican sólo como una alternativa de familia, sino como otra fase (normal, esperable) dentro del ciclo de vida familiar que ciertas familias desarrollarán (Roizblatt, 2006).

Numerosos estudios de la familia en el Ecuador, corroboran que en los últimos años se han dado muchos cambios en la organización y estructura de las familias debido a factores internos y externos, entre los que tenemos el aumento de casos de divorcios. En 1981 se aprobó en España la Ley del Divorcio, a partir de ese momento, el número de separaciones y divorcios se ha incrementado de forma considerable, produciéndose en el año 2006 más de 93.000 divorcios y 55.000 separaciones (Consejo General del Poder Judicial, 2006). En aproximadamente el 49% de los divorcios y el 63% de las separaciones existen hijos menores de edad, lo que significa que un alto porcentaje de niños pasarán parte de su infancia y niñez con un solo progenitor (Orgilés, Espada y Méndez, 2008).

Por otro lado, un estudio con 103 familias monoparentales que habían pasado por el proceso de divorcio. En sus resultados se refiere que existen diferencias en el ajuste de los niños de acuerdo a su edad, que se refleja en que los niños mayores de estas familias desarrollaron problemas de competencia social, en relación a los más pequeños. En otro estudio con menores reincidentes, ha encontrado una fuerte presencia de familias monoparentales, en el que el comportamiento problemático de un niño está más bien relacionado con el funcionamiento deficiente de las tareas que les corresponden a los miembros de una familia (Orgilés, Espada y Méndez, 2008).

Las familias de origen monoparental son las que están formadas por un solo progenitor y sus hijos, las que tienen características particulares que sumadas a los cambios vitales de los hijos pueden presentar problemáticas como aislamiento social

y soledad del progenitor, celos de los hijos y tensiones ocasionadas por relaciones amorosas del padre o madre a cargo.

Desde el punto de vista del funcionalismo, las familias monoparentales se consideran como desviaciones, puesto que la familia nuclear es la norma; esto implicará distintos grados de sanciones legales y sociales: negación del fenómeno, falta de apoyo positivo, o bien, considerarlas como un problema social. Aunque Arroyo (2012), considera que sería una estructura equivalente funcional, en el sentido de que siguen cumpliendo algunas de las funciones que realiza la familia nuclear, especialmente respecto al mantenimiento y socialización de los hijos.

Existen tres tipos de familias monoparentales:

1. Familia monoparental: Solo hay un padre o la madre que conviven con sus hijos o hijas.
2. Familia monoparental extendida: Hay un padre o madre que convive con sus hijos y con otras personas de la familia.
3. Familia monoparental compleja: Hay un padre o madre que convive con sus hijos y con otras personas ajenas a la familia.

Las familias del Hogar Infantil y de la Fundación Salesiana PACES, lugares donde se aplicó el Cuestionario CBCL, corresponden al primer tipo de familia monoparental; pero sin lugar a duda, los principales conflictos que probablemente se presentan en cualquiera de esta tipología, son (Padilla, 2007):

1. Poco tiempo y espacio para la convivencia.
2. Dificultades en la independencia de los hijos mayores.
3. Crisis económicas.
4. Riesgo de aislamiento.
5. Confusión de roles.
6. Límites confusos o invertidos.

7. Adolescentes con problemas de socialización y/o afectivos que repercuten, se originan o mantienen en el medio familiar.

8. Problemas en la escolarización, etc.

Con respecto al origen de la monoparentalidad, el principal desencadenante es la ruptura matrimonial bien sea por separación, divorcio, abandono o viudedad, maternidad en solitario y la ruptura de la convivencia. Además pueden existir otras circunstancias como el trabajo lejos de la residencia familiar o la cárcel, que convierten a las familias nucleares en familias monoparentales. El origen de la monoparentalidad se puede considerar uno de los factores diferenciadores de las familias monoparentales, no solamente por la variedad de circunstancias en las que se generan estas nuevas familias, sino también porque va a incidir en la definición de la situación que tengan los sujetos y en la percepción social del entorno en el que están inmersos. La visión de su situación familiar y de su ciclo vital está fundamentalmente compuesta por creencias, actitudes y comportamientos ligados a la idea de la familia nuclear, la pareja o el matrimonio y los roles sexuales tradicionales dentro y fuera de la familia, y, sobre todo, a los diversos estatus asignados a los estados civiles, que en la mujer parecen ser más decisivos, en muchos aspectos, que para los hombres (Arroyo, 2002).

El sentido de la vida para las mujeres que afrontan la monoparentalidad es bastante variable; mientras que algunas experimentan percepciones negativas por la falta de aceptación (culpabilidad, tensiones, angustias, miedos), además de los conflictos, carencias económicas y afectivas; otras vivencian casos opuestos, consideran ventajosa la satisfacción que provoca la auto-consideración, como mujeres independientes con respecto a los hombres, capaces de educar su descendencia con habilidad frente a los antagonismos de la vida. La problemática de las familias monoparentales es muy amplia y repercute en muchos ámbitos de la vida cotidiana. La situación de estas familias no es homogénea, pero el hecho de que estén encabezadas por sólo uno de los progenitores (generalmente la mujer) supone una problemática común, aunque en cada caso puede estar más o menos agravada según las circunstancias de cada cual y de ciertas variables como nivel educativo, ingresos y actividad laboral.

Según Idrovo (2012), a la monoparentalidad no se le puede considerar ni como algo positivo, ni negativo. Sino más bien como un proceso de reestructuración personal, que va acompañado de cambios importantes, mucha de las veces dolorosa, causada por la confusión y la desorganización familiar, económica, emocional y social que compite con la fuerza por superar la crisis y los conflictos que en ese momento se llevan a cabo. En estos casos los progenitores a cargo de esta familia se sienten con el compromiso y la obligación de sacar adelante a sus hijos, siempre pendientes de que esta situación no afecte su autoestima. Muchas investigaciones demuestran que este tipo de familias pueden ser perfectamente funcionales, dependiendo del padre o la madre que quede a cargo de los hijos, el que debe elaborar adecuadamente el proceso de reorganización familiar, que ayudará a romper los estereotipos de un hogar estructurado por un solo progenitor.

De la misma forma que existen causas diversas que conducen a la formación monoparental, varían sustancialmente la forma de enfrentar las situaciones a nivel del grupo en familia. Además de la potencialidad de factores objetivos como la posición material y las formas de ingresos, interviene la carga subjetiva, que acompaña a los procesos que se viven en el hogar, imposibilitando las recetas comunes para todos los casos.

1.3.2 Características demográficas y socioeconómicas de las familias monoparentales.

Si comparamos las familias monoparentales con las familias nucleares, podemos deducir, a pesar de la variedad, una serie de características demográficas comunes, como son: el género, la edad y el número de hijos.

Uno de los aspectos comunes y característicos de las familias monoparentales en todos los países, es que en su mayoría están encabezados por mujeres, la proporción de hijos que viven con la madre sola ha aumentado progresivamente. Nueve de cada diez familias monoparentales están encabezadas por mujeres, quienes asumen mayormente el cuidado y responsabilidad de los hijos, lo que supone un obstáculo para conseguir una mayor igualdad entre los hombres y mujeres (Arroyo, 2012).

Las características socioeconómicas dan a conocer que en estas familias existe un gran riesgo de pobreza, tanto si se comparan con su situación anterior a la

monoparentalidad, como si se comparan con las familias nucleares. Los indicadores utilizados presentan una serie de dificultades, existiendo una gran diversidad de políticas sociales y de rentas o beneficios disponibles o no para estas familias, en particular, y para las familias en situación precaria, en general. La actividad laboral del cabeza de familia monoparental también es un factor decisivo en su situación económica, pero en los países donde la actividad es alta, persiste la desigualdad y el riesgo de pobreza.

Según el informe de “Las Tendencias Demográficas Actuales y Modos de Vida en Europa”, Höpflinger (1990), un porcentaje importante de familias monoparentales, el 64% valora su situación económica como negativa, frente a un 28% de los casados. Así mismo, en familias con dos padres tienden a tener unos niveles de ingresos más altos, y son menos vulnerables que las familias monoparentales, hecho que también se confirma en los distintos estudios realizados (OCDE, 1990; Bradshaw, Kennedy y Kilkey, 1996).

También en un estudio Höpflinger (1990), el porcentaje de pobreza de madres solas (definido como el 50% del sueldo, incluyendo beneficios y ajustado al tamaño de la familia) era de media el doble que el de padres solos. Y así mismo, el de las familias monoparentales es el doble que el de familias encabezadas por parejas.

La vivienda es otro indicador importante para conocer el nivel de vida y en, general, según los datos disponibles, las familias monoparentales tienen mayores dificultades para la adquisición de una vivienda propia que las nucleares. Así, las familias monoparentales con uno o más niños suponen un 37% de los propietarios de la Unión Europea, frente a un 68% de parejas con hijos. Mientras que las personas solas, mayores de 65 años, son un 47%, y los solteros, menores de 30 años, un 14% (Eurostat, 1994).

1.3.3 Nivel de estudios y participación laboral

Según Arroyo (2012), dentro de las familias monoparentales, los niveles más altos lo tienen las separadas seguidas de las solteras, mientras que las viudas tienen un mayor porcentaje de estudios primarios. Si consideramos el nivel de estudios como un indicador de las posibilidades de inserción en el mercado laboral, las familias monoparentales, no tienen una situación de desventaja en comparación con las

madres casadas, ni siquiera las madres solteras constituyen un grupo social especialmente desfavorecido, por lo tanto los problemas económicos y sociales que puedan tener no es consecuencia de la escasa preparación de las madres monoparentales sino por lo específico de su situación de ser mujer y tener cargas familiares. La proporción de mujeres casadas con niveles más bajos es mayor; de la misma forma que las mujeres sin hijos tienen niveles superiores a los que no los tienen en términos globales; ser madre soltera sigue estando relacionado con los estatus más bajos, ser separada o divorciada está relacionado positivamente con los niveles más altos y viuda negativamente.

Las madres solas en su comportamiento laboral siguen unas pautas distintas a los ciclos laborales tradicionales femeninos, donde la presión familiar, el estado civil y la presencia de hijos les obligaban a abandonar el mercado laboral. Sin embargo para las monoparentales la situación es totalmente inversa, la necesidad de trabajar es un imperativo y las obligaciones familiares se deben adaptar a dicha necesidad.

El primer factor diferenciador es la presencia o no de pareja, las mujeres sin pareja presentan una mayor tasa de actividad, tengan hijos o no, están mejor cualificadas y orientadas al trabajo. Otro factor diferenciador son los hijos, su presencia se asocia con una menor actividad, a todas las edades y tanto entre las que tienen pareja como las que no aunque el efecto es mayor entre las que tienen pareja.

1.3.4 Conflictos en el matrimonio

El amor es un sentimiento que nos llena de recompensas y satisfacciones, liberando toda la potencialidad del ser humano, con el fin de alcanzar los sueños sin conocer límites, pero este no puede resolver todas las exigencias de la vida, este es un camino difícil de aprender, por eso el número de divorcios, es la pauta que nos puede determinar que estamos fracasando (Toro, 2013).

Una vida de pareja satisfactoria significa una gran compatibilidad en diferentes áreas, lo que les permitirá superar conflictos, que surgirán a lo largo del tiempo, para lo cual es necesario trabajar en la vitalidad de la relación, en donde la tolerancia en una buena dosis, no debe faltar, así como esforzarse por resolver los problemas, sin perder de vista este proyecto en común. Es necesario por lo tanto alimentar el amor con pequeños detalles que, día tras día, lo mantengan vivo, es donde podemos

encontrar el primer factor de riesgo, que permitirá el apareamiento del conflicto; al que llamaremos rutina.

Rutina o acostumbramiento al otro, que lleva a olvidar los detalles que se tenían entre sí cuando eran novios. Por lo que una vez casados, ambos deberán esforzarse en este proceso, buscar conquistar al otro, día a día dentro del matrimonio; a ese peligro de la rutina, se añade otro no menos peligroso, la falta de comunicación, ambos factores podrían actuar como un detonante en la relación matrimonial. Uno de los cónyuges puede percibir la rutina del otro, y tomarlo como desinterés o hasta como desprecio, como consecuencia aparecerá el distanciamiento afectivo, creando un ambiente frío, tomando en cuenta que este es el lugar en el que la persona busca refugio, compañía, seguridad, satisfacción de necesidades.

Según la misma autora, hay parejas que durante mucho tiempo, permanecen en este proceso, y no buscan solución, bajo estas circunstancias, en el hogar se generara un gran estrés, al que se sugiere no mantener por demasiado tiempo, pues nadie de la familia se beneficiará, por el contrario esto traerá conflictos, en donde se verán inmersos no solo los padres, sino también los hijos, transmitiendo de alguna manera una imagen negativa, de lo que significa en realidad el matrimonio.

La rutina y la falta de comunicación pueden establecerse como conflictos en el matrimonio, y llevarlos a soluciones drásticas, como la separación o el divorcio. El momento de tomar esta decisión sería importante que la pareja reflexionará sobre las razones por las que se casaron, así como que les lleva a tomar la decisión de separarse, esto ayudará a elaborar la pérdida del compañero, de la relación de pareja y del proyecto de vida en común que se plantearon.

1.3.5 Separación o divorcio.

Según Toro (2013), el divorcio es siempre una situación dolorosa tanto para hombres como para mujeres, ambos terminan heridos y con una baja autoestima, por todos los cambios que tienen que enfrentar, que pueden llevarlos a sentimientos de ira, depresión, así como un gran resentimiento hacia el cónyuge, que puede provocar rechazo al sexo contrario. Con el tiempo las personas lograrán mirar en la separación,

una decisión acertada, de la que no se arrepienten, que por el contrario le abre las puertas a nuevas posibilidades, al crecimiento emocional y personal, a la posibilidad de mantener nuevas relaciones en un futuro, por lo que el divorcio puede ser una crisis que ofrezca nuevas oportunidades. La experiencia del divorcio puede causar problemas conductuales y emocionales en los hijos, que puede durar hasta la edad adulta, debido a una mala adaptación, esto puede darse debido a la experiencias de riesgos que lo preceden; como los conflictos entre padres e hijos, o matrimoniales, por lo que un divorcio consensuado permite que se llegue a acuerdos favorables, que den la estabilidad y la madurez emocional de los hijos, así como la aceptación de la terminación de este proyecto de vida, y el comienzo de uno nuevo, bajo diferentes circunstancias y con nuevas responsabilidades.

Y de esta forma la primera forma de familia monoparental resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta, tomando la decisión de separarse o divorciarse. Eguiluz (2003), menciona que algunos padres o madres se relacionan con sus hijos como si no necesitaran ningún otro vínculo afectivo y recurren a la fortaleza de su efecto y la grandiosidad de su persona frente a tal hecho, pero esto puede coartar tanto las posibilidades de crecimiento personal como de toda la familia. Una característica frecuente de estas familias aparece en la etapa de la sexualidad y la independencia emocional, cuando los hijos toman los roles de la pareja ausente y “hacen pareja” con el progenitor presente, como forma de protección y apoyo.

Cuando la familia cambia su estructura y atraviesa por un abandono o divorcio de los padres, situaciones muy dolorosas y traumáticas son las que deben enfrentar niños y niñas, que por lo general “su reacción” es casi siempre la misma: conmoción, seguida por depresión, negación, enojo, bajo autoestima y hasta cierta sensación de responsabilidad de lo ocurrido (Idrovo, 2012).

Estas familias pasan por momentos continuos de ajuste dependiendo de la elaboración de situaciones en torno al padre ausente (Ritvo y Glick, 2003). Diversos estudios sugieren la importancia de la participación de ambos padres en la crianza de los hijos; Roizzblatt (2006), argumenta como ventajas de este hecho: hijos más democráticos en sus relaciones de género, equilibrio en la distribución de roles y funciones; lo que permite mayor espacio de crecimiento individual, desarrollo de mejores habilidades sociales, cognitivas y socio-afectivas. Esto sugiere que en una

familia con madre y padre involucrados en la crianza de los hijos, ellos cuentan con más amplitud de herramientas a imitar, lo que incrementa sus habilidades de funcionamiento y adaptación a la realidad, esta ventaja no suele presentarse en las familias monoparentales. La ausencia de la figura paterna dentro del hogar, provoca un indicador de los problemas comportamentales de los adolescentes y de su vinculación con la madre, pues la ausencia de éste, genera una distorsión en cuanto a la posición de jerarquías que cada uno representa en el sistema familiar y que consecuentemente conlleva la asunción de roles equívocos que alteran la comunicación (Minuchin, 1984).

Por otro lado, las familias se desintegran porque no pueden superar sus desacuerdos, aunque sus miembros se profesen afecto. La mayoría de las familias tienen un sistema de señales, un umbral que al ser sobrepasado activa una alarma, indicando así a los miembros que deben calmarse y evitar peligro. En el caso de las familias monoparentales, en su gran mayoría, la causa de su desintegración se da por peleas frecuentes entre sus conyugues, pues las encuestas aplicadas dan a conocer que el hombre ha abandonado su hogar, por haber mantenido una relación con otra persona, ocasionado posiblemente por la incomunicación e incomprensión con su pareja (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000).

Es importante propiciar que los hijos mantengan contacto con el progenitor que no tiene la custodia. No olvidemos que los padres son figuras significativas en su vida y la relación frecuente con ambos reduce la sensación de pérdida y la ansiedad de la separación, al tiempo que les permite seguir ejerciendo el papel de figuras de apego, de las que pueden aprender y compartir experiencias y afectos. La clave no está simplemente en que vean al progenitor separado, sino en que convivan en realidad con él o ella, manteniendo el interés y la responsabilidad en su relación. En el período posterior a la separación, muchos padres desarrollan prácticas educativas en extremo indulgentes y permisivas, a fin de que los encuentros sean felices en lo posible, aunque están presionados por el poco tiempo de que disponen para estar con sus hijos y alentados por el interés de compensar los malos momentos que todos viven o vivieron. Sin embargo, poco a poco desarrollan un papel de responsabilidad y de demostración de afectos para facilitar mayor comunicación entre ellos o, por el contrario, se distancian cada vez más de sus hijos, espacian los encuentros y reducen el tiempo de contacto, lo cual

origina que la familia monoparental del progenitor custodio se consolide con mayor fuerza. Además el progenitor que se distancia o se acerca, de cierta forma ocasiona mayores dificultades en el niño o niña, pues se los somete a un proceso de adaptación diferente, originando síntomas variables.

Lilia Flores, profesora de la Universidad autónoma del Estado de México piensa que en familias con padres divorciados, los varones son los más perjudicados, pues reciben menor atención y exteriorizan menos sus emociones. Aunque no en todos los casos de separación de los padres, los hijos(as) resultan perjudicados, ya que existen familias que luego de una separación, la relación llega a ser más sana, los hijos(as) se sienten más tranquilos al no presenciar más los conflictos entre los padres, ya que al desaparecer la tensión matrimonial, los hijos y la familia recuperan la confianza en sí mismos y se sentirán más relajados, disminuirá el miedo y el estrés generado.

La forma de asumir la monoparentalidad desde la postura femenina, no se presenta de igual forma. Para las mujeres separadas y divorciadas interviene un proceso de situaciones conflictivas hasta el final de la ruptura marital, además, la ausencia, no siempre es total, existen casos que responde a grados participativos de apoyo hacia la descendencia, ya sea parcial o moderada.

Finalmente es importante citar que con respecto a los hombres separados, la percepción de la separación o divorcio es distinta, ninguno de ellos ha sentido rechazo o discriminación, ni siquiera a nivel de cotilleos, al contrario, suscitan cierta admiración por el hecho de estar separados y convivir con sus hijos, solamente uno considera que su situación no es muy distinta, aunque admite que puede suponer un "reconocimiento social" y que depende más de los medios que tengas para organizarte y de la forma de ser de las personas (Arroyo, 2012).

1.3.6 Los niños y el divorcio

El divorcio de los padres es una situación de mucha tristeza y estrés para los niños, tomando en cuenta que el matrimonio, es cada vez una institución menos permanente, así como opcional. Los niños tendrán que enfrentar una serie de situaciones estresantes y adaptativas, las mismas que están relacionadas con sus padres, problemas como la adaptación, que es considerada menor en hijos de padres divorciados que aquellos que permanecen en familias intactas, aunque no se conoce

la gravedad y extensión de este problema, lo que sí es considerado un grupo vulnerable, por lo que será necesaria mucha paciencia a fin de explicarles las razones de la separación y que previo las etapas de negación, tristeza, enfado, resignación y asimilación, el proceso familiar de adaptación se desarrolle con el menor dolor posible (Toro, 2013).

La familia es un sistema que está interrelacionado, en donde cada integrante juega un rol, un lugar y un espacio, cuando se produce un divorcio este sistema cambia y el lugar que tenía la pareja cambia para formar dos sistemas familiares, uno los hijos con uno de los progenitores, el otro del progenitor que ha salido de casa. Pero hay que tomar en cuenta que el momento de comunicar esta decisión a los hijos es muy difícil, pues hay que buscar la manera más adecuada para explicarles lo que está pasando y las razones por las que se van a divorciar, a fin de que los niños no se sientan responsables, lo que permitirá que estén más seguros y con menos miedo.

Hay que tomar en cuenta que en ese momento se van a sentir muy tristes, pero los padres tienen que estar seguros que no van a perder su amor ni su respeto y que siempre seguirán siendo sus padres, es importante que la comunicación sea clara y que se mantenga siempre el control de la situación, informándoles las razones propias de su separación.

La armonía marital se considera que tiene gran influencia en la crianza de los hijos, si los padres son personas inseguras, inmaduras e infelices, se notará en la relación de la pareja, esta será insatisfecha y conflictiva, por lo tanto el niño no podrá recibir lo que necesita para su desarrollo psicológico adecuado, su autoestima se verá afectada, sin por ello dejar de señalar que no hay padres perfectos, lo importante es buscar mejorar las relaciones familiares, en las circunstancias que sean, sin dejar de mencionar que el delicado equilibrio que las sostiene, requiere de ajustes para superar los conflictos y dificultades, y esto supone muchas veces también pasar por momentos de dolor, falta de entendimiento o incompreensión.

Según Toro (2013), es necesario advertir a los niños las situaciones que van a vivir, lo que permitirá que se cree menos angustia y logren bajar las tensiones, pues el desconocimiento puede traer problemas en el desarrollo del hijo, si se les informa lo que ocurre, las dudas y culpas serán menos, es una manera de señalarles que son importantes, que son tomados en cuenta, y que no dejarán de cumplir con su labor de

padres, esto les permitirá asimilar los hechos, con todas las emociones que esto implica (tristeza, enfado, rabietas, confusión o mutismo), lo que se sugiere a los padres es “humanizar su separación”.

La familia tiene como función primordial la de asegurar la supervivencia y garantizar la protección, el afecto y la identidad de sus seres; es decir no solo brinda la satisfacción de las necesidades básicas, sino que también se encarga de la identidad personal, social, cultural, lo cual es posible en la medida en la que establece pautas de crianza específicas enmarcadas en una forma concreta de interacción.

La familia puede o no potenciar el desarrollo del niño o niña dependiendo de cómo está estructurada y de cómo ejecuta sus funciones, una familia que ofrece la satisfacción de las necesidades, una comunicación favorable que potencia el afecto positivo es una familia que cuida el desarrollo. Mientras que una familia con conflictos socioeconómicos, agresiva, conflictiva se convierte en un elemento de riesgo. Por lo tanto este tipo de familia podría ocasionar factores que pueden llevar a un retraso en el desarrollo del niño, como son: 1) Carencias emocionales como resultado del abandono, 2) el rechazo y la hostilidad de los padres, 2) Problemas económicos que afectan la nutrición 3) las condiciones de vida y las actitudes de los progenitores.

Los niños de riesgo psicosocial son aquellos que viven en condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, mala atención en salud, educación que pueden alterar su proceso madurativo. Por eso es imperioso investigar el afecto en la vida del niño, el tipo de relaciones existentes entre él y sus padres, la organización y el estilo de vida de la familia; la situación actual del niño en casa y en el centro de cuidado diario (Auquilla, 2012).

1.3.7 Viudez

Por lo general, las madres viudas sufren la pérdida y luego un proceso adaptativo a la ausencia paterna de los hijos. La pérdida de uno de los padres, de acuerdo con McGoldrick y Gerson (1987), puede causar impactos sobre la familia,

particularmente sobre los hijos. Entre ellas sobresalen algunas situaciones, como la melancolía, las dificultades económicas, particularmente cuando quedan al cargo de una mujer; y las dificultades para organizarse sólo con la crianza de los hijos.

En el caso de las viudas, la muerte de uno de los cónyuges ha sido el factor desencadenante de la monoparentalidad, y a diferencia de los otros colectivos, es un fenómeno que está absolutamente fuera del control de los protagonistas. Tradicionalmente ha sido la forma de familia monoparental más común y hacia la que existe algún sistema de protección establecido y aceptado, como son las pensiones de viudedad, que no tienen su equivalente en las otras familias monoparentales. Uno de los principales elementos propios de la viudedad lo constituye la involuntariedad de la situación respecto a otros tipos de familias monoparentales, es decir, las personas no han elegido la muerte de su cónyuge, es algo impuesto por las circunstancias, mientras que las madres solteras o las separadas tienen un mayor grado de elección personal en su situación, la muerte del cónyuge es la diferencia fundamental.

La soledad es una de las peores experiencias de la mayoría de estas mujeres, con frecuencia han sufrido depresiones bastante fuertes, sobre todo en los períodos iniciales, hasta que aceptan y aprenden a vivir su nueva situación. El tiempo de adaptación y superación de esta fase depende sobre todo del grado de independencia o autonomía (económica y psicológica) que tenían respecto a su pareja (Arroyo, 2012).

1.3.8 Madres Solteras

Las madres solteras, son grupos diferentes, por lo general, asumen toda la carga de responsabilidades, conscientes del reto que se avecina y de algún modo se preparan para ese trayecto. También se presentan modalidades atípicas en comparación con el resto de los grupos examinados; si bien muchas veces figuran como madres solteras, quienes han concluido la unión marital en medio del proceso de gestación, también se ubican otras situaciones, que responden al logro de la maternidad independiente, generalmente son mujeres auto-valoradas capaces y competentes que deciden la procreación al margen de la figura masculina, antes de iniciarse el proceso de gestación.

La problemática de madres solteras, la podemos encuadrar en diferentes aspectos como: el empleo, la vivienda, la educación y aspectos psicosociales. En cuanto a las familias encabezadas por mujeres, uno de los principales problemas es la búsqueda de empleo. Ante todo cabe señalar la precaria situación económica en la que quedan las madres, a lo que hay que añadir el problema de la difícil inserción o reinserción de con respecto a las empresas, las mujeres solas con hijos en busca de empleo están discriminadas a priori por ser consideradas como posible causa de absentismo. En algunos casos hay prejuicios, sobre todo con respecto a las madres solteras (para cuidar a los hijos, por ejemplo). Este tipo de familias es minoría dentro del número de familias monoparentales existentes en la sociedad, pero no podemos olvidar que este hecho se da también en la actualidad, y que cada vez más la tendencia es a su incremento debido sobre todo a los cambios de mentalidad y de costumbres que están sucediendo.

Estas familias también se enfrentan a los problemas mencionados anteriormente de riesgo de pobreza, de falta de tiempo para cuidar a los hijos y de compatibilizar el cuidado de los mismos con el trabajo, problemas de integración y de estigma, pero la diferencia más significativa es que los hombres no sufren la discriminación laboral en la medida en que lo puede padecer la mujer (Mcdowell y Hostetler, 2000).

Según Rodríguez y Rodríguez (2003), la presencia en el hogar familiar de un único progenitor, la ausencia mayoritaria del padre en el núcleo monoparental nos lleva a encontrarnos ante una monoparentalidad eminentemente femenina, lo que indica que la variable género va a tener un peso importante en la configuración de la naturaleza de la monoparentalidad.

Por otro lado, las madres solteras, no han tenido una convivencia de pareja o algunas de ellas lo han experimentado por períodos más o menos cortos, y su familia se forma a partir del nacimiento de su hijo. Además, son las que se enfrentan a un mayor rechazo social. Aunque, en general todos creen que en relación al pasado inmediato esta discriminación ha disminuido bastante, existe también una diferencia generacional en las actitudes, siendo la gente más joven la que menos prejuicios expresan. También, es importante señalar que las madres solteras tienen mayor autonomía e independencia y no han sufrido la experiencia traumática de la pérdida, como las viudas o de la ruptura matrimonial y el cambio de su vida en pareja. En este

aspecto, la situación es, no obstante, ambigua. Así, algunas piensan que la situación de madre soltera supone una ventaja frente a las separadas, porque no tienen que sufrir el trauma de la ruptura, una nueva readaptación y la relación con el ex-cónyuge, mientras que otras creen que, por lo menos, los niños tienen a su padre de referencia.

Arroyo (2002), establece que el significado de la vida en pareja, el matrimonio y la independencia económica son factores que incidirán en cómo las mujeres viven la experiencia de la separación. Además, como es lógico, dependiendo de las circunstancias personales de cada una, al igual que las viudas, el grado de autonomía económica y social respecto al marido va a determinar, en gran medida, las dificultades o facilidades para salir adelante. En este sentido, las mujeres que han dedicado su vida a la familia y a la casa, son las que más sufren la ruptura matrimonial, en contraste para las mujeres que ya tenían trabajo e independencia económica, el cambio no fue tan brusco y traumático, puesto que estaban acostumbradas a tomar decisiones, a la conocida doble jornada, especialmente en los casos donde el marido no compartía las responsabilidades del hogar.

1.3.9 Otros tipos

Las experiencias monoparentales que no implican roturas entre los cónyuges, también se distinguen del resto analizado. Aunque mantienen como similitud la no convivencia, existen límites temporales, en lo que respecta a periodos de encarcelación, emigración y de empleo fuera del hogar, e incluso opciones de transitoriedad en los casos de enfermedad. Las vivencias que marcan estas familias, se caracterizan por modalidades en los niveles de interacción entre los miembros, a pesar de la lejanía, en algunos casos prevalecen formas de comunicación, de mantenimiento de lazos afectivos, el control educativo e incluso la ayuda material que favorece el confort de la vida familiar y reduce la carga de situaciones económicas para la madre de familia.

La ruptura de la pareja es una de las experiencias más dolorosas y amargas que las personas pueden vivir, aun en los casos mejor enfrentados, la separación trae consigo pérdidas reales para todos los miembros de la familia, por lo tanto llegado este momento sería importante que la pareja reflexione sobre las razones por las que se

casaron, así como por las que quieren separarse, tomando en cuenta cuáles son los aspectos funcionales y en cuáles se falló, esperando que lo sucedido será beneficioso para poder elaborar la pérdida del compañero/a, de la relación de pareja y del proyecto de vida, así como de la relación de padres en caso lo sean, así en un futuro si se quiere establecer una nueva relación procuren librarse, a través, de un proceso de duelo de las pérdidas, que cada uno pueda perdonarse a si mismo y del otro, como mantener su rol de padres, el mismos que debería perdurar por el resto de la vida.

Luego de transcurrido el tiempo de separación las personas pueden pasar por momentos de incertidumbre que pueden permitir el apareamiento de aspectos negativos como poca comunicación en la familia, delegación de marido o mujer a uno de sus hijos, sobreprotección excesiva a los hijos, elementos estos que debe aprender a manejar la mujer debido a que se constituirá como el único progenitor que estará junto a sus hijos, para lo que deberá aceptar su nuevo rol monoparental.

Finalmente, cabe recalcar que una separación, divorcio, viudez, etc., es indicador de una crisis, pero es importante que esta se reciba con suficiente antelación y que la familia (en su gran mayoría madre e hijos), dispongan de mecanismos de control de crisis y no una tendencia a agravar la situación hasta llegar a la violencia. Posiblemente, esta podría ser la causa de padres maltratadores, y al dar un modelo agresivo y ser el único modelo a seguir, los niños, niñas y adolescentes imitan esta conducta poniéndola en práctica en diversos ambientes.

Capítulo II

Tema:

2. Consecuencias en los hijos que viven con uno de sus progenitores.

2.1 Consecuencias psicológicas, económicas, sociales y escolares en niños y niñas que viven con un solo padre.

La ruptura de pareja implica un cambio en la estructura familiar y por ello, modifica la relación entre todos sus miembros. Sin embargo, a pesar de la reestructuración que debe producirse, la disolución conyugal no exime la responsabilidad de la pareja como padres, por lo que los intereses de los hijos deben prevalecer sobre la ruptura. Es frecuente la aparición de numerosas dificultades para establecer acuerdos entre los ex cónyuges, respecto al bienestar y pautas educativas de los hijos después de la separación. De hecho, a pesar de haberse producido un aumento significativo en las rupturas de mutuo acuerdo, los divorcios contenciosos todavía son muy frecuentes, influyendo en esos casos el conflicto interparental en el bienestar de los hijos (Orgilés, Espada y Méndez, 2008). Por lo tanto, el vínculo que se crea entre los miembros de la familia permite tener herramientas suficientes para establecer relaciones positivas o destructivas, es decir, para generar espacios donde las personas se sientan queridas y valoradas o, por el contrario, incomprendidas o no reconocidas. La cercanía y la continuidad de las relaciones familiares hacen más intensos los conflictos que se generan, y al estar frente a una familia monoparental, la ausencia de uno de los progenitores puede provocar mayores dificultades, sobre todo en los hijos o hijas que la conforman.

La Asociación Americana de Psiquiatría considera el divorcio de los padres como una experiencia muy estresante para los hijos que puede tener consecuencias a corto, medio y largo plazo. Tradicionalmente, la unidad familiar se ha concebido como una estructura que protege a los niños, a la vez que se ha considerado la ruptura conyugal

capaz de generar en los menores problemas físicos, emocionales, escolares y sociales.

Según Arroyo y Domínguez (2001), los principales problemas encontrados en estos progenitores en lo referente a la educación de sus hijos, junto a la falta de tiempo y la incompatibilidad más o menos grave con el trabajo, consisten en la dificultad que algunos experimentan en la adopción de decisiones, y en el hecho de tener que afrontarlo en solitario, o al menos sin el cónyuge ausente. Se trata de una circunstancia experimentada como dura y difícil, a pesar del apoyo de la familia de origen y del grupo de amigos, puesto que sigue considerándose al cónyuge ausente como elemento en tales decisiones. Obviamente, se trata de una consideración ideal, puesto que la pareja real (ausente) no participa con el grado de implicación esperado en la educación de los hijos. Por otro lado, algunos consideran la autonomía o la independencia de la monoparentalidad como un aspecto ventajoso y se acostumbran a asumir decisiones por sí mismos, aún a pesar de haber perdido a la pareja conyugal, además de la satisfacción al ver cumplidas sus expectativas en la educación de sus hijos.

Es verdad que las personas que sufren precariedad económica ven limitados los recursos educacionales que les gustaría proporcionar a sus hijos como actividad extraescolar. Se trata de una circunstancia experimentada como relevante, ya que en ocasiones los problemas derivados de la situación económica se atribuyen a la estructura familiar, por lo tanto es más probable que practiquen el absentismo escolar, tengan un menor rendimiento académico y presenten una menor motivación de logro y menos aspiraciones educativas, y finalmente, que no terminen los estudios de secundaria y no consigan alguna titulación universitaria (McLanahan, 1999). La precaria situación económica de algunas de estas familias es, por un lado, la falta de tiempo para dedicarles atención y por otro, la carencia de recursos para mejorar las oportunidades de los niños. Esto último varía desde la renuncia a actividades extraescolares, restricciones en el ocio, necesidades médico-sanitarias no cubiertas por la Seguridad Social, o incluso el no poder mantener a los hijos durante la fase de sus estudios superiores.

Las posibles dificultades escolares no sólo afectan a las familias monoparentales; sin embargo, con demasiada frecuencia se identifican los divorcios o separaciones y las familias monoparentales con el fracaso escolar; de modo paralelo, se presentan otras estructuras familiares con diversos atributos de integración escolar y de éxito académico.

Como se mencionaba anteriormente, algunas separadas y viudas estaban acostumbradas a asumir las decisiones por sí mismas, la pérdida o separación del marido no ha supuesto un gran trauma en este aspecto, mientras que aquellas que se apoyaban en su cónyuge sufren más (Arroyo y Domínguez, 2001). En el caso de las madres solteras encontramos ambas situaciones, las que consideran la soledad como el mayor problema y las que se muestran satisfechas por su independencia.

Solamente en el caso de las viudas se han observado algunas alteraciones en los hijos, ocasionadas por el impacto de la muerte del padre, especialmente cuando se trataba de un acontecimiento inesperado. En general, esta pérdida acarrea un efecto muy negativo en los niños, a los que la desaparición del ser querido les afecta de una manera más traumática por su dependencia afectiva y la dificultad de asumir una explicación del acontecimiento.

Esto se puede manifestar a través de diversos trastornos en el comportamiento de los niños como la apatía general, la indiferencia hacia el entorno (esto les lleva a encerrarse en sí mismos), las conductas agresivas, etc. El impacto de la muerte depende también de la edad de los hijos y de la actitud de la madre, así como del entorno más cercano, como la familia de origen y el colegio. Estos factores pueden ayudar o complicar la superación del trauma sufrido. Aquí es fundamental la actitud de la madre, en la medida en que ellas se han visto deterioradas por la pérdida del cónyuge y este hecho ha tenido un mayor impacto en la forma de experimentarlo por parte de los hijos.

También debemos tener muy en cuenta que las consecuencias que aparecen en los niños dependen de su nivel de desarrollo. Así los preescolares tienden a manifestar conductas regresivas: insomnio, crisis de rabietas, angustia de separación, pérdida del control de esfínteres, regresión en los hábitos de limpieza, estancamiento en las

adquisiciones cognitivas, temores fóbicos y sentimientos de culpabilidad. Los escolares muestran su ira intensa contra uno o ambos padres y pueden desarrollar cuadros depresivos.

Como es conocido, el tema de la depresión infantil es controvertido por varias razones. Una de ellas se refiere a la polémica acerca de si es un síndrome puro o si los síntomas básicos se manifiestan en todas las categorías psicopatológicas de la infancia (Petti, 1986). Otra razón hace referencia a si los síntomas que configuran el trastorno en la vida adulta son los mismos en edades tempranas, o si sus manifestaciones son diferentes (Kazdin, 1989). En este sentido se ha hablado de una depresión enmascarada, por no ser directamente observable en menores, cuyos comportamientos se caracterizan por irritabilidad, inquietud motora y agresividad. En todo caso, la depresión infantil «existe» y la polémica se centra en si se trata de un síndrome con las mismas características del que aparece en los adultos o si, por el contrario, sus manifestaciones son específicas (Shafii y Shafii, 1995).

Un dato significativo en la evolución de la depresión infantil es que la prevalencia es mayor en niños que en niñas, en edades tempranas, mientras que en la adolescencia, el patrón se invierte y la prevalencia es más alta en las niñas. Por otro lado Costello y Angold (1995), también informan que hay un patrón de continuidad y otro de cambio en psicopatología infantil. El primero, de continuidad, se refiere a la permanencia e incremento de indicadores psicopatológicos hasta la adolescencia. El segundo, de cambio, indica la modificación del tipo concreto de trastorno, ya que en los niños se incrementa la probabilidad de presentar un problema de tipo externalizante en la adolescencia, cuando a los 10 años se ha tenido un problema internalizante o externalizante.

La depresión que suele presentarse en estos niños o niñas, por lo general presenta características como baja autoestima, bajo rendimiento escolar, dificultad para la concentración, aislamiento social, inhibición en el juego, gula en el comer e irritabilidad persistente. Se ha demostrado que, aproximadamente, el 10% de los niños que se sienten culpables de la separación luego se vuelven depresivos, suelen ser también manipuladores con sus compañeros, en el juego o en las relaciones sociales (Riquelme, 2005).

La parentificación instrumental y emocional en las hijas hace que presenten unos mayores niveles de depresión y ansiedad, mientras que la parentificación emocional de los hijos varones que viven con el padre les lleva a una mayor depresión. Además, el contenido de las revelaciones que las madres hacen a las hijas es importante de cara a su adaptación.

Las madres divorciadas y las depresivas tienen menos habilidades de resolución de problemas familiares y es más probable que provoquen conflictos con los hijos por el uso de una disciplina coercitiva (DeGarnio y Forgatch, 1999). El divorcio se relaciona con una mayor presión económica y depresión de la madre que, a su vez, la pueden llevar a una menor supervisión de los hijos y a aplicar unas estrategias de disciplina menos eficaces (hostilidad, castigos físicos, inconsistencia). Estas prácticas de crianza se relacionan con el estado de ánimo depresivo de los hijos y con una mayor hostilidad entre los hermanos (Conger y Chao, 1996).

La ansiedad, es también, otra característica a presentarse en los niños al momento de la separación de los padres, incluso es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la población infantil. En los hijos de padres divorciados la vulnerabilidad a presentar el trastorno es mayor, debido a la separación brusca de uno de los padres después de la ruptura que el niño puede vivir como una experiencia traumática que le predispone a reaccionar de forma ansiosa ante las separaciones cotidianas (Orgilés, Espada y Méndez, 2008).

Existen claras discrepancias en la literatura científica sobre el efecto de la ruptura conyugal en la ansiedad de los hijos. Algunos estudios han demostrado que la ansiedad es una respuesta habitual de los niños ante la separación de los padres (Johnston, Campbell, y Mayes, 1985), mientras que en otros trabajos no se han

encontrado diferencias entre los niños procedentes de familias rotas y de familias unidas (Thomas y Forehand, 1993). En una muestra de 93 escolares que habían sufrido una ruptura familiar, comparándolos con niños que vivían con ambos progenitores (Pons-Salvador y del Barrio, 1995), las autoras concluyen que la ruptura de pareja en sí misma no determina la presencia de problemas de ansiedad en los niños, sino que más bien estaría determinada por otros factores que modulan el bienestar de los menores, como por ejemplo la conflictividad en la relación de los padres.

Entre los problemas de ansiedad, el trastorno de ansiedad por separación se considera el más frecuente en hijos de padres divorciados (Aguilar, 2006). La ansiedad por separación se caracteriza por la presencia de ansiedad excesiva ante la separación de las figuras de apego o del hogar, o ante la anticipación de estas situaciones. Se acompaña de una serie de síntomas, como malestar excesivo, quejas somáticas, preocupación persistente y negativa a permanecer o dormir solo. Su diagnóstico requiere una persistencia de dichos síntomas al menos durante cuatro semanas y una repercusión negativa en la vida y en el desarrollo del niño.

Es importante conocer que los padres divorciados asignan a sus hijos las tareas y les obligan a asumir las responsabilidades que los padres de hogares intactos. No obstante, son las hijas que viven en hogares monoparentales con una elevada conflictividad entre sus padres las que presentan mayores dificultades emocionales con uno u otro progenitor (Hetherington, 1999).

Luego de haber mencionado las características más prevalentes en estos niños, ansiedad y depresión, durante el año que sigue a la separación, tanto los hijos como las hijas presentan unas tasas superiores de problemas externalizantes (agresión, delincuencia, consumo de drogas) que los de hogares intactos, aunque son más frecuentes y persistentes durante más tiempo en los varones. Concretamente, los niños de familia monoparentales a cargo de la madre es más probable que presenten puntuaciones más elevadas en conducta agresiva, comportamiento antisocial, conducta delictiva y consumo de alcohol y drogas (Cantón y Justicia, 2002).

Cantón, Cortés y Justicia (2002) comprueban que los hijos de padres separados o divorciados presentan más problemas de conducta y problemas personales que los niños que viven con ambos progenitores. La problemática se agudiza cuando la separación o divorcio se desarrolla de forma contenciosa. En estos casos, los hijos presentan creencias más problemáticas sobre la ruptura conyugal que los niños cuyos padres han resuelto el conflicto mediante mediación familiar (Ramírez, Botella, y Carrobes, 1999). En algunos estudios también se ha informado de una reacción diferente de niños y niñas (Allison y Furstenberg, 1989; Mazur et al., 1992), en la que los niños suelen presentar más problemas conductuales y las niñas malestar psicológico como depresión, ansiedad y baja autoestima. Pero, los niños y adolescentes que viven en un hogar monoparental a cargo de la madre corren un bajo riesgo de desarrollar problemas de conducta cuando ésta aplica estrategias de disciplina eficaces, establece un ambiente organizado y predecible, permite un cierto funcionamiento autónomo y facilita el establecimiento de relaciones de apoyo (Florsheim et al., 1998).

Los niños que viven la separación antes de los 8 años de edad, durante la pre-adolescencia presentan ansiedad, hiperactividad, agresiones físicas en el contexto escolar, desobediencia y conductas desafiantes (Pagani, Boulerice, Tremblay, y Vitaro, 1997). La inmadurez, los problemas de conducta y problemas afectivos previos a la separación se relacionan con hiperactividad y déficit de atención sobre ansiedad y depresión y conducta de oposición (Kasen, Cohen, Brook y Hartmark, 1996).

También, los errores cognitivos negativos de los niños sobre la separación de sus padres (expectativas catastróficas, autoinculpación) a partir de los diez años hacen que experimentan más depresión y ansiedad y presenten una menor autoestima y más problemas de conducta (Mazur, Wolckilc y Sandier, 1992). Por el contrario, los niños con errores positivos (excesiva autovaloración, ilusión, control y visión

optimista) tienen menos conductas agresivas y un nivel inferior de depresión (Mazur et al., 1992).

La ruptura de una pareja genera cambios personales, económicos, sociales y familiares que en los niños y adolescentes nacidos de la unión conyugal se relacionan con una probabilidad mayor de presentar problemas psicológicos (Rodríguez, 2002). Aunque habitualmente es necesario un tiempo para la adaptación a la separación. En el curso del primer año, sobrevienen alteraciones importantes en los vínculos y en los roles familiares, en las funciones de los padres y en la adaptación de los niños. Sin embargo, al año de la separación, la mayoría de los niños y adolescentes han mejorado, disminuye la preocupación por la separación parental y la gran mayoría desarrollan bien sus actividades y dejan a un lado la separación. La ansiedad también ha desaparecido, aunque perduran algunas preocupaciones, como el temor al posible abandono por uno o ambos padres. En general, la mayoría de los síntomas, como, trastornos del sueño, las fobias, las regresiones, los miedos o el bajo rendimiento escolar no son tan evidentes o han sido superados por el niño. Dos o tres años después de la separación, se encuentra un equilibrio funcional que se acompaña de una mejoría en la relación padres-hijos y en la adaptación de los niños (Riquelme, 2005).

Como conclusión, por tanto, el niño tras la separación o el divorcio presentará reacciones de depresión, angustia, agresividad y culpa en diversas variables, y con ellas surgirán múltiples síntomas o dolencias (Morgado y González, 2001).

2.2 Consecuencias de la ausencia del padre en el hogar

Dos de cada cinco jóvenes norteamericanos menores de 18 años viven, y han crecido, sin su padre biológico. Ya sea como consecuencia de un divorcio, o de nacimientos de madre soltera, un cuarenta por ciento de los menores de 18 años en Estados Unidos de Norteamérica vive en una familia monoparental. Este cuarenta por ciento representa más de veinte millones de niños y adolescentes. La probabilidad de que un niño norteamericano de raza blanca nacido hoy crezca junto a su padre y viva con él hasta ser mayor de edad, es del 25%. Para un niño negro la probabilidad baja al 5%. Las familias en las que los hijos viven con su padre y madre biológicos representaban en 1950 un 43% del total de familias. En 1995 ese porcentaje bajó al

25%, y el porcentaje de familias monoparentales subió al 35% del total de familias con hijos. Esta tendencia aparece en casi todos los países industrializados, con excepción de Japón e Israel. La tasa de nacimientos de madre soltera se duplicó o triplicó en los países del primer mundo entre 1960 y 1990. En Estados Unidos pasó del 5% al 35%, es decir un aumento del 60%, y es hoy la tasa más alta del mundo con una proyección a 5 años de 50%. Del total de nacimientos de madre soltera una tercera parte corresponde a madres solteras adolescentes (Chouhy, 2000). El porcentaje de madres solteras en el Ecuador es de 38,6%, donde Carchi es la provincia con mayor porcentaje de madres solteras con el 8,36% del total de su población femenina, mientras Santa Elena es la que menos tiene con 3,15% (Bravo, 2013).

Angel & Angel, (1993) investigadores de la Universidad de Texas, publicaron un trabajo en 1993 en el que evalúan los resultados de todos los estudios cuantitativos que analizaron los efectos de la ausencia paterna. Dicen: "El niño que crece sin padre presenta un riesgo mayor de enfermedad mental, de tener dificultades para controlar sus impulsos, de ser más vulnerable a la presión de sus pares y de tener problemas con la ley. La falta de padre constituye un factor de riesgo para la salud mental del niño" (Angel & Angel, 1993).

Existe abundante bibliografía sobre la importancia de la figura del padre en el desarrollo de la personalidad de los niños. En cuanto a las familias monoparentales, el centro de atención preferente lo constituyen los efectos negativos que la ausencia de esta figura pueda tener en cuanto a la socialización de los hijos. De hecho, en las ciencias sociales y en particular en la psiquiatría, por lo común se han asociado las familias monoparentales denominadas rotas o incompletas a problemas de drogas, delincuencia juvenil y comportamiento desviado, especialmente cuando la figura del padre es la ausente.

Vanegas, Barbosa, Alfonso, Delgado y Gutiérrez (2011), dan a conocer que la ausencia de la figura paterna dentro del hogar, provoca un indicador de los problemas comportamentales de los individuos y de su vinculación con la madre, pues la ausencia de éste, genera una distorsión en cuanto a la posición de jerarquías

que cada uno representa en el sistema familiar y que consecuentemente conlleva la asunción de roles equívocos que alteran la comunicación.

Ante la ausencia del progenitor en casa, la mayoría de las madres posiblemente otorgan a sus hijos derechos, autoridades y poderes que no les corresponden, al mismo tiempo de posesionar dentro del hogar a los menores como los hombres de la casa y no como los hijos, niños y adolescentes que aún son; por esta razón, no tienden a ver la autoridad de la madre y por tal motivo empiezan a presentarse problemáticas como las mostradas anteriormente. Al empoderar a las madres en su rol y autoridad, los menores pierden su poder y empiezan a movilizarse desde el rol que les corresponde. Por lo tanto es de suma importancia restituirle a la madre la autoridad que le corresponde, para así mismo posicionarla en un nivel jerárquico que le permita establecer normas y reglas claras para el funcionamiento óptimo del sistema familiar, a través del empoderamiento y la reflexión acerca de su propia historia de vida (Vanegas et al., 2011).

Otro de los aspectos centrales ha sido la importancia atribuida a la figura del padre en la disciplina de sus hijos. La disciplina, así como la autoridad, tradicionalmente han sido atribuidas al padre de familia, y quizás aquí resida uno de los mayores estigmas de las familias monoparentales ya que en su gran mayoría están encabezadas por mujeres. Sin embargo, cabe pensar que en la actualidad el papel de padre como figura autoritaria se ha transformado sustancialmente, cobrando más importancia el aspecto afectivo y un modelo de paternidad más democrático (Arroyo y Domínguez, 2001).

En términos generales, en las familias estructuradas por un solo progenitor, el padre es el gran ausente, no sólo en el caso de las que tienen como cabeza de familia a viudas y madres solteras, sino también en el caso de aquellas formadas por madres separadas y divorciadas (Arroyo y Domínguez, 2001).

Por lo común, los padres y madres que no conviven con sus hijos no están involucrados en su educación, ni siquiera en los aspectos más cotidianos de ésta. Sin embargo, la persistente trascendencia de la figura del padre hace que éste se mantenga como elemento recurrente, en particular respecto a las cuestiones concernientes a la disciplina. Por tanto, el impacto de la ausencia del padre está ante todo en función del tipo de relación que se tenía antes de la ruptura o muerte. A pesar

de que pudiera tratarse de una relación distante, para los niños sigue siendo una experiencia traumática (incluso pueden identificar la separación con fallecimiento).

Los hijos de las madres solteras, al no haber conocido nunca la figura del padre, no se enfrentan al problema de la separación o pérdida y no sufren la consiguiente experiencia traumática de la ruptura o muerte, sin embargo en estos niños existe la interrogante de la ubicación de su progenitor, y el porqué de su abandono. En lo posible estos niños crecen con la idea de que su madre lo es todo, y es ahí cuando surge una ansiedad por separación, ya que al ser su único modelo, surge ese miedo de que pueda morir o puede abandonar el hogar.

También, la ausencia del padre influye en el rendimiento académico de los niños, así como la ausencia paterna eleva el riesgo de deserción escolar, la presencia y proximidad del padre está correlacionada con un mejor desempeño en la escuela. Blanchard y Biller (1971) compararon en este sentido cuatro grupos de niños: padre ausente con pérdida anterior a los tres años de edad, padre ausente con pérdida posterior a los cinco años de edad, padre presente con menos de seis horas de convivencia por semana y padre presente con más de catorce horas de convivencia por semana. Controlando el efecto de otras variables (coeficiente intelectual, nivel socioeconómico, por ejemplo), el estudio muestra que las variables "contacto con el padre" y "desempeño académico" están fuertemente correlacionadas. El desempeño escolar más bajo fue el del primer grupo, con pérdida del padre anterior a los tres años de edad. La variable crítica en todos estos estudios es el grado de proximidad física y emocional con el padre (no necesariamente el padre biológico, sino con la figura paterna). Es muy probable que uno de los factores que perturban el desempeño académico como consecuencia de la ausencia de la figura paterna, sea un mayor riesgo de déficit de atención y/o hiperactividad.

Por otro lado, en Estados Unidos el 70% de los delincuentes juveniles, de los homicidas menores de 20 años y de los individuos arrestados por violación y otras ofensas sexuales graves crecieron sin padre. En la comunidad negra, en la que la figura paterna ha virtualmente desaparecido, uno de tres menores de 25 años está preso o en libertad condicional. Un padre ausente es el mejor predictor de criminalidad en el hijo varón (Gottfredson & Hischi, 1990; Smith & Jarjoura, 1988;

Kamarck & Galston, 1990). En los últimos 20 años el número de arrestos anuales por crímenes violentos cometidos por menores de 20 años pasó de 16.000 a 100.000, siendo este un período en que el porcentaje de jóvenes en la población se mantuvo estable. Episodios de violencia juvenil en los que intervienen armas de fuego aparecen con frecuencia creciente en las escuelas públicas norteamericanas. Las culturas con mayor involucración del padre en la crianza de los hijos son las menos violentas (West & Konner, 1976).

Algunos trabajos de investigación sugieren que la función paterna tiene un rol crítico en instaurar la capacidad de controlar los impulsos en general y el impulso agresivo en particular, es decir la capacidad de autoregularse (Mischel, 1961). Esta relación entre función paterna y control de impulsos tiene posiblemente un rol importante en las adicciones (Stern, Northman & Van Slyk, 1984). De hecho el 50% de los toxicómanos en Francia y en Italia provienen de familias monoparentales (Olivier, 1994). La capacidad de controlar impulsos es necesaria para que una persona pueda funcionar dentro de la ley. Es imprescindible tener incorporada la capacidad de postergar en el tiempo la gratificación, de resistir el impulso a actuar para gratificarse en un momento determinado. Es un componente crítico de la conducta responsable del individuo en sociedad, pero no el único, es también necesaria la capacidad de registrar y tener en cuenta los sentimientos de otras personas, es decir tener capacidad de empatía. Un trabajo de investigación basado en un seguimiento de niños y jóvenes durante 26 años reveló que el mejor predictor de empatía en el adulto es haber tenido un padre involucrado. Es decir, más que cualquier variable asociada a la conducta de la madre, la empatía, que dá la posibilidad de tener un buen registro del sufrimiento del otro, y así inhibir la agresión, es nuevamente un tema de función paterna (Koestner, Franz & Weinberger, 1990).

2.3 Función paterna: un retorno a Freud

Para Freud la idea de la paternidad constituye un salto cultural histórico de enorme importancia, ya que establece una relación directa entre función paterna y la prohibición del incesto como fundante de la cultura. Desde este punto de vista la función paterna haría posible la estructuración de lo intrapsíquico, estructuras que a su vez hacen posible la autorregulación y el acceso a lo simbólico.

En esta formulación la función paterna aparece como el articulador del tabú del incesto en la dinámica familiar. En este sentido cabe destacar el aporte de una investigación grupal acerca del lugar del padre realizado por analistas del Departamento de Familia de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. En estos trabajos se reafirma la necesidad, no sólo de la función paterna en su dimensión simbólica, sino también de que su operador estructural sea un hombre. La función paterna organiza la cadena significativa inconsciente, hace surgir la dimensión temporal y marca los tiempos en la familia. Se produce una inscripción del símbolo paterno que marca al hijo como varón y a la hija como mujer, seres sexuados. Desde esta perspectiva la función paterna asigna lugares y roles en la familia, discrimina la relación de alianza de las relaciones con la familia materna y por lo tanto protege el encuadre familiar. Promueve la salida de los hijos de la familia y les permite emanciparse y generar un proyecto propio de vida, es decir asegura la apertura de la familia al grupo social. Este proceso no se da solamente en la infancia sino que es continuo a lo largo de la vida del hijo. El padre tiene un rol crítico en los procesos de iniciación y en los rituales en los que estos se apoyan para materializarse. A mayor déficit de función paterna, mayor perturbación del proceso de emancipación (Chouhy, 2000).

2.4 Consecuencias de la ausencia de padre o madre en el hogar.

Según Riquelme (2005), en niños de 6 a 8 años las reacciones más frecuentes ante la ausencia de uno de sus progenitores son:

- Tristeza por la separación, gran sentimiento de pérdida (proceso de duelo). Echan de menos al padre ausente y temen su sustitución y rechazo (algunos lloran, otros se aíslan).
- El rendimiento escolar puede disminuir.
- Sentimiento de culpa, de ser el responsable de la separación de sus padres.
- Tendencia a querer remplazar al padre que ha partido (el hijo tiende a jugar al padre y la hija o a jugar a la madre en la casa) debido a la ruptura del proceso de identificación con el progenitor.
- Fantasía de reconciliación. Algunos niños quieren reorganizar las citas a fin de que sus padres se encuentren.

- Sentimiento de lealtad hacia el progenitor ausente y cólera hacia el padre custodio, haciéndole responsable de la separación.
- Aumenta o disminuye la capacidad de concentrarse y de realizar ciertos trabajos escolares.
- Cambios, a veces súbitos, de sus comportamientos sociales, en la escuela o con sus amigos.

En el niño de 9 a 12 años podemos observar las siguientes reacciones:

- Tristeza.
- Sentimiento de vergüenza y de fastidio por la separación.
- Enfado, sobre todo con el padre responsable del divorcio o que ha empezado la separación.
- Negación para ocultar su tristeza, suelen adoptar aires de seguridad y de calma. Algunos niños son maestros en el arte de disimular: ellos están tristes pero no lo parecen.
- Aumentan los síntomas somáticos (dolor de cabeza, de barriga, de espalda), expresión de un alto nivel de ansiedad y de cuadros depresivos.
- Disminución de la confianza en sí mismo y sentimientos de culpabilidad.
- Algunos niños rehúsan participar en las actividades habituales, deportes y culturales.
- Los hijos/as de hogares monoparentales comparados con los de hogares intactos, también comienzan a una edad más temprana las actividades sexuales y las realizan con más frecuencia (Cantón, Cortés y Justicia, 2002), y las hijas tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes.

2.5 Madre con la custodia

Según Kitson (1992), el aspecto cualitativo más importante del hogar monoparental a cargo de la madre es la mayor frecuencia e intensidad de sucesos vitales negativos y el estrés económico (muchas veces unido a un aumento de horas de trabajo y el cambio de residencia). Cuatro años después de la separación los niños aún siguen experimentando más cambios vitales negativos. Estos sucesos estresantes pueden provocar un desequilibrio psicológico en la madre, reflejado en conductas coléricas,

impulsividad, depresión, ansiedad, soledad y labilidad emocional (Hetherington. 1993).

Las divorciadas puntúan más en síntomas depresivos (autoinculpación, soledad, inseguridad ante el futuro), debido a la presión económica que soportan, el estrés laboral, los sucesos negativos (cambio de residencia, muerte de un ser querido, robos) y la falta de apoyo (Lorenz, Simons y Chao, 1996). A su vez, los problemas emocionales provocan disrupciones en el funcionamiento familiar, menor disponibilidad psicológica, irritabilidad y prácticas de crianza coercitivas, menor contacto con el padre sin la custodia y más problemas de conducta de los hijos (Hetherington. 1995).

Aunque las madres de hogares intactos insatisfechas con su matrimonio es más probable que utilicen prácticas de crianza disfuncionales (hostilidad, coerción, castigo físico, falta de supervisión, críticas, inconsistencia), las divorciadas recurren a ellas con la frecuencia debido al estrés económico y la depresión (Simons y Johnson. 1996). No obstante el empleo desempeña un papel moderador en la relación entre depresión de la divorciada y el empleo del castigo físico de manera que las divorciadas depresivas que trabajan fuera de casa recurren menos a él.

A pesar de las dificultades de vivir con la madre, es realmente importante dar a conocer que la mujer es la que brinda apoyo, cariño, y mayor confianza que un padre. Por lo tanto a pesar de las diversas crisis que pueden presentarse, una madre con custodia tiende a sacar adelante a sus hijos, acompañado de muchos valores y reglas que hacen de los hijos unas personas de provecho en un futuro. Además, la madre se vuelve un orgullo para sus hijos, y los niños son los que dan valor y fuerza a su progenitora para sacarlos adelante, pues el padre está ausente y en la mayoría de los casos no cuenta con su ayuda para afrontar decisiones y crisis diarias.

La percepción que la mujer tiene sobre el proceso del divorcio, su elaboración, condiciona la posición que esta adopta para desarrollar su familia, modificando pautas y estructuras que definían el funcionamiento familiar. La elaboración

psicológica del proceso de divorcio, es decir, la superación de la tercera etapa, (elaboración de la ruptura), favorecerán la adaptación gradual de la mujer a su nueva realidad, el planteamiento de nuevos proyectos personales, que incluyen metas y objetivos a alcanzar a corto y largo plazo.

Estas metas abarcan el desarrollo de una realidad familiar que se estructura con ausencia del padre natural o biológico, la incorporación de modificaciones que tienen un fin común; garantizar la estabilidad y el bienestar del grupo familiar.

La aceptación y valoración en la mujer, acerca de la separación, garantiza una apertura para el desarrollo de la familia y de los cambios (internos y externos) que se generarán como resultado del divorcio, permitiendo el crecimiento del sistema y de sus miembros. La mujer ha sido una de las protagonistas fundamentales de los cambios que han impactado el desarrollo de la familia en nuestra sociedad. Durante los últimos años las mujeres continúan siendo la figura central en la familia, las que garantizan la reproducción física de sus integrantes, así como también quienes mantienen el nivel de comunicación e intercambio afectivo al interior del grupo.

El sector femenino ha sido por largo tiempo, centro de múltiples políticas sociales dirigidas a incrementar su participación en esferas de importancia económica y social para los países, estos acontecimientos han influido notablemente en el comportamiento femenino, introduciendo modificaciones en los estilos, normas de vida, patrones de comportamiento y modelos de comunicación implementados por la mujer. Así, es frecuente encontrar en nuestra realidad social criterios y concepciones acerca de la mujer, que aún reflejan la reproducción de actitudes y creencias típicas de la cultura patriarcal

2.6 Padre con la custodia

Mientras que los problemas de las divorciadas con sus hijos tienen que ver fundamentalmente con su dificultad para controlarlos y disciplinarlos los problemas del

divorciado con ellos son sobre todo con comunicación, de establecimiento de relaciones de confianza y de supervisión de actividades y tareas. Especial dificultad parece tener con la supervisión de las hijas adolescentes, hasta el punto de que es

más probable que éstas se involucren en actividades delictivas cuando están bajo custodia paterna que cuando residen con la madre (Buchanan et al., 1997).

Los resultados de los estudios indican que los hijos e hijas bajo custodia paterna presentan menos problemas de conducta y personales (mayor autoestima y menor depresión, ansiedad o comportamiento problemático) y se muestran menos negativos con la madre con la que no residen. No obstante, también hay que tener presente que se encuentran mejor adaptados emocionalmente cuando también lo está el progenitor con la custodia, que las relaciones entre ambos son más positivas cuando las visitas a la madre son más prolongadas que los niños que mantienen una relación negativa con la madre es más probable que presenten problemas (Clarke-Stewart y Hayward. 1996).

Así, con lo relatado anteriormente, se puede constatar que las funciones padre y madre ya no se asignan tan rígidamente según las adscripciones de género, y ello se produce en un marco donde las relaciones entre padres e hijos son más democráticas que en la generación anterior; el padre ha perdido protagonismo como figura autoritaria y la madre también conoce una actividad social exterior a la familia (trabajo asalariado, educación); resultado de los cambios sociales y de una cierta difuminación de los papeles sexuales. Pese a ello, no se ha producido una ruptura, sino más bien la continuidad o coexistencia de dichos valores y modelos de relaciones entre padres e hijos.

Finalmente es importante constatar que la ausencia de uno de ellos, si conlleva a serias consecuencias; pero si el padre con el que se convive tiene un estado emocional estable y pone en acción una educación adecuada, el crecimiento de los niños será proporcional a lo realizado.

Capítulo III

Tema:

3.1 Descripción de los Trastornos Internalizantes y Externalizantes.

3.1.1 Psicopatología en Niños.

La psicopatología en los niños es más frecuente de lo que se pensaba antes (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez y Villanueva, 2007). Estudios en la Unión Europea muestran que la prevalencia a tres meses para al menos un trastorno psiquiátrico es del 15% y se incrementa hasta el 36% si el período se amplía a un año. Datos de países latinoamericanos informan de cifras más elevadas de psicopatología comparados con los países europeos cuando se emplea la misma metodología. En México los estudios nacionales muestran una prevalencia del 16% por medio del Report Questionnaire for Children (RQC) de 3 a 12 años. Mediante las respuestas de los padres con este instrumento se encontró que los síntomas más comunes fueron los de inquietud, 19 %; irritabilidad, 17 %; nerviosismo, 16 %; déficit de la atención, 14 %; desobediencia, 13%; explosividad, 11%, y conducta dependiente, 9%. Es muy común la comorbilidad y los distintos estudios que informan cifras entre el 25,5 al 50 %, según la metodología usada.

Distintos autores han advertido que muchos niños con problemas emocionales y conductuales no reciben atención. Caraveo (1995) en un estudio realizado en México, encontró que sólo el 13% de los «posibles casos» acudió a solicitar ayuda profesional y ésta fue proporcionada por un psiquiatra en sólo el 2% de los casos, por lo que el tiempo de latencia para recibir la atención es muy prolongada. Por lo tanto, la detección de la psicopatología es muy importante, pues hasta el 41% de los problemas detectados en la infancia persisten hasta la edad adulta.

Actualmente, los problemas de comportamiento con frecuencia son observados en niños, incluso, cumplen criterios de un trastorno clínico (Moreno, 2007). En tal sentido, Díaz-Sibaja (2005) refiere que el trastorno de comportamiento perturbador

en la infancia y la adolescencia hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado para la edad del niño, que se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, que trae como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares y/o sociales.

Desde una aproximación dimensional a la psicopatología, múltiples estudios han mostrado evidencias para la existencia de dos amplias dimensiones generales de conductas anormales (Maestre, Moya, Edo, Mezquita, Ruipérez y Villa, 2006). Una primera dimensión, caracterizada por peleas, desobediencia, rabia, destrucción, delincuencia y agresividad, que ha recibido diversas denominaciones como: Factor Externalizante (Achenbach, 1996), Problemas de conducta, Agresión (Miller, 1967) o Infracontrol (Achenbach y Edelbrock, 1978), entre otros. Y una segunda dimensión caracterizada por ansiedad, depresión, retraimiento, timidez y somatizaciones, que ha sido llamada Factor Internalizante, Problemas de personalidad (Peterson, 1961), Inhibición (Miller, 1967), o Hipercontrol (Achenbach y Edelbrock, 1978).

Moreno (2007), señala que los niños con problemas de comportamiento tienen dos características principales que son la inflexibilidad y la baja tolerancia. La inflexibilidad se refiere a la dificultad para cambiar, adaptarse a diferentes circunstancias; y la baja tolerancia a la frustración indica que les resulta muy difícil soportar eventos o situaciones que no estén acordes a lo que ellos quieren o esperan, por una parte; pero también que los tropiezos y limitaciones propios de la vida diaria les afectan más y les cuesta más trabajo soportarlos. En la vida cotidiana, estas dos dificultades conllevan a que el niño tenga fallas para realizar cambios y para pensar con claridad cuando no obtiene el resultado esperado ya sea en el ambiente familiar, el escolar o el social. Consecuentemente, responden a las demandas sencillas con extrema inflexibilidad, y cuando la presión aumenta, observa comportamientos desproporcionados cuyas características son la agresión física, verbal o la autoagresión. Esta problemática con frecuencia desencadena pataletas que generan estrés en el entorno del niño y que van minimizando los aspectos positivos que pueda tener.

Además de los problemas mencionados, la mayoría de estos niños evidencian otras dificultades, en la medida en que su comportamiento se ha exacerbado hasta el punto de cumplir criterios clínicos propios como los señalados en el DSM IV TR o en la CIE 10 (Moreno y Utria, 2011). Algunos manifiestan características del trastorno negativista desafiante y en casos extremos del trastorno disocial de la conducta. En otros casos, pueden tener trastornos del estado del ánimo ya que además de ser irritables, también pueden aparecer como exageradamente activos y en otras, depresivos. Otro grupo de niños puede presentar trastornos de ansiedad (cuando tienen preocupaciones excesivas y recurrentes) y somatizaciones.

Según Pineda, Kamphaus, Mora, Restrepo, Puerta, Palacio & cols. (1999) la prevalencia de los trastornos de comportamiento infantil se incrementó en un rango entre el 10 y 20% en la población escolar normal. Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos (2001) reportaron que en el año 2000, la prevalencia era del 19.8% de hiperactividad y un 10.6% de problemas de comportamiento Negativista, en niños de 6 a 11 años de edad. Además, se señaló que un 8.6% de niños en esta edad se encuentran en riesgo de presentar dichas problemáticas.

Finalmente, Andraca, Pino, La Parra, Rivera & Castillo (2002) hacen énfasis que las problemáticas de trastornos psicológicos infantiles están en aumento debido a factores de riesgo relacionados con el desarrollo psicológico infantil; por tanto, los sujetos serán más vulnerables a desarrollar problemas psicológicos a pesar de su corta edad.

3.1.2 ASEBA

Desde hace dos décadas se han desarrollado numerosos instrumentos de diagnóstico orientados a niños y adolescentes. Al igual que para los adultos estos instrumentos están basados en los criterios de diagnóstico categórico del DSM y la CIE, cuyos representantes principales son las entrevistas estructuradas (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez y Villanueva, 2007), las mismas que son de gran utilidad para establecer diagnósticos precisos. Entre los instrumentos que mejor representan al diagnóstico dimensional se encuentra el Child Behavior Checklist (CBCL).

Dentro de los sistemas dimensionales más utilizado en la evaluación de la psicopatología infantil es la triada de instrumentos que forman el Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA, Achenbach, 1991). El ASEBA es un sistema de evaluación multiaxial formado por el Child Behavior Checklist (CBCL), relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización, que recoge información de los niños por parte de los padres, el Teacher's Report Form (TRF) que recoge información por parte de los profesores y el Youth Self-Report, (YSR) que es completado directamente por los niños. En la presente investigación se utilizó el CBCL, es decir obtuvimos información de la conducta de cada niño, a partir de sus progenitores.

Con los inventarios mencionados se ha logrado identificar síndromes característicos en la infancia y adolescencia, y elaborar taxonomías empíricas en psicopatología infantil (Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991). En general se obtienen factores de origen Internalizantes y Externalizantes, los mismos que serán detallados a continuación.

3.1.3 Factores Internalizantes y Externalizantes

Según Achenbach & Rescorla (2001), la noción de aplicar categorías para psicopatologías infantiles deriva de un modelo médico que propone categorías estables de enfermedad. Desde esta perspectiva, un individuo tiene o no un desorden; en contraste, el punto de vista que caracteriza las psicopatologías en dimensiones de comportamiento o en tipologías se basa en una perspectiva de la psicopatología del desarrollo. La primera dimensión, denominada “internalizante”, incluye los trastornos de ansiedad, depresión-retraimiento, aislamiento, tristeza, temor y quejas somáticas. En ese sentido, a partir de la conducta internalizante, la ansiedad y la depresión, se constituyen en el extremo final de una dimensión o dimensiones a lo largo del continuo del desarrollo normal de los niños (Achenbach, 1985; McConaugh & Achenbach, 1988; Barkley, 1988). Por otro lado, la segunda dimensión denominada “externalizante”, incluye los trastornos de conducta, agresividad, desobediencia, crueldad hacia los animales, destructividad, abuso de sustancias y la hiperactividad. Los individuos que presentan tales características se asocian a

comportamientos subcontrolados y son de más frecuente aparición en los niños que en las niñas (Bongers, Kool, Van der Ende & Verhulst, 2004).

Para comprender de una mejor forma lo relatado en el párrafo anterior, es importante entender que en el trastorno internalizante sobresalen conductas que ocurren principalmente dentro de la persona, siendo comportamientos no adaptativos socialmente porque producen daño o dolor a sí mismo. En cambio en el trastorno externalizante, diversos comportamientos se dirigen al exterior e involucran a otras personas, siendo de igual forma no adaptativos, pues provocan daño o dolor a los que los rodean. (Achenbach & Rescola, 2001). Según Graber (2004), los comportamientos internalizantes son un subgrupo de la psicopatología que involucra disturbios emocionales, mientras que los problemas externalizantes se han referido a conductas desviadas de las normas.

Dentro de los estudios realizados en México sobre problemas internalizados y externalizados en niños (as) se puede mencionar el de Valencia (2005), quien encontró que la falta de habilidades sociales fueron predictores de los problemas externalizados, y que la impulsividad fue predictor de problemas internalizados. En otro estudio, Fernández de Ortega (2005) reportó que tanto los problemas internalizados como los externalizados correlacionaron positivamente con la vergüenza en niños, es decir, que los niños que experimentan con mayor frecuencia vergüenza, tienen puntajes altos en problemas internalizados y externalizados.

Achenbach y Edelbrock (1987) explican que los dos grandes factores internalización y externalización, presentan una elevada semejanza con los dos factores de la teoría bifactorial de Kohn, así también encontraron un segundo factor que designaron como de patología difusa, que sería un indicador de psicopatología más severa. Además, la investigación en problemas internalizados y externalizados ha demostrado que son diversos los factores que contribuyen al desarrollo de estos. Por ejemplo, Deater-Deckard y cols. (1998) realizaron un estudio para determinar qué factores contribuían al desarrollo de problemas en menores; el factor que explicó una mayor varianza fueron las características individuales (19%), seguidas de los factores asociados a pares (13%), los factores parentales (6%), y por último, los factores socioculturales (4%). Por lo que se refiere a las características individuales, varias investigaciones han destacado la importancia del temperamento como predictor de

problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes (Valiente y cols., 2003).

Es muy importante conocer que ambos grupos de trastornos se manifiestan en todos los estratos socioeconómicos, aunque hay una mayor tendencia a que se observen en estratos bajos, por la cantidad de factores estresantes asociados a las situaciones de desventaja social que se pueden dar en las familias de estos niños. Por lo tanto, un desajuste en diversas áreas, puede ocasionar la presencia de problemas de conducta de tipo internalizado y externalizado (Achenbach & Rescorla, 2001), y para hablar de ajuste en la vida de un individuo se requiere definir un amplio rango de índices que pueda determinarlo, incluyendo el grado en que un comportamiento es apropiado, la estabilidad emocional, el autoconcepto, la autoestima y el nivel de logro. Consecuentemente, es un constructo que contempla el bienestar psicológico manifestado en el comportamiento general, además de aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales.

3.1.3.1 Factor Internalizante

El contenido de la dimensión Internalizante implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo, que agruparía a los síndromes de: depresión/ retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad.

Las alteraciones psicológicas en la infancia han sido tradicionalmente clasificadas en dos patrones básicos de problemas psicológicos: de las emociones y del comportamiento (Achenbach & Edelbrock, 1983; Quay, Routh & Shapiro, 1987). Las alteraciones de las emociones o síndromes Internalizantes están relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad.

Las investigaciones realizadas mediante listados amplios de conductas, indican que los trastornos internalizantes son los patrones de alteración psicológica más comunes encontrados en la infancia (Achenbach, 1982; Achenbach & Edelbrock, 1983; Quay, 1986), fundamentalmente los temores, miedos y fobias (Sandín, 1997). Además, la

sintomatología internalizante puede y suele manifestarse en la infancia junto a alteraciones del comportamiento de tipo externalizante, tales como: irritabilidad, impulsividad, agresividad, inatención, comportamientos disruptivos, etc., quedando menos visible a los adultos (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010).

Para el diagnóstico de los trastornos internalizantes se puede emplear la sintomatología descrita por la American Psychiatric Association (APA) en las diferentes propuestas realizadas mediante los sucesivos Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), que hacen referencia a tres síndromes puros, por semejanza con los trastornos en los adultos: problemas afectivos, problemas de ansiedad y somatizaciones. Mediante el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983) es posible explorar tres síndromes internalizantes equivalentes a los tres diagnósticos descritos en las clasificaciones oficiales (Achenbach & Dumenci, 2001).

En una revisión sobre sintomatología realizada por Cicchetti y Cohen (2006), se estima que en general, los problemas internalizantes son más altos en niñas que en niños. Así mismo, en un estudio transcultural realizado en 31 países, sobre alteraciones internalizantes y externalizantes en menores de edad comprendidas entre los 6 y 16 años, indican que las chicas puntúan más alto que los chicos en problemas internalizantes y se da el patrón contrario en chicos (más problemas externalizantes).

Los trastornos de ansiedad, grupo que sobresale en el trastorno Internalizante, se presenta en menores y adolescentes en un porcentaje de aproximadamente el 10%, oscilando entre un 5.6 y un 21% en función de los criterios empleados y tipo de trastorno de ansiedad estudiado (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Kashani & Orvaschel, 1990), y se observa un incremento con la edad (Miguez & Becoña, 2007).

En otro estudio del mismo grupo (Kashani, Holcomb & Orvaschel, 1986), en menores de edad comprendidas entre los 2 años y medio y los 6 años, a través de informes de padres y profesores, encontraron que un 8.3% de la muestra evaluada presentaban los síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno depresivo o distímico, aunque sólo el 1% de la muestra evaluada cumplía criterios del DSM-III para el trastorno depresivo mayor. La prevalencia aumenta con la edad y en muestras

clínicas: Kashni & Carlson (1987), encontraron que la prevalencia de sintomatología depresiva en escolares de primaria, remitidos a servicios clínicos, se situaba entre el 3.3 y el 13%. En el primer estudio, se evaluó la sintomatología depresiva por medio de informes de padres y se identificaron como disfóricos a un 17% de los menores, de los cuales el 85% vivían en familias monoparentales.

Con respecto a las somatizaciones, otra característica de este factor, algunos estudios (Campo, Jansen-McWilliams, Comer & Kelleher, 1999; Pedreira, Palanca, Sardi-nero & Martín, 2001), mostraron que casi una cuarta parte de los/as niños/as que van a consulta pediátrica presentan síntomas físicos, que se explican mejor como problemas psicosomáticos, los que podían ser entendidos como una respuesta al estrés desde la teoría transaccional (González & Landero, 2006). Aunque han recibido poca consideración específica, en los estudios empíricos en psicopatología infantil mediante el CBCL, reiteradamente aparece un síndrome empírico que está conformado por dolores de cabeza, de estómago, musculares, picores y otros problemas en la piel, angustia, vómitos, náuseas, problemas en los ojos y visión, que no parecen tener causa médica (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004). Por otro lado, son numerosos los estudios que muestran la comorbilidad entre los diferentes trastornos internalizantes en infancia. Así, diversos autores han hallado una correlación positiva entre quejas somáticas infantiles y medidas de depresión y ansiedad (Garber, Walter & Zeman, 1991; Rauste-Von Wright & Von Wright, 1981; Walker & Green, 1989). Estudios con menores que sufren frecuentemente problemas somáticos han mostrado que tienen más probabilidad de presentar otros trastornos psicológicos, específicamente internalizantes (Campo & Fritsch, 1994; Campo et al., 1999; Dhossche, Egger, Costello, Erkanli & Angold, 2001; Zwaiflenbaum, Szatmari, Boyle & Oxford, 1999). Otros menores y adolescentes con ansiedad y/o depresión, informaron de más quejas somáticas que aquellos que presentaban otros trastornos psicopatológicos (Beidel, Christ & Long, 1991; Masi, Favilla, Millepiedi & Mucci, 2000).

Finalmente, en lo que se refiere a los hallazgos entre los problemas internalizados y el temperamento, Clark y Watson (1991) reportan que la ansiedad y la depresión se relacionan con altos puntajes de emocionalidad negativa. Asimismo, mencionan que

una posible explicación sobre la relación de la emocionalidad negativa con problemas internalizados es que los niños con este tipo de problemas pueden tener dificultades en sus interacciones sociales, lo que provoca, por ejemplo, retraimiento social, por lo que pueden ser propensos al enojo y a la frustración. Además sugieren que la dimensión de persistencia a la tarea se relaciona negativamente con síntomas depresivos.

3.1.3.2 Factor Externalizante

La dimensión Externalizante está relacionada con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad, conducta desorganizada, la que agruparía los síndromes de conducta delictiva y conducta agresiva (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1984; Hudziak, Copeland, Stanger y Wadworth, 2004; Kovacs y Devlin, 1998). La obtención de los mismos síndromes o similares en distintas investigaciones y poblaciones han demostrado la validez de los prototipos obtenidos empíricamente (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1986; Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002; López y López-Soler, 2008), aunque aparezcan peculiaridades en diferentes poblaciones y tramos de edad.

Los trastornos externalizantes son más visibles en el contexto familiar y escolar, al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento de los menores en esos ambientes, poniendo a prueba la tolerancia y habilidad para regular ese comportamiento. Como mencionamos anteriormente, el temperamento guarda relación con la presencia de este trastorno, por lo que ciertos autores dan a conocer una notable correlación entre el temperamento y los problemas externalizados (Colder y Stice, 1998). Eisenberg Eisenberg, Zhou, Spinrad, Valiente, Fabes & Liew, (2005) y Keltner, Moffitt y Southamer-Loeber (1995) encontraron que niños con puntajes altos en enojo, frustración y hostilidad, presentan problemas externalizados.

Los problemas de comportamiento infantil son un hecho cotidiano que está alcanzando niveles crecientes de interés y atención en la sociedad. Las familias están cada vez más sensibilizadas sobre los problemas de comportamiento en los niños y las consecuencias que generan en los entornos familiar, escolar y social. Esta demanda de la sociedad se va abordando a través del interés de los profesionales que trabajan tanto en salud mental infantil como en el ámbito académico por estudiar

dicho fenómeno con el fin de plantear programas de prevención al respecto (Moreno y Utria, 2011). En el ámbito de la Psicología Clínica infantil y juvenil, los problemas de la conducta perturbadora reciben diferentes denominaciones. Según el DSM-IV-TV (American Psychiatric Association, 2002), estos son trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador que refieren al TDAH, al trastorno negativista desafiante, trastorno disocial de la conducta y al trastorno del comportamiento no especificado. Por otro lado, el DSM-V, menciona que el “Trastorno por Déficit de Atención y comportamiento perturbador”, pasa a la categoría “trastornos del neurodesarrollo”. Al separarse del Trastorno disocial, Trastorno negativista desafiante y el Trastorno del comportamiento desafiante, se aleja de los factores más contextuales y ambientales, concretándose más en un origen neurofisiológico o genético, un déficit en las funciones ejecutivas y en procesamiento de la información, propio de los trastornos del neurodesarrollo. En la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) carecen de un nombre genérico común, aunque se recogen varios trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia. Las conductas perturbadoras también conforman algunas dimensiones (rasgos) comportamentales identificadas empíricamente y recogidas en sistemas de clasificación infantiles como el Sistema Achenbach de Evaluación con Base Empírica (Aseba) bajo la denominación de síndromes exteriorizados (Fernández & Muñoz, 2005).

Algunos estudios han mostrado que hasta el 72% de los casos de trastorno de conducta tienen sus primeros síntomas antes de los 10 años. Esto hace suponer que muchos de los trastornos que se diagnostican en la infancia son en realidad formas de inicio temprano, su detección precoz es una oportunidad valiosa para el tratamiento y el establecimiento de medidas preventivas (Albores, et al, 2007).

En lo que se refiere al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) este es uno de las condiciones psicopatológicas más comunes en edad escolar (APA, 2000), y forma parte de una amplia categoría de trastornos de inicio en la infancia, junto a los trastornos Disocial (TD) y Negativista Desafiante. Los síntomas que lo definen son déficit atencional, impulsividad e inquietud psicomotriz (López, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009).

La mayoría de los autores indican cierta relación entre determinados factores sociales y familiares y la hiperactividad, y se establece una relación significativa entre determinados modelos familiares y este trastorno (Carr, 1999; Miranda, Presentación y Roselló, 2005; Rayas, Herreruzo y Pino, 2008). En cuanto al sexo, existe evidencia del predominio de chicos con esta alteración, en una proporción niño a niña que oscila entre 2:1 y 6:1 en muestra general y 6:1 y 9:1 en muestra clínica (Barkley, 1996). Los niños presentan mayor número de síntomas de TDAH que las niñas (Amador, Foros, Guardia y Perú, 2006; DuPaul, Power, Anastopoulos, Reid, McGoey, y Ikeda, 1997; DuPaul, Anastopoulos, Power, Reid, Ikeda y Mc-Goey, 1998), aunque algún estudio no ha encontrado diferencias significativas en relación a la edad y al sexo (Rohde, Barbosa, Polancyk, Eizinrik, Rasmussen, Neuman y Todd, 2001). Para algunos autores, cuando las niñas muestran TDAH, los tipos y severidad de la sintomatología y los problemas concurrentes parecen ser similares a los niños con TDAH (Gaub y Carlson, 1997; Gershon, 2002).

El Trastorno Negativista Desafiante y el Trastornos Disocial (APA, 2000) también forman parte de la dimensión externalizante, y en las taxonomías empíricas se definen como Oposicionismo Desafiante (OD) y Problemas de Conducta (PC) (Achenbach y Rescorla, 2001). Aunque las investigaciones han cuestionado la exactitud de la prevalencia del OD, la mayoría estima que el 3% de la población infantil presenta este trastorno (Angold y Costello, 1996). Hay claras diferencias en función del sexo en los problemas de conducta, la prevalencia en niños es superior que en niñas (Silverthorn y Frick, 1999). En otros estudios, las diferencias de sexo son pequeñas y a veces inexistentes (Keenan y Shaw, 1997). El trastorno Oposicionista Desafiante es más común en chicos que en chicas a la edad de 6 años (Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000; Verhulst y van der Ende, 1991).

Una de las variables que se considera relevante para algunos de estos problemas de comportamiento descritos, es la interacción familiar, que configura de manera importante el desarrollo y perpetuación de conductas externalizantes en el niño, con lo cual dificulta su proceso de ajuste al medio. Cuando se encuentra este panorama, los padres buscan ayuda profesional a fin de remediar dicha situación. En ese sentido, uno de los enfoques que más se ha centrado en el manejo de los problemas

de comportamiento externalizante e internalizante ha sido la terapia cognitivo-conductual (Moreno y Utria, 2011).

3.2 Descripción de la Intervención Psicológica aplicada en el Hogar Infantil y PACES.

3.2.1 Trastornos Internalizados (Intervención)

Los tratamientos psicológicos validados empíricamente para trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes incluyen terapia cognitivo conductual para ambos tipos de trastornos, y desensibilización sistemática, modelamiento, y práctica reforzada para los trastornos de ansiedad (Ollendick y King, 2004; Kazdin, 2000).

Los tratamientos que han mostrado eficacia para estos trastornos se basan en teorías de aprendizaje, conductuales y cognitivas, o sea, tienen como principio general cambio en las emociones, mediante la modificación de los pensamientos y conductas desadaptativas (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, 2010).

3.2.2 Algoritmo General para el tratamiento de los trastornos internalizados:

3.2.2.1 Diagnóstico

El primero paso es el diagnóstico, el que se obtuvo con la aplicación del CBCL, y en algunos casos se utilizó el CDI, con el objetivo de obtener un diagnóstico preciso de aquellos niños que puntúan alto en ambos trastornos. Una vez que se ha obtenido un diagnóstico claro de un trastorno internalizado (ansiedad o depresión), se inicia con la fase de Psicoeducación.

3.2.2.2 Psicoeducación

La Psicoeducación inicia con la jerarquización de situaciones o estímulos, o sea, la identificación de las diversas preocupaciones y fuentes de evitación asociadas con el trastorno de que se trate. En el caso de los niños, se creó una situación de juego, utilizando una escalera (Chorpita, Taylor, Francis Moffitt y Austin, 2004), para que los niños ubiquen en los distintos peldaños de la escalera, sus distintos miedos o preocupaciones.

Una vez establecida la jerarquía, el siguiente paso en el algoritmo es educar al niño acerca de la ansiedad y depresión.

Finalmente, es importante discutir con el niño la naturaleza cíclica de los síntomas y componentes de la depresión o ansiedad. Y una vez que haya entendido, estará listo para distinguir entre emociones, pensamientos y conductas.

3.2.2.3 Distinción entre emociones, pensamientos y conductas

Según Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil (2010) uno de los componentes más importantes dentro de la Intervención psicológica ejecutada, es que el niño aprenda a distinguir entre las emociones, pensamientos y conductas; y posteriormente a identificar la conexión que existe entre estos.

El juego consiste en que tanto el terapeuta, como los niños, reciban un papelito en el que está escrito un pensamiento, una emoción y una conducta, lo lean en voz alta y lo introduzcan en el recipiente que corresponda. Para que el niño identifique adecuadamente cada concepto, tal vez se requiera que el terapeuta se refiera a las emociones como “lo que siento”, a los pensamientos como “lo que pienso” y a las conductas como “lo que hago”.

3.2.2.3.1 Distinción de pensamientos automáticos

Durante el trabajo con los pensamientos, es muy importante que el niño identifique cuáles son los pensamientos que producen las emociones que experimenta. El concepto de pensamiento automático es fundamental para que el niño entienda que hay ciertos pensamientos que ocurren automáticamente (que le vienen a la cabeza de repente) y le producen automáticamente una emoción que le desagrada o le hace sentir mal. Los pensamientos automáticos pueden ser pensamientos positivos o negativos, por lo que es importante que el niño identifique tanto los pensamientos asociados a las emociones desagradables como a las agradables.

3.2.2.4 Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva se aplica a cada pensamiento automático relativo a las situaciones o estímulos que el niño hubiese propuesto durante la jerarquización de situaciones o estímulos (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil, 2010).

3.2.2.4.1 Alto y pienso

La reestructuración cognitiva dirigida a los niños es más sencilla que la que se trabaja con adultos y niños mayores. En este caso, después de que el niño identifique claramente cuáles son los pensamientos negativos que le provocan emociones negativas, se le enseña la técnica “alto y pienso” como parte de la tarea de romper el rayo maligno (Kendall, 1994 y 1997).

3.2.2.4.2 Someter a prueba la evidencia

Someter a prueba la evidencia sólo se realiza con niños mayores de ocho años o con niños menores, pero muy verbales y que se hubiesen identificado previamente con una inteligencia superior. Consiste en investigar los datos o la evidencia que apoye la veracidad de ese pensamiento que le produce emociones tan desagradables. El niño tendrá que identificar o tendrá que investigar los hechos, lo que ocurre en la realidad, corroborando no si ese pensamiento es válido o no.

3.2.2.5 Exposición

La exposición utiliza la desensibilización sistemática, la que consiste en traer a la mente los estímulos temidos uno por uno (de menor a mayor jerarquía). Existen dos métodos de empleo, una imaginada y una en vivo (paciente se expone directamente con el estímulo temido). La exposición debe realizarse en un ambiente cómodo, seguro, con luz apropiada y en el que exista silencio y seguridad para el paciente.

3.2.2.5.1 Exposición imaginada

Es muy importante que en la exposición imaginada se vayan presentando los estímulos temidos en orden, de los menos ansiógenos a los más desagradables. En el desarrollo de esta, se puede tener como guía la escalera realizada en la Psicoeducación, pues esta nos brindó en orden jerárquico los estímulos temidos en cada niño.

3.2.2.5.2 Exposición en vivo

Esta va después de realizarse la exposición imaginada, en la que cada niño debe exponerse directamente con el estímulo temido.

3.2.2.6 Entrenamiento en Habilidades Sociales

Actualmente muchos niños carecen de habilidades sociales, sobre todo cuando existe la ausencia de una de las figuras paternas, quienes tienen como obligación brindar a sus hijos formas de comunicarse, relacionarse e interactuar. Dentro de las habilidades sociales que puede brindar un terapeuta, se encuentran técnicas de modelamiento y representación de roles, las que ayudan a adoptar de una forma correcta y adecuada un rol asertivo.

3.2.2.7 Inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil (2010), dan a conocer que la inoculación ante el fracaso consiste en advertir al niño que bajo ciertas circunstancias podría volver a experimentar el miedo o el sufrimiento que ya venció. El terapeuta debe repasar con él las estrategias brindadas.

3.2.3 Trastornos Externalizados (Intervención).

En los tratamientos externalizados son dos los tipos de tratamiento psicológico que han demostrado eficacia: el tratamiento conductual a los padres (Anastopoulos, Shelton, DuPaul, Guevremont, 1993; Forehand y Atkenson, 1977; Marshall y Mirenda, 2002; Paterson, Chamberlain y Reid, 1982; Peed, Roberts y Forehand, 2002) y el entrenamiento en resolución de problemas dirigido a los niños (Kazdin, Esveldt y French, 1987) o la combinación de ambos.

3.2.4 Algoritmo general para el tratamiento de los trastornos externalizados.

3.2.4.1 Psicoeducación

La Psicoeducación en los trastornos externalizados consiste en que el niño aprenda lo que es la agresividad y puede definir sus comportamientos agresivos en diversas situaciones (casa, escuela, etc.). Es importante que el niño defina lo que él entiende por agresividad, ya que así se podrá discutir sobre el tema, y tratar de transmitir causas, consecuencias, etc.

3.2.4.2 Operacionalización

Una vez discutido qué es la agresividad, se ayuda al niño a definir operacionalmente su propia agresividad. La tarea consiste en identificar cuáles son las conductas que lo convierten en un niño agresivo y en cuáles situaciones ocurren (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil, 2010).

El siguiente paso, es jerarquizar sus conductas agresivas, por lo que se utiliza una escalera para que pueda jerarquizarlas, y de igual forma como en los trastornos Internalizantes, se ubica la de mayor frecuencia en la última grada, y la de menor en la primera.

3.2.4.3 Solución de Problemas

Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil (2010) explican que en el caso de los niños con problemas externalizados se recomienda trabajar la solución de problemas por medio de juegos que permitan al niño lograr el dominio de cuatro habilidades de solución de problemas: Pienso (definición de problema), decido (toma de soluciones o alternativas), actúo (implementación de la solución) y compruebo (verificación de la solución). Una de las técnicas que puede utilizarse es la técnica del semáforo, la que ayuda a establecer el problema y búsqueda de soluciones mediante un juego.

3.2.4.4 Juego de Roles

Otro juego que conviene aplicar para solucionar problemas es la de representación de roles: “Tú eres yo y yo soy tú”. Durante el desarrollo de esta sesión, el terapeuta pasa a comportarse como un niño agresivo, desobediente; y a su vez el niño aparenta ocupar el rol de maestro, padre e incluso de psicólogo (a). Al momento en que el terapeuta empieza con su actuación, es deber del niño corregir su mal comportamiento, indicando cual sería el correcto. El terapeuta de cierta forma se niega a colaborar, haciendo difícil la labor del niño; pero conforme vaya avanzando el tiempo el terapeuta ira cediendo y así el niño comprenderá lo difícil que es tratar a un niño que no cumple reglas o límites.

3.2.4.5 Entrenamiento en Habilidades Sociales

3.2.4.6 La inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas

De igual forma que en los trastornos internalizados, se repasa con el niño las estrategias aprendidas, con el único fin de que pueda aplicarlas cuando tenga alguna recaída.

3.2.4.7 Entrenamiento en Padres

El entrenamiento en padres consiste en realizar lo siguiente:

1. Jerarquización de conductas a modificar: el entrenamiento inicia con la identificación y jerarquización por parte de los padres, de las conductas que les gustaría cambiar en sus hijos.
2. Empleo de recompensas o refuerzos: una vez que los padres establecen las conductas positivas opuestas específicas que quieren fomentar, se les enseña diferentes técnicas de refuerzo positivo o recompensas. Se les da a conocer los refuerzos sociales, sistema de puntos, etc.
3. Establecimiento de límites: finalmente se les pide a los padres de familia que anoten en cada hoja las reglas que mantienen en casa y que se indaguen si son claras, consistentes y apropiadas para sus hijos. Se discute con los padres las diferentes formas de castigo apropiados para la edad de sus hijos.

Por otro lado, se les da a los padres la tarea de pasar 15 minutos al día dando 100% atención a su hijo, realizando alguna actividad placentera para ambos, padres e hijo; como por ejemplo armar un rompecabezas, practicar algún deporte, contar cuentos, etc. También se les recomienda decirles cinco cosas positivas por cada cosa negativa que dice a su hijo. Para concluir con este entrenamiento, se les pide a los padres practicar en casa las técnicas aprendidas y mantener una evaluación constante de su efectividad para identificar y resolver cualquier dificultad que tengan para implementar las técnicas enseñadas en la sesión (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil, 2010).

Capítulo IV

4.1 Descripción del estudio

El presente estudio de tipo transversal, descriptivo, prolectivo y prospectivo; consistió en la aplicación de la Ficha Psicológica del CAF-MIES (Centro de Apoyo Familiar), con el objetivo de conocer características sociodemográficas de la familia monoparental, y posteriormente la aplicación a 44 padres de familia de Test Psicológicos: CBCL y CDI, para identificar características Internalizantes y Externalizantes en niños y niñas de 6 a 12 años de edad, que forman parte del Hogar Infantil (CAE-MIES) y del Cos 9 de Octubre (PACES).

4.2 Descripción de los Centros

4.2.1 Hogar Infantil N°3:

El Hogar Infantil, conocido actualmente como Centro de Apoyo Escolar (CAE), es una institución que forma parte del MIES, y que tiene como misión acoger a niños y niñas que se caracterizan por presentar alguna situación de riesgo. Algunos casos corresponde a bajo rendimiento escolar y problemas en sus hogares, tales como maltrato, abandono o separación de sus padres. El MIES como parte de su política de Protección Especial, busca dar respuestas a la atención que demandan los niños, niñas, adolescentes y sus familias en cualquier situación de violación de derechos, con un enfoque de protección integral, equidad, universalidad, corresponsabilidad y participación social y familiar,

El Hogar Infantil da énfasis a la reinserción familiar con apoyo social y atención psicológica al niño y a su hogar. Los menores como complemento reciben alimentación con una dieta establecida por el médico y que trata de contrarrestar la desnutrición que algunos presentan en su ingreso. También, se da importancia a la actividad recreacional que inculca expresiones artísticas en un taller copado por objetos recreativos.

4.2.2 Cos 9 de Octubre (PACES):

Actualmente la Fundación Salesiana Paces, forma parte de la Red Inspectorial de Opción Preferencial – Proyecto Salesiano Ecuador, servicio educativo pastoral que tuvo sus inicios en la ciudad de Quito, asumiendo la opción de Inspectoría por los "Chicos de la Calle" en Ecuador en el año 1975.

En la ciudad de Cuenca, PACES organiza su trabajo territorialmente en 3 sectores estratégicos de la ciudad, las mismas que concentran grandes poblaciones de niños y jóvenes en situación de riesgo, los sectores son: Cos de la Feria Libre, Cos de la 9 de Octubre y Cos de la 10 de Agosto.

Dentro del objetivo General, la Fundación Salesiana Paces programa potenciar las capacidades y prevenir el deterioro humano de las/ los niñas/niños en situación de alto riesgo (callejización, maltrato, explotación sexual, trabajo infantil, etc.) a través de un programa educativo pastoral orientado al niño, a su familia y su comunidad. Con un equipo especializado de educadores que desarrollen esta opción bajo una mística salesiana y bajo una gestión permanente con otros actores e instituciones.

4.3 Descripción del trabajo realizado en el Hogar Infantil y PACES

Es importante mencionar que la intervención psicológica estaba conformada de 16 sesiones, las que se repartieron de la siguiente forma:

1. Trastornos Internalizados:
 - a) Juego- rapport
 - b) Psicoeducación- Jerarquía de estímulos
 - c) Identificación de Emociones, Pensamientos y conductas. Distinción de pensamientos automáticos.
 - d) Reestructuración Cognitiva- Prueba de evidencia.
 - e) Desensibilización Sistemática
 - f) Arterapia
 - g) Habilidades Sociales
 - h) Prevención en recaídas

2. Trastornos Externalizados

- a) Juego- rapport
- b) Psicoeducación- Jerarquía de estímulos
- c) Solución de problemas
- d) Juego de Roles
- e) Habilidades Sociales
- f) Prevención de recaídas
- g) Entrenamiento Padres de Familia (2 sesiones).

4.3.1 Grupo de Trastornos Internalizantes

La primera llegada al Hogar Infantil fue muy satisfactoria, ya que tuve un buen recibimiento por parte de los niños y personas que laboraban en el mismo. El viernes 9 de agosto de 2013, se les reunió a todos los niños que asisten, y se les dio la noticia que se iba a trabajar con algunos de ellos, durante tres semanas, en un horario de 3h00 a 4h30 pm. Se nombró a los niños que conformarían parte del equipo de trabajo, y a su vez se les dividió en los dos grupos correspondientes “Internalizantes” y “Externalizantes”, obtenidos de la aplicación del CBCL y CDI.

En la fundación Salesiana Paces se ejecutó lo mismo, con el único cambio, que la hora quedó definida de 3h15 a 4h45 pm.

Primera sesión: la primera sesión en el Hogar Infantil se ejecutó el 12 de agosto de 2013, y lo primero que se realizó fue la bienvenida y la explicación de su presencia en el grupo de Trastornos Internalizantes. Este grupo estaba conformado por quince niños, pero en este primer encuentro, asistieron doce, pues los hermanos González se encontraban de vacaciones. Se les explicó que tiempo atrás se les aplicó un test a sus padres, y que tras su previa calificación, cada uno de ellos tenían ciertas características, como por ejemplo baja autoestima, emociones de tristeza, ansiedad, etc., por lo que formaban parte de este grupo.

La aceptación que se tuvo fue muy buena, aunque algunos niños no entendían por completo su presencia, pero conforme avanzaban las sesiones, el rapport iba siendo mayor.

Como una forma de establecer empatía y confianza, los niños se reunieron en círculo, compartiendo aspectos importantes de sus vidas. Algunos comentaban lo que más les gustaba hacer, el nombre de su escuela, etc.; y una característica que compartían todos y de cierta forma ayudó a establecer un grupo homogéneo, fue la ausencia de su figura paterna (en la mayoría de casos) en el hogar.

Luego se realizó un art attack con el nombre de cada uno, ocasionando interactuar efectivamente con ellos. El trabajo comenzó con el estableciendo las primeras reglas en el grupo, como compartir los materiales, pedir de por favor, respetar las opiniones de los demás, y sobre todo esperar a que se dé la orden de que puedan empezar. Después de haber concluido con el trabajo, se les dio un imperdible para que puedan colocarse en su camiseta y así poder llamarlos por sus nombres respectivos. Mientras se iba trabajando, se estableció una conversación de los hobbies que tenía cada uno, y obviamente esta interacción de palabras ocasionaba que la confianza crezca. Pero el juego del árbol caído, provocó que la seguridad aumente aún más.

En la Fundación Salesiana Paces, la primera sesión se llevó a cabo el 23 de septiembre de 2013, que a diferencia del Hogar Infantil, se reunió a todos los niños para realizar un juego de integración, pues en este caso se trabajó con un grupo más pequeño, de seis niños. En la lista constaban ocho, pero dos niñas aún no se habían inscrito, por lo que lamentablemente no se contó con su presencia. Es importante recalcar que la empatía y la confianza con cada uno de ellos era mayor que con los niños del Hogar Infantil, pues tiempo atrás realicé las prácticas pre-profesionales en el Cos 9 de octubre y por lo tanto ya existía una cercanía con cada niño y niña.

En esta sesión se realizó algo diferente, en vez de la técnica de la confianza, se llevó a cabo un dibujo en el que los niños tenían que expresar que esperaban de la intervención terapéutica, y fue muy interesante los resultados que se obtuvieron; pues algunos se dibujaban tristes y al lado felices, mientras otros se graficaban peleado con sus hermanos, y aun lado (futuro) dándose un abrazo. A la final establecimos normas, se les dio a conocer los días a trabajar y que niños conformarían parte de cada grupo.



Foto 1 Niños del Hogar Infantil realizado la dinámica del árbol caído

Segunda sesión: luego de conocer un poco más a cada niño y niña, el día miércoles 14 de agosto de 2013, se desarrolló en el Hogar Infantil la segunda sesión, la que consistía en Psicoeducación de Depresión y Ansiedad. De igual forma asistieron doce niños y en esta sesión se empezó un poco tarde, pues a las 2h30pm se desarrolló un juego con todos los niños del Hogar Infantil.

El objetivo de esta sesión consistía en brindar el concepto y diversas características de la depresión y la ansiedad, rasgos que presentaban los niños de este grupo. Al momento que se pronunció estas dos palabras, se les preguntó si las habían escuchado, y algunos relacionaron depresión con tristeza, y otros no habían escuchado ninguna de las dos. Se empezó a explicar las consecuencias que provocan, y que emociones suelen aparecer en los individuos; para esto se elaboró con anticipación grafitis (dibujos), que notablemente facilitaron la comprensión. Para alcanzar este objetivo, se recurrió a metáforas, por ejemplo, explicando que la ansiedad es como una falsa alarma contrastada con el miedo real asociado con un peligro real (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, y Gil, 2010). En el caso del trabajo con niños, se discute con ellos acerca de las falsas alarmas; y una vez que el niño haya entendido qué es una falsa alarma, se le debe explicar, que muchas veces nuestro organismo o nuestra mente detona falsas alarmas y que en realidad algo que no le produce miedo a nadie o que no debía provocar miedo, produce una intensa perturbación. En la intervención terapéutica se utilizó la metáfora: “¿Qué pasaría si en este momento entrara un tigre?, lo más probable es que quienes estamos aquí

sintamos un miedo tremendo, porque el tigre representa un verdadero peligro; podría atacarnos y matarnos, por eso nuestro organismo responde con una alarma, que es el miedo. En cambio, si entra una hormiguita, muchos no sentiremos absolutamente nada, porque la hormiga no representa ningún peligro. Pero, si un niño se asusta mucho y grita viéndola, quiere decir que se ha encendido la alarma; aunque realmente la hormiguita no hace nada, el organismo de ese niño le está enviando una falsa alarma que sin darse cuenta la está activando. Por otro lado, en la Psicoeducación sobre depresión, se les puede explicar que cuando estamos deprimidos nos sentimos muy tristes. “La depresión es una reacción normal que sentimos todas las personas cuando perdemos a alguien o algo que queremos mucho, cuando nos pasa algo que no queríamos que pasara, cuando por más que tratamos no logramos lo que queremos”.

Las emociones eran un aspecto muy importante en esta sesión, por lo que se entregó a cada niño una hoja de emoticones, para que diferencien cuales se presentaban ante un momento de tristeza o preocupación. Esta actividad tuvo mucha aceptación, pues el hecho de colorearlas les causaba mucha felicidad.

Luego, se realizó la jerarquía de los estímulos que provocaban tristeza o ansiedad, algunos niños concordaban en que su mayor preocupación era la de perder al progenitor con el que conviven (madre), ya sea por muerte o abandono del hogar. El interés que le daban a su progenitor era menor, es decir la tristeza o ansiedad de haberlo perdido ocupaba el primer o segundo escalón de la jerarquía de estímulos. .

El día 25 de septiembre se llevó a cabo la segunda sesión en el Cos 9 de octubre (PACES), asistiendo los cuatro integrantes que correspondían a este grupo. La sesión se desarrolló normalmente, y los frutos de la misma fueron que cada niño entendiera los conceptos de depresión y ansiedad e identifiquen cuales eran las características que cada uno presentaba. Posteriormente cada uno elaboró su jerarquía de preocupaciones y tristezas, dando a conocer que su mayor tristeza, al igual que los niños del Hogar Infantil, eran la perder a su madre, y en el caso de un niño el tercer escalón ocupaba el fallecimiento de su progenitor. Finalmente, como se lo hace en todas las sesiones, se les pregunta lo aprendido, y es muy gratificante que respondan “Yo aprendí a conocer mis caras tristes y enojadas y a cambiarlas por felices”, “Yo aprendí a conocer mis tristezas y a pensar diferente para no ponerme triste”.



Foto 2 Niños del Hogar Infantil y Paces recibiendo Psicoeducación e identificando sus emociones. Gráficos utilizados en la Psicoeducación.

Tercera sesión: En el Hogar Infantil, se realizó el lunes 19 de agosto de 2013, pero antes de iniciarla, se trabajó desde las 2h00pm con los tres hermanos que habían faltado por motivo de sus vacaciones. De igual forma se les dio a conocer la causa de

su presencia, se estableció empatía e inmediatamente se realizó la Psicoeducación y jerarquía de estímulos.

En esta sesión se empezó a presentar algunos inconvenientes, pues tres niños no querían entrar voluntariamente, y resultaba un poco incómodo insistir en que pasen al aula. Además, por motivo de igualar a los tres niños que habían faltado, se empezó a las 3h30pm; y algunos no colaboraban, ya que hacían mucha bulla. Pero se trató de sobrellevar esta situación y se llevó a cabo lo planificando, que era la identificación de pensamientos, emociones y conductas (escritos en hojas de papel de boom). Antes de realizar la actividad como tal, se les explicó el concepto de cada uno y se establecía ejemplos con el único objetivo de que puedan comprenderlo de una forma más clara. Fue muy importante realizar en esta sesión la identificación previa de cuáles eran los pensamientos automáticos que tenían, los que eran anotados en una hoja de boom y luego se trataba de analizarlos y relacionarlos con las emociones y conductas posteriores. Algunos niños compartían en el grupo que sus pensamientos, la mayor parte del tiempo, eran de tristeza, al pensar que nadie los quiere o que no son importantes. Otros mantenían discreción y solo escuchaban.

Inmediatamente, cada niño iba cogiendo un papel para que pueda introducirlo en la caja correspondiente, y lo leía en voz alta, para que todos piensen en cual debería ir. Algunos acertaban y otros no, pero el apoyo grupal hacía que logren ubicarlo en la caja adecuada.

Momentos antes de terminar la sesión, tres niños seguían con conductas negativas, y se vio adecuado hablar con ellos de una forma muy tranquila; diciéndoles que su presencia ocasionaba que los demás se distraigan y no pongan la debida atención a lo que se realizaba; y que la verdad si no existe colaboración de su parte, no era obligación su presencia. Incluso el profesor del Hogar Infantil habló con ellos sobre su comportamiento y pareció que se llegó a un buen acuerdo, pero lamentablemente ya no se contó con su presencia en las sesiones posteriores.

Por otro lado, la tercera sesión en el Cos 9 de octubre se realizó el día dos de octubre de 2013, en la que asistieron los cuatro niños del grupo. Para iniciarla, se recordó lo visto en la anterior sesión, en la que cada niño daba a conocer lo que más había captado. Fue muy interesante lo que expresaban, pues recordaban todo lo que se ejecutó (identificación de emociones, jerarquía de estímulos, etc.). De inmediato se

habló sobre lo que era un pensamiento, emoción y conducta; y se utilizó el pizarrón para poder explicarlos de una mejor forma (gráficos). Al instante se les brindó una hoja de papel de boom, en la que tenían que demostrar lo que entendieron de cada uno de los conceptos brindados. Algunos escribieron un pensamiento y dibujaron la emoción y la conducta provocada, demostrando un buen entendimiento. Pero para poder reforzar aún más, se les cuestionó de sus pensamientos automáticos, expresando “pienso ¿Por qué tuvo que morir mi padre?, ¿Por qué no puedo ver a mi padre?”, dando a conocer que la ausencia de su figura paterna influye mucho en las emociones y conductas que cada uno presenta. Cada niño se iba concientizando de las emociones negativas que originaban sus pensamientos, por lo que se imponía un nuevo pensamiento y por ende se lograba que cada uno cambie sus emociones y conductas.



Foto 3 Niños del Hogar Infantil y Paces identificando pensamientos, emociones y conductas

Cuarta sesión: el miércoles 21 de agosto de 2013 se realizó en el Hogar Infantil la cuarta sesión, en la que se trabajó con doce niños, pues como se dio a conocer anteriormente no se vio necesario obligar a la presencia de los tres niños que no querían asistir de manera voluntaria.

En la cuarta sesión se realizó el alto y pienso, como parte de la tarea de romper el rayo maligno de la tristeza y ansiedad. Se les entregó a cada niño una hoja con un súper héroe (Mujer maravilla para las niñas y Batman para los niños), y al momento de recibirlas se emocionaron mucho, pues se les dio la orden que los colorean y los rellenen con fideos y lentejas, como una forma de salir de la terapia, e incluir actividades recreativas. Cuando culminaron con la decoración de su súper héroe, se les recordó de sus pensamientos automáticos, y los anotaron en la parte posterior de

su hoja. Además se les hizo pensar en que poderes quisieran tener si fueran uno de ellos, con el objetivo de que ese poder (fuerza, agua, fuego, etc.) mate o elimine su malestar.

Finalmente se realizó la prueba de evidencia con los doce niños, en el que se mostraba y leía un cuento breve de una niña que protagoniza a un detective y tenía como misión investigar si los hechos realmente corroboraban ese pensamiento en particular. Cuando se terminó con la lectura, se trataba de indagar con todos los niños sobre la conducta que tuvo aquella niña, reconociendo que sus pensamientos, emociones y comportamiento no fueron los indicados. Y así se traía historias reales de cada uno de ellos, con el objetivo de cambiar lo que se había realizado incorrectamente.

En el Cos 9 de octubre, la presente sesión se realizó el día viernes 4 de octubre de 2013. Como se ha ido ejecutando, se indagó sobre lo tratado en la anterior sesión, y al preguntarles sobre lo aprendido expresaron “Yo aprendí lo que era un pensamiento, emoción y conducta y los enunciaban con ejemplos”. De inmediato se les cuestionó si habían sentido alguna mejora en relación a su problemática, por lo que dieron a conocer buenos resultados. Incluso el niño que se sentía triste en algunas ocasiones por la muerte de su padre, comentó que “se siente mejor porque su padre lo está cuidando y que a veces cuando lo recuerda, trata de pensar positivamente para estar feliz”.

Fue muy gratificante la decoración que se realizó con la hoja de la mujer maravilla y de Batman, pues mientras iban pintando se hablaba de los pensamientos que provocaban tristeza en la mayoría de situaciones y a su vez la imaginación de cada niño ocasionaba que estos pensamientos puedan disminuir o eliminarse. Primeramente se les invitó a pensar en qué poderes quisieran tener si fueran un súper héroe, y de inmediato cada uno utilizaba su creatividad e imaginación y ponían en práctica sus poderes. Por ejemplo, un niño quería volar, entonces pensó que “volaba por encima de los edificios y que llevaba su pensamiento de tristeza en sus manos; y cuando llegó a Asia, dejó ahí su pensamiento negativo”.

Finalmente se realizó la prueba de evidencia con todos los niños que conformaban el grupo, obteniendo buenos resultados.



Foto 4 Niños del Hogar Infantil y Paces trabajando durante la sesión y mostrando a sus súper héroes.

Quinta sesión: el viernes 23 de agosto de 2013 se llevó a cabo la quinta sesión, y a mitad de la intervención terapéutica, los niños expresaron que se han sentido mejor y que las cosas que hemos realizado han sido muy divertidas. Notablemente sentí una gran satisfacción de haber llegado a cada uno de ellos y la aceptación a la terapia lo demostraba.

En esta sesión se realizó desensibilización sistemática, acompañado de la técnica de reminiscencia (relajación). Existieron algunas dificultades por el espacio y comodidad, pero el apoyo de los niños fue muy bueno, pues decidieron acostarse en el piso, sin tener mayor problema. Se utilizó música de relajación y antes de empezar con la sesión se vio necesario indicarles algunas reglas, como por ejemplo máxima concentración y atención a lo que el terapeuta iba a decir. De esta forma se recostaron y cerraron sus ojos; obviamente el inicio se centró por completo en su respiración.

Inmediatamente con las palabras más adecuadas se trataba de traer a la mente de los niños el lugar más bonito para que la relajación sea aún más completa. Conforme se traían los recuerdos más bonitos, se indagaba completamente en ellos; pues luego de culminar con estos, se exponía a cada niño al estímulo temido, utilizando la escalera que se realizó en la primera sesión, de menor a mayor estímulo que ocasionaban tristeza o preocupación. Luego de culminarla, cada niño dibujó el recuerdo más bonito que trajo a su mente, y en un círculo iban compartiendo con los demás niños cómo se sintieron y que sensaciones experimentaron con la relajación. Además, se les explico que los buenos recuerdos tapan a esa preocupación o tristeza que en ciertas ocasiones permanece en la mente o en el corazón; y así nos centrábamos en que los mismos permanezcan y traten de borrar o eliminar a los negativos.

En el Cos 9 de octubre, la quinta sesión se llevó a cabo el día miércoles 9 de octubre de 2013. Realmente la desensibilización sistemática no se pudo realizar, pues existía demasiada bulla por parte de los demás niños. Pero se trató de improvisar, y lo que se realizó es un dibujo de lo que provocaba mayor tristeza y felicidad. El objetivo era de que mientras dibujen al recuerdo que les provoca mayor tristeza, se les iba recordando la jerarquía de estímulos que la realizaron en la segunda sesión; y acompañado de música relajante se les iba exponiendo a cada estímulo que habían nombrado en la escalera. Al terminarlo, se les pidió que en otra hoja grafiquen el recuerdo más bonito que tengan, y de igual forma mientras lo iban haciendo, cada uno traía a su mente aspectos positivos. Cuando culminaron, se les invitó a analizar que recuerdo era el que realmente valía la pena recordar, y así se lograba que la tristeza minimice.



Foto 5 Realizando desensibilización sistemática y relajación con los niños del Hogar Infantil

Sexta sesión: la antepenúltima sesión se realizó el martes 27 de agosto. Considero que fue uno de los encuentros más alegres para los niños y niñas que conformaban este grupo, ya que el trabajar con plastilina resultó muy divertido. Lo que se trató de realizar fue una exposición en vivo, después de la exposición imaginada (desensibilización sistemática), con el objetivo de expresar directamente el síntoma. Se les entregó plastilina de varios colores y se les dio la orden de que expresen con la misma su mayor tristeza o preocupación. Fue muy interesante lo que realizaban, algunos se dibujaban así mismos tristes, por la falta de su padre o por ideas de que nadie los quiere; otros hacían a su madre discutiendo o teniendo dificultades con otras personas (peleas). Al momento de culminar con la actividad, cada uno mostraba su obra de arte y daban a conocer lo que significaba. Era muy importante la atención que se le brindaba a la persona que hablaba, y en ciertas ocasiones se tenía que repetir lo importante que era escuchar.

En seguida se reunió a las obras de arte en la mitad de la sala y se nombraba a un niño para que modifique la escultura de su compañero. Fue muy gratificante el resultado que se obtuvo, ya que cuando veían un cambio de una cara triste por una feliz, de inmediato se dibujaba una sonrisa en su rostro y el abrazo grupal final ayudó a que sientan como un grupo de amigos.

En cambio, en el Cos 9 de octubre, la presente sesión se realizó el día lunes 14 de octubre de 2013. De igual forma resultó muy gratificante trabajar con plastilina, pues los niños expresaron mucha alegría. Considero que la actividad se llevó a cabo tal y como se ejecutó con los niños del Hogar Infantil, con la única diferencia que en

Paces se llevó a cabo un ritual. Es decir, al momento que cada compañero modificó la escultura de su amigo, se cogió un trozo de plastilina que represente el motivo de su tristeza, y teniéndola en mano cada uno debía expresar lo que tenía por decirle, algunos dijeron “‘‘ Ándate tristeza”, “Te voy a aplastar”, y finalmente se la enterró en una maseta, con el objetivo de que sientan que esa emoción negativa había salido de su corazón.

Para culminar con la sesión se les felicitó por la valentía de haberla sacado de su cuerpo, y se les motivo a aplaudir a sus compañeros y a si mismo por la actividad realizada. Los niños expresaron mucha alegría, felicidad y paz.



Foto 6 Obras de arte finales

Séptima sesión: el jueves 29 de agosto se llevó a cabo la séptima sesión, algunos niños expresaban un poco de tristeza porque sabían que el día 30 de agosto era ya el último encuentro a realizarse. Considero que todas las sesiones tenían un hilo conductor, es decir se relacionaban por completo al aprendizaje de la siguiente, y fue así que esta sesión de habilidades sociales era un punto clave de lo que se había establecido desde la primera reunión.

Al inicio de la intervención terapéutica, había mucho silencio, pues se les brindó conceptos de roles a ejecutar, comentando que nunca habían escuchado los términos de pasividad, agresividad y asertividad. Se notó una gran comprensión de los mismos, pues entre ellos empezaron a etiquetarse “Tú eres una pasiva, y yo un agresivo, etc.”. De inmediato se les presentó varios videos de roles a asumir, de igual forma hubo una gran aceptación ya que los videos era de comics, y de personajes de películas infantiles. Cuando se terminó de proyectar con los videos, el terapeuta

actuaba como modelo, para que los niños imiten lo que se espera de él en diversas situaciones.

Era muy importante que el conocimiento que abarcaba esta sesión sea total, por lo que se preparó en power point imágenes de varios animales, y cada uno debía identificar qué rol ocupaba y porqué. Luego de esta actividad, se les entregó una hoja de papel de boom, en la que tenían que dibujar al personaje con el que se identificaron en los videos o en la presentación de power point (por ejemplo, shrek que representaba a una persona agresiva, o un pájaro a una persona pasiva); y así finalmente se les trataba de proyectar que deben asumir un rol asertivo.

La sesión cerró con el juego de la silueta, en la que cada uno dibujó a su compañero en papel periódico y todos los demás aportaban virtudes y cualidades.

En el Cos 9 de octubre, la presente sesión se realizó el día lunes 21 de octubre de 2013. Existieron dificultades para la continuidad de las sesiones, pues dos niños no asistieron por motivo de enfermedad.

Al llevarse a cabo la penúltima sesión, considero que se obtuvieron buenos resultados al igual que en el Hogar Infantil; y el aprendizaje que dejó los roles pasivos, asertivos y agresivos lograron, también, que todos los niños entiendan el rol que ejecutan en diversos lugares y su manera de reaccionar ante ciertas circunstancias.



Foto 7 Niños del Hogar Infantil realizado la dinámica de la silueta y observando videos en grupo.

Octava sesión: el viernes 30 de agosto se culminó con el cronograma de sesiones a realizarse en el Hogar Infantil y en el Cos 9 de Octubre terminó el día martes 22 de

octubre de 2013. Al ser la última sesión, causó varios sentimientos, principalmente en los niños que de cierta forma se habían encariñado con todo lo que se había realizado. Se vio necesario realizar una cartelera, como demostración de todo lo que se había aprendido durante las tres semanas, y sobre todo el tratar de ver lo que más habían captado.

Realmente se desarrolló una obra de arte, en la que las pinturas, crayones, serpentinas, etc. formaron parte de este gran trabajo final. El cartelón estaba formado de frases como “No debes estar triste, sino sonreír; la tristeza se fue a la basura”, mientras que otros niños dibujaban la jerarquía de estímulos temidos que se realizó al comienzo, pero en esta ocasión su mayor temor era ya el más pequeño.

La creatividad de todos era impresionante, y mantenían una emoción muy grande de poder exponerla delante de todos sus compañeros. Mientras se iba trabajando, decorando, se iba recordando lo que se había visto desde la primera sesión y sobre todo se advertía al niño que bajo ciertas circunstancias podría volver a experimentar el miedo o sufrimiento que ya venció. Pero de cierta forma, en esta última sesión se preparaba al niño para que utilice las herramientas brindadas.

Finalmente se hizo una fiesta con todos los niños, como una forma de cerrar la intervención terapéutica. Las personas que laboraban en el Hogar Infantil les felicitaron por el trabajo realizado y de mi parte no faltó un gran agradecimiento por el apoyo brindado.





Foto 8 Niños del Hogar Infantil y Paces trabajando en su cartel final y dándolos a conocer.

4.3.2 Grupo de Trastornos Externalizantes

Primera sesión: Se ejecutó lo mismo que se hizo con el grupo de Trastornos Internalizantes, por lo que las actividades y los resultados fueron similares.



Foto 9 Niños del Hogar Infantil y Paces trabajando durante la sesión

Segunda sesión: el jueves 15 de agosto de 2013, se llevó a cabo el inicio de la intervención psicológica en el Hogar Infantil, de igual forma su duración era de 3h00 a 4h00 pm. Los integrantes de este grupo asistieron a todas las sesiones, sin tener dificultades como el grupo de trastornos Internalizantes, que algunos días faltaban, por lo que se veía necesario trabajar individualmente para poder igualarlos. En esta

sesión se desarrolló lo mismo que en la del anterior grupo, únicamente cambió la temática, pues en este caso se brindó una Psicoeducación de las conductas agresivas, consecuencias, etc.

Posteriormente se desarrolló la operacionalización, en la que cada niño identificó cuales son las conductas que lo convierten en un niño agresivo y en que situaciones ocurre. La mayoría concluía en que las conductas más sobresalientes eran la de molestar y pegar a los demás. De los seis niños, solo uno se sentía feliz por ser agresivo, y en ese momento el terapeuta y el grupo influyeron para cambiar un poco su pensamiento. Fue interesante lo que expresó una niña “B eso está mal, no te hace feliz ser agresivo”; y de inmediato B mostró una sonrisa y dijo “que él se sentía bien siendo así”. Obviamente al ser la primera sesión era muy importante conocer los pensamientos de cada niño, y así conocer con que niño se debía trabajar un poco más.

También se les brindó una hoja de emoticones en la que debían diferenciar expresiones de enojo, violencia, ira, etc.; ocasionando que investiguen expresiones agresivas y entender el efecto que producen en otras personas. Finalmente jerarquizaron sus conductas agresivas, empezando por las que ocurren con mayor frecuencia (escalera o termómetro del estado del ánimo). Aquí las conductas más repetitivas fueron las de pegar, molestar e insultar. Considero que el termómetro del estado del ánimo es una buena técnica utilizada en los niños, pues algunos se identificaron mucho cuando el termómetro llega a explotar, y se rompe totalmente. Aportaban que ellos se sienten así cuando están con iras, pero también dieron a conocer algo muy importante “que si ellos son agresivos, es porque los demás les molestan”; entonces se vio necesario citar la técnica del ignorar a las conductas que hacen daño y la de aprender a respirar cuando se está en una situación de tensión.

En Paces, el inicio de la intervención terapéutica se llevó a cabo el martes 24 de septiembre de 2013, y el grupo de trastornos externalizados estaba conformado por tan solo dos niñas. Los resultados que se obtuvieron fueron buenos, pues hubo concientización del tema de la agresividad.

El trabajar con dos niñas, ayudó a que exista menor silencio y mayor atención a lo que se realizaba. Se notó que la técnica del termómetro, ayudó a una mejor comprensión de las consecuencias de pegar o agredir a otra persona.



Foto 10 Niños recibiendo Psicoeducación e identificando sus emociones.

Tercera sesión: se llevó a cabo el martes 20 de agosto de 2013. Considero que esta sesión fue muy clave en los niños que asistían, pues la técnica del semáforo es una estrategia muy buena para poder ir más allá del problema, es decir buscar soluciones y posibles alternativas ante la dificultad que atravesamos, en este caso la agresividad. Aquí se añadió el trabajo con los súper héroes, pues la aceptación que se tuvo con el anterior grupo fue muy alta, y a la final era una forma de olvidarse de los problemas y utilizar la creatividad.

La sesión inició con la identificación de un problema o dificultad que esté trayendo consecuencias graves a su vida, y aquí citaron su agresividad, “Pegar, jalar el cabello a los demás, etc.”. De inmediato se habló del semáforo, de sus colores y la función que cumplía cada uno. En el rojo debían parar y respirar, en el amarillo buscar tres soluciones y en el verde poner en acción una de ellas (la que mejor consideren). Se citó un ejemplo para que puedan comprenderlo, algunos por su corta edad (6 o 7 años) no comprendían muy bien que soluciones podrían ir, por lo que se trabajaba individualmente con ellos, sin dejar la atención hacia el grupo.

El dibujo siempre muestra tranquilidad, libera las tensiones, pues cuando graficaban el semáforo había silencio, cada niño se concentraba en su trabajo y así era más fácil poder mantener orden; aunque no faltaba el niño que terminaba pronto y empezaba hacer bulla o a corretear por el salón. Pero aquí se lo llamaba y se discutía las soluciones que había anotado, como una forma de que haya silencio para los demás. Cuando se culminó con esta actividad, se pasó a decorar el súper héroe, también era muy importante establecer reglas claras para que no haya peleas por los materiales que se utilizaban. El objetivo con el súper héroe era de que cada niño utilice su

imaginación y se convierta en la mujer maravilla o Batman y vea con sus súper poderes si funcionará o no la solución que escogió. Finalmente, con cada niño se volvía a repasar la técnica del alto, pienso y actúo y al igual que con el grupo de Trastornos Internalizantes se les daba su refuerzo (golosina), como una forma de premiar su esfuerzo durante la sesión.

En el Cos 9 de octubre, esta sesión se realizó el jueves 26 de septiembre, acudiendo los dos integrantes del grupo, y un niño más que pidió asistir. Fue muy interesante la participación de este nuevo niño, pues se pidió a las niñas que le expliquen lo que aprendieron en la anterior sesión, y gracias a esto se fortaleció aún más lo transmitido.

Posteriormente se llevó a cabo la realización del semáforo, de igual forma, tuvo una buena acogida, pues ayudó a que cada niño identifique alguna dificultad en su vida, y mediante éste busque soluciones. Cada uno decoraba y dibujaba a su semáforo, y al momento de finalizarlo se realizó Drama-terapia, como una forma de poner en práctica la mejor alternativa a ejecutar. Luego, cuando se les entregó la hoja de su súper héroe, expresaron mucha emoción, pues cada uno trataba de pintarlo de la mejor forma; y al momento de finalizar con esta actividad se les dio la orden de qué se pongan en el lugar de Batman o de la Mujer Maravilla y analicen si la solución escogida de sí mismo y de sus compañeros es la mejor.





Foto 11 Niños del Hogar Infantil y Paces realizando su semáforo y decorando a sus súper héroes

Cuarta sesión: el jueves 22 de agosto de 2013 se desarrolló la cuarta sesión con todos sus integrantes. En esta sesión se proyectó videos educativos sobre la agresividad, los que ayudaron mucho para concientizar a los niños.

La técnica de juego de roles se ejecutó de una forma muy divertida, pues el terapeuta pasaba a ser un individuo agresivo, y los integrantes del grupo pasaban a ser psicólogos y debían buscar la manera de cambiar su comportamiento negativo. Este es un juego que de cierta forma fortalecía la técnica de solución de problemas, pues aquí también se debía buscar una estrategia. Cada niño escribió en una hoja lo que haría con la persona agresiva, algunos expresaban: “le enseñaría a respirar, le inculcarían buenos valores o le diría que debe ignorar a las personas que le ocasionan ira”. Notablemente esto ayudó a ver lo que más habían captado en las sesiones anteriores y que incluso ya estaban poniendo en práctica.

Para fortalecer aún más la técnica del juego de roles se utilizó dramaterapia, en la que el terapeuta actuaba por completo en un niño mal portado y los niños corregían el mal comportamiento indicando cual sería el comportamiento correcto.

En el Cos 9 de octubre la cuarta sesión se realizó el día jueves 3 de octubre de 2013. En un inicio se conversó de ¿Cómo han estado, si han puesto en práctica lo aprendido?, expresando que “han cambiado un poco con la utilización del semáforo y que una buena respiración ha ayudado a disminuir la ira y agresividad”. Luego, se realizó el cambio de roles, en la que cada niña se puso en un papel de psicóloga y gracias a este recomendaba que hacer al terapeuta (que se puso en el papel de una niña agresiva). Fue muy curioso lo que dieron a conocer, pues utilizaban palabras muy sofisticadas para su edad, opinando que “desearían hablar con los padres de familia para conocer a fondo la causa de la agresividad y que debería calmarme-respirar antes de pelear con alguien”. Utilizando esta técnica, se les brindó una hoja de papel de brillo para que se dibujen a ellas mismas con una bomba de burbuja en la que tenían que escribir estrategias para los niños agresivos. Finalmente, se habló con cada una con el objetivo de que pongan en práctica lo escrito, tanto en casa, como en su escuela.

También se les proyectó videos relacionados con el tema de la agresividad, dando mucha acogida, pues existía mucha colaboración de su parte para poder verlos (silencio-atención).



Foto 12 Niños del Hogar Infantil y Paces observando videos educativos

Quinta sesión: la penúltima sesión en el Hogar Infantil se realizó el lunes 26 de agosto de 2013, al igual, los niños se habían encariñado mucho con lo desarrollado, lo que resultaba un poco penoso ya llegar a su fin.

En esta sesión se realizó lo mismo que en el grupo anterior, las actividades fueron planificadas para ambos grupos. También existió una buena comprensión de los roles pasivos, agresivos y asertivos.

En el Cos 9 de Octubre, la presente sesión se ejecutó el día martes 8 de octubre de 2013. En la misma acudieron las dos integrantes y una nueva niña que pidió asistir. De igual forma, se vio muy útil la presencia de esta nueva niña, pues las integrantes de este grupo tenían que darle a conocer lo que hemos realizado durante las sesiones, y así se podía notar lo que han captado con mayor fuerza (Técnica del semáforo).

También se les presentó videos de habilidades sociales, realizaron un dibujo del rol que cumplían en diversas áreas (agresivo-pasivo), y se trataba de inculcar el rol asertivo, explicándoles la forma en como una persona asertiva actúa, habla, etc.,

Mientras iban dibujando, cada niña daba a conocer que sus madres les habían contado lo que se habló en la reunión. Fue muy interesante compartir con ellas lo que se trató en el taller, y así expresaron que sus madres habían puesto en práctica la “Economía de Fichas”, lo que les daba mucha satisfacción, pues comentaron “si me porto bien y cumplo mis deberes en unos días tendré unos zapatos nuevos”.

Para culminar con la sesión se realizó la actividad de la silueta, en la que cada una dibujó a su amiga en un papelógrafo y adjuntó cualidades; las que ayudaron a que la autoestima aumente.



Foto 13 Niños del Hogar Infantil observando videos de habilidades sociales y realizando la actividad de la silueta

Sexta sesión: la última sesión en el Hogar Infantil se elaboró el miércoles 28 de agosto y en el Cos 9 de octubre el día jueves 10 de octubre de 2013. También, se realizó una cartelera con los niños que conformaban el grupo, y resultó muy gratificante hacerla, pues expresaron todo lo que habían aprendido.

Conforme avanzaba la cartelera, se iba recapitulando lo aprendido desde la primera sesión. Todos los niños plasmaron el dibujo del semáforo en el cartel, por lo que pude notar que fue la sesión más importante. Otros, dibujaban caras agresivas, y al lado una feliz, porque tachaban con una gran X la que estaba enojada o con iras. También habían frases de “Ser buenos, no hay que pelear”, “Las peleas no son buenas” y finalmente los niños del Hogar Infantil escribieron “Final Feliz”, lo que demostró que la intervención psicológica había sido un éxito.

Se colocó cada cartel en un lugar visible de las respectivas fundaciones, con el objetivo de que los demás niños puedan observar el esfuerzo y trabajo realizado.



Foto 14 Carteles finales elaborados por los niños del Hogar Infantil y Paces

4.3.3 Reunión de Padres de Familia

La reunión de padres de familia fue planificada para realizarse en dos sesiones, pero la falta de asistencia por diversos motivos, principalmente por ocupaciones laborales, hizo que se realice una sesión con una duración de una hora y media; la misma que se ejecutó el jueves 29 de agosto con 15 madres de familia en el Hogar Infantil; y el día viernes 4 de octubre con 4 madres de familia en el Cos 9 de Octubre. El taller según el Algoritmo de Trastornos Externalizantes, estaba destinado únicamente a los padres de los niños que se encontraban en este grupo, pero el interés de que los demás progenitores conocieran algunas estrategias de cómo mejorar las conductas negativas de sus hijos, ocasionó que se brinde a todos los que asistan. Esto se realizó únicamente en el Hogar Infantil, pues aquí se trabajó con toda la población de niños y niñas; mientras que en Paces, se realizó la reunión con tan solo las madres de familia de los seis niños con los que se trabajó en ambos grupos.

Lo primero que se habló en la reunión, fue de los resultados que se obtuvieron en la aplicación del cuestionario CBCL, explicando las características que presentan los niños que viven con un solo padre; y obviamente se dio una breve explicación de la intervención psicológica que se realizó con cada uno de ellos.

Posteriormente, se dialogó de las conductas inadecuadas que mantenían sus hijos en casa, por lo que se les dio la orden de que jerarquicen las conductas que desean modificar. El objetivo era que encuentren una conducta opuesta positiva, y de esta forma entiendan que comportamiento tomar frente a la conducta nueva que se buscó. Por ejemplo la mayoría de madres citaban que lo que desearían cambiar eran los berrinches de sus hijos, entonces se encontró que la conducta a modificar en ellos como padres, era de darles atención cuando se encontraban tranquilos, sin rabieta o berrinches; pues si el niño lloraba para conseguir algo y la madre le daba, él aprendía a que tenía que llorar para obtener lo que quiere. Caso contrario si se le daba lo que pedía cuando estaba sereno, de cierta forma se le condicionaba a que debe estar tranquilo, para poder conseguir lo que deseaba. Esta actividad no tomó más de 20 minutos, pues era fácil buscar la conducta opuesta, junto al terapeuta.

De inmediato se tocó el tema de las recompensas o refuerzos a utilizar en los niños, una vez que los padres establecieron las conductas positivas opuestas específicas que

quieren fomentar, se les enseñó diferentes técnicas de refuerzo positivo o recompensas. Se les dio a conocer los refuerzos sociales, sistema de puntos, etc. También, se les enseñó a dar instrucciones claras y cortas, y a brindar elogios.

En resolución se les preguntó que límites mantenían en casa y se les cuestionó si eran claros, consistentes y apropiados para sus hijos. Se discutía con los padres las diferentes formas de castigo apropiados para la edad de sus hijos, y el de evitar el maltrato. La acogida que brindaron los padres de familia fue muy buena, pues durante el transcurso del taller hacían preguntas y finalmente expresaron su agradecimiento.

Como se mencionó anteriormente, el día viernes 30 de agosto se culminó con la Intervención Psicológica en el Hogar Infantil, y en el Cos 9 de Octubre se terminó el día 22 de octubre de 2013; y luego de una semana se vio necesario citar a cada padre de los niños con los que se habían trabajado, con el objetivo de aplicarles nuevamente el CBCL para poder ver el éxito o fracaso de la terapia realizada. Esta actividad se realizó con mucho éxito, pues cada padre dio a conocer que si han existido cambios en sus hijos, lo que ocasionó mucha satisfacción. Algunos expresaron que han disminuido sus conductas agresivas, que han obedecido, y que al momento de pelear con sus hermanos, simplemente han ignorado y así se ha evitado una pelea. Las madres de los niños del grupo de trastornos Internalizantes, expresaron que han visto cambios en su forma de pensar y de comportarse, pues la mayoría de niños contaban a sus madres lo que se realizaba en terapia. También, el encuentro con los padres de familia, ayudó a fortalecer las conductas que debían mantener con sus hijos, y a su vez conocer personalmente su opinión respecto a lo realizado.

Capítulo V

5.1 Resultados

Luego de finalizar con el trabajo de investigación, se pudieron llegar a los siguientes resultados:

- El estudio realizado consistió en la aplicación del CBCL a 44 padres de familia de origen monoparental que formaban parte del Hogar Infantil y de la Fundación Salesiana PACES. Después de la calificación del cuestionario, se encontró que 30 niños presentaban características de trastornos internalizados y externalizados; algunos puntuaban alto en uno de ellos, pero seis niños (4 hombres, 2 mujeres) tenían puntajes altos en ambos trastornos; por lo que se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), para ver si existía depresión. Los resultados indicaron la presencia de una depresión leve y moderada, y se los incluyó en el grupo de Trastornos Internalizantes.
- De los 30 niños y niñas, finalmente se realizó la intervención psicológica con 25 de ellos, tres niños del Hogar Infantil no asistieron voluntariamente y dos niños del Cos 9 de Octubre no se habían matriculado en el presente año. De esta población se llegó a identificar que 16 niños (6 hombres y 10 mujeres) presentaban características sobresalientes en áreas de ansiedad, depresión, incomunicación y quejas somáticas; caracterizándose por presentar un trastorno internalizado. Los 9 restantes (8 mujeres y 1 hombre), formaban parte de un trastorno externalizado, con características significativas en áreas de agresividad y delincuencia.

A continuación se detallarán los resultados que se obtuvieron gracias a la Ficha Psicológica del CAF, la que nos dio a conocer características sociodemográficas de la familia monoparental:

- Dentro del grupo de niños que no presentaron problemas (19 niños), sus progenitores dieron a conocer que el embarazo fue normal representando un 94,7%. En el grupo de casos clínicos (25 niños) se presentó un porcentaje del 96% de normalidad; por lo que podemos ver que el desarrollo o actividades realizadas del embarazo no guarda relación con dificultades clínicas futuras. Además ambos grupos dan a conocer que sus hijos si fueron deseados, tan solo en uno de cinco casos del grupo clínico su progenitor expresó que no lo era.
- Otra variable importante en ambos grupos fue que un alto porcentaje de niños no duermen solos, ya que al pertenecer a un nivel económico bajo, tienen que compartir habitación con sus hermanos o madre. Además, la actividad laboral del grupo de estudio demuestra que tanto padre como madre no tiene trabajos tan bien remunerados, pues la mayoría ejerce profesiones de albañil, comerciantes, chofer, recolector de basura, etc.
- Los padres de los niños sin problemas dieron a conocer que la forma en la que sus hijos demuestran su mal humor es con mal genio (26,3%) y el 21,1% de padres desconocen la expresión del mismo. Por otro lado, en los casos clínicos, el mal genio también ocupa el porcentaje mayor (28%), pero el segundo lugar lo ocupa el “no responder, quedarse callado” con un 20,3%. Posiblemente estos niños demuestran una evitación ante el problema, aislándose, suprimiendo apego.
- Con respecto a la salud de niños y niñas sus progenitores dan a conocer que es buena en ambos grupos.

Al padre o madre responsable de los niños del estudio, se les preguntó si consideran a sus hijos agresivos. Las respuestas fueron en el grupo de sin problemas, si, en un 42,1% y no en un 57,9%. En el grupo de casos clínicos el sí ocupó el 56% y el no un 44% (Ver tabla 1).

Tabla 1: presencia de agresividad

Grupo Estudio			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin problemas	Válidos	si	8	42,1	42,1	42,1
		no	11	57,9	57,9	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
casos clínicos	Válidos	si	14	56,0	56,0	56,0
		no	11	44,0	44,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

La presencia de problemas emocionales indica en ambos grupos un alto porcentaje de ausencia, 78,9% en el grupo sin problemas y un 92% en el grupo de casos clínicos. Caso contrario, el 21% de los padres en el grupo sin problemas reconoce la dificultad y en el grupo de casos clínicos tan solo un 8% (Ver tabla 2).

Tabla 2: presencia de problemas emocionales

Grupo Estudio			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin problemas	Válidos	Si	4	21,1	21,1	21,1
		No	15	78,9	78,9	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
casos clínicos	Válidos	Si	2	8,0	8,0	8,0
		No	23	92,0	92,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

La presencia de problemas conductuales, de igual forma en ambos grupos, muestra un alto porcentaje de ausencia, 84,2% en el grupo sin problemas y un 80% en el grupo de casos clínicos. Tan solo un 15,8% de los padres en el grupo sin problemas reconoce la dificultad y en el grupo de casos clínicos un 20% (Ver tabla 3).

Tabla 3: presencia de problemas conductuales

Grupo Estudio			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin problemas	Válidos	si	3	15,8	15,8	15,8
		no	16	84,2	84,2	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
casos clínicos	Válidos	si	5	20,0	20,0	20,0
		no	20	80,0	80,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

- Uno de los objetivos planteados en la presente investigación era el de conocer la causa de la ausencia de padre o madre en el hogar, y los resultados demuestran que en ambos grupos se debe a infidelidad
- El hogar de familias monoparentales está estructurado en su gran mayoría por la madre. En el grupo sin problemas se muestra un 68,4% y en el grupo de casos clínicos un 76%. (Ver gráfico 4).

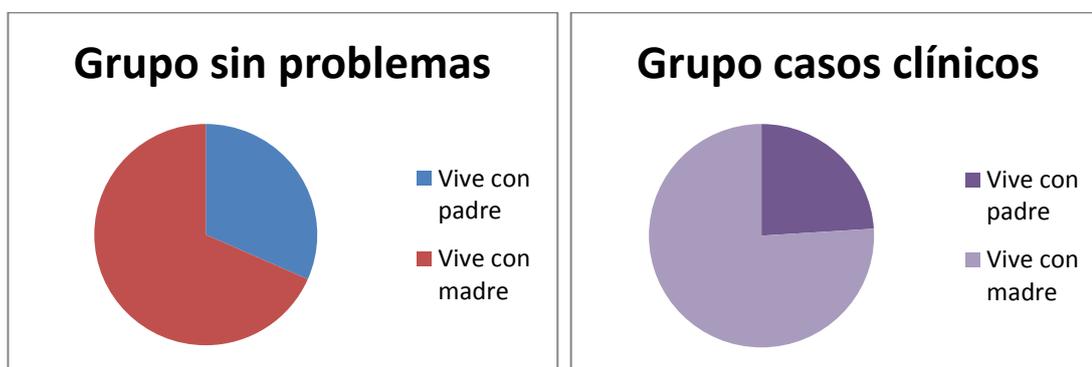


Gráfico 4 Hijos viven con

- Con respecto a la estructura del hogar, los progenitores del grupo sin problemas expresan que es organizado, representando un porcentaje alto del 63,2%. Caso contrario en el grupo de casos clínicos, pues lo consideran incompleto, en donde la falta de un progenitor proyecta la presencia de dificultades clínicas en niños (a). Sin embargo es muy importante dar a conocer que en ambos grupos las relaciones familiares son adecuadas (89,5 % en los casos de niños sin problemas, y un 80% en el grupo de casos clínicos).

Al momento de la entrevista, las madres comentaban que la relación que mantienen con sus hijos es buena, y posiblemente al ser el único modelo a seguir existe un mayor apego. Además, este resultado se relaciona con los puntajes altos que se obtienen en el área ansiosa, demostrando que el mayor miedo o temor es que su progenitora muera o les abandone.

- El empleo de hábitos y reglas es considerado como algo muy importante dentro de la estructura de un hogar, y a su vez el empleo de castigos apropiados ayuda a que se desarrollen adecuadamente. Por lo que se planteó la pregunta de si usaban o no castigo con sus hijos y que tipo de castigo es el que llevaban a cabo. Los resultados mostraron que en porcentajes altos: grupo sin problemas (68,4%) y grupo de casos clínicos (72%) si utilizan castigo ante una mala conducta de sus hijos y que por lo general recurren a la prohibición de cosas materiales.

- A pesar que el padre es el progenitor que presenta mayor ausencia en las familias monoparentales, la persona encargada de la casa (madre) dio a conocer que durante el tiempo de convivencia, o en otros casos, que aún mantienen relación con el mismo, el consumo de alcohol en el padre de grupo de casos clínicos presenta muy poca diferencia del porcentaje del grupo de niños sin problemas en ingerir alcohol continuamente; 31,6% en el grupo de sin problemas y un 32% en el grupo de casos clínicos. También, se obtiene datos que la madre en porcentajes altos nunca lo ingiere, 78,9% en el grupo de sin problemas y un 76% en el grupo de casos clínicos.

- El estado civil de los padres de este grupo de estudio, en ambos grupos el porcentaje mayor lo ocupó la separación (84,2%-grupo sin problemas, 48%-grupo clínico). Pero existió una variable que si diferenció a ambos grupos; la viudez en el grupo clínico obtuvo un porcentaje del 20%, mientras que en el grupo de niños sin problemas ocupó tan solo el 5,3%. Esta diferencia podría mantener relación con la presencia de dificultades en niños, pues la ausencia total del progenitor posiblemente es la que ocasiona depresión, no sentirse querido, dificultades interpersonales, etc.

- En el siguiente cuadro (Ver tabla 5) podemos apreciar que algunas variables del grupo sin problemas son similares al grupo de casos clínicos, principalmente el “tiempo solo y tiempo en la tv”. Lo que nos permite observar que estas variables no muestran influencia significativa en la presencia de dificultades clínicas; y más bien es interesante darse cuenta que en esta población de niños y niñas el hecho de asistir a una fundación ayuda a que no estén solos en casa, y que el tiempo que están en ella no se dedican por completo a la tv; que hoy en día es una de las principales actividades de ocio y de imitación de conductas agresivas (Ver tabla 6).

Las variables que si muestran diferencia son la edad de los padres al momento de la gestación y los años de unión o matrimonio de los mismos. Observamos que la edad de padre y madre del grupo clínico es menor al del grupo sin problemas, por lo que la formación de una familia a tan corta edad puede provocar dificultades conyugales y de relación padres-hijos, ya que la frustración por tener la juventud truncada por la responsabilidad de cuidar a un bebé y de formar un nuevo hogar lleva a que los hijos de padres adolescentes sufran más y por ende presenten problemas de conducta en un futuro cercano. También, podemos apreciar que los años de unión o matrimonio en el grupo clínico es mucho mayor que del grupo sin problemas, razón por la cual el haber compartido y establecido un mayor apego con el padre o madre que vivía en casa causa mayores dificultades al momento de que éste ya no está presente. Es decir una adaptación a la ausencia de tal progenitor es mayor, y por lo tanto las dificultades a presentarse son más fuertes.

Tabla 5: Variables que marcan diferencia en el grupo de sin problemas y el grupo clínico

Grupo Estudio		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
sin problemas	Edad	19	6	12	9,84	1,834
	Edad padre gestación	16	17	48	27,63	9,054
	Edad madre gestación	18	16	36	23,44	6,280
	Número de Hermanos	19	0	11	3,89	2,826
	Edad del Padre	14	25	56	37,93	8,983
	Edad de La Madre	13	24	46	34,23	7,178
	Tiempo Solo	19	0	8	,68	2,110
	Tiempo en la TV	19	0	8	2,37	1,978

	Años De Unión- Matrimonio	10	1	11	5,20	3,293
	N válido (según lista)	8				
casos clínicos	Edad	25	6	12	9,12	1,900
	Edad padre gestación	20	15	45	28,20	7,215
	Edad madre gestación	25	14	41	25,84	8,542
	Número de Hermanos	25	0	8	4,04	1,859
	Edad del Padre	9	25	54	39,00	8,307
	Edad de la Madre	20	24	50	37,00	9,548
	Tiempo Solo	25	0	8	,60	1,683
	Tiempo en la TV	25	0	8	1,88	1,740
	Años de Unión- Matrimonio	15	1	20	8,27	6,497
	N válido (según lista)	5				

- En la tabla 6 podemos observar que las escalas de depresión y ansiedad (trastornos Internalizantes) y la Incomunicación son las características más significativas en la población estudiada, lo que explica y guarda total relación que la ausencia o desapego de un progenitor provoca tristeza, preocupación, aislamiento, no sentirse querido, etc.



Gráfico 6 Resultados del CBCL

- A continuación se presenta un cuadro comparativo de la aplicación del CBCL con los puntajes obtenidos antes y después del tratamiento; lo que indica disminución en todas las áreas de estudio (Ver tabla 7).

Tabla 7: Resultados de la Intervención Psicológica antes y después del tratamiento

Grupo Estudio	ANTES DEL TRATAMIENTO					DESPUÉS DEL TRATAMIENTO				
	N	Míni mo	Máxi mo	Media	Desv. típ.	N	Mínim o	Máxi mo	Media	Desv. típ
Ansioso	25	51	86	66,96	8,157	25	52	72	61,60	7,112
Depresión	25	55	88	67,48	8,646	25	55	77	63,32	4,598
Quejas Somáticas	25	51	91	64,76	8,719	25	50	69	58,64	5,499
Problemas Sociales	25	55	77	66,16	6,908	25	51	82	59,92	8,108
Problemas de Pensamiento	25	50	78	63,04	9,454	25	50	74	59,76	7,628
Hiperactividad	25	51	84	64,48	8,851	25	52	80	60,80	8,226
Delincuencia	25	51	89	65,32	9,472	25	50	79	60,16	7,872
Comportamiento Agresivo	25	50	87	65,28	10,648	25	50	78	60,40	7,188
Incomunicación	7	63	86	73,43	8,886	7	59	81	68,86	7,712

5.2 Conclusiones

Después de finalizar con la propuesta planteada, se puede concluir en lo siguiente:

- La muestra de la presente investigación estuvo compuesta por un total de 30 individuos que presentaban características de trastornos internalizados y externalizados. Pero finalmente la intervención terapéutica se realizó con 25 niños.
- La principal causa de ausencia de padre o madre en dichas familias fue por la infidelidad por parte del padre, lo que ocasionó que este abandone el hogar y que en su gran mayoría la madre sea quien se haga cargo de mantener a sus hijos. Ante este hecho, la mayoría de madres expresaban la falta que hace en casa a un hombre que imponga reglas y límites; y más que eso el amor y afecto que pueda brindar hacia sus hijos. En algunos casos, ciertos niños y niñas mantenían contacto con su progenitor, lo que de cierta forma ayudaba a tener ese concepto de lo que es un padre, pero en otros casos (muerte) la adaptación a su ausencia se expresaba con características clínicas. En los casos en que aún existía cierta relación con el padre esta no era suficiente, pues algunos niños comentaban que su padre no era tan importante como el lugar y admiración que ocupaba su progenitora; lo que ocasionaba que la relación con la misma sea de mucho apego y cariño.
- Los trastornos internalizados son los que se presentan con mayor frecuencia en la infancia ante la ausencia de un progenitor. Y la escala ansioso-depresiva e incomunicación presentaban un puntaje alto en los niños y niñas que formaban parte de este grupo.
- Los niños de las familias monoparentales presentan un alto nivel de ansiedad por separación, pues temen volver a sufrir un nuevo abandono por el padre o madre que conviven; incluso su mayor preocupación es que enfermen o mueran.
- La investigación muestra que existe consumo de alcohol por parte del padre, y que el consumo en la madre es muy mínimo.

- La edad de gestación del primer hijo es muy temprana en el grupo de casos clínicos.
- Los años de matrimonio-convivencia de los progenitores es mayor en el grupo de casos clínicos.
- En un alto porcentaje los padres identifican la agresividad en sus hijos, sin embargo no perciben problemas conductuales.
- Los padres del grupo de estudio no saben identificar las alteraciones emocionales en sus hijos o hijas.
- Los padres consideran como “normal” los problemas de conducta de sus hijos.
- El tiempo que los niños permanecen solos o en la televisión, según la investigación no influye en el comportamiento, pues pasan en la fundación de acogida por la tarde.
- Los principales trastornos Internalizantes en el grupo de casos clínicos son la depresión y la ansiedad. En el caso del baremo de los hombres además de estos dos trastornos, también sobresale mucho la escala de incomunicación.
- Los principales trastornos Externalizantes en el grupo de casos clínicos son la delincuencia y el comportamiento agresivo.
- Los puntajes que disminuyeron de manera más significativa en los trastornos Internalizantes fueron las quejas somáticas y la depresión.
- El puntaje que disminuyó de manera más significativa en los trastornos Externalizantes fue el comportamiento agresivo.
- La participación de los niños en los talleres de la intervención psicológica tuvo mucha acogida.

- En el grupo de trastornos Internalizantes, la sesión que se realizó con mayor éxito fue la reestructuración cognitiva, en la que cada niño identificaba sus pensamientos automáticos y luego se convertía en un súper héroe, con el objetivo de “romper o eliminar” el síntoma.
- En el grupo de trastornos Externalizantes, la sesión que se realizó con mayor éxito fue la técnica del semáforo.
- El uso de la creatividad fue un factor positivo en el desarrollo de los talleres.
- La ejecución de los talleres en una terapia grupal, ayudó a que todos los niños se sientan identificados con otros, y reciban apoyo en momentos de expresión de sus síntomas.
- Finalmente la intervención psicológica destinada a niños y niñas que presentaban dificultades en su comportamiento se desarrolló exitosamente, pues los resultados de la aplicación posterior del CBCL mostraron que los niños de ambos grupos “internalizados y externalizados” habían disminuido sus puntuaciones iniciales

5.3 Discusión

La ansiedad es una característica que sobresale mucho con los resultados del CBCL y sobre todo en el desarrollo de la segunda sesión “Psicoeducación y jerarquía de estímulos”, por lo que concuerdo con Sandín (1997) en que los temores, miedos y fobias son los más característicos en la infancia, y los resultados de la segunda sesión demuestran tal hecho, pues en la escalera de estímulos un 99% de individuos mencionan como su mayor temor la pérdida de su madre, indicando por lo tanto la presencia de una ansiedad por separación, acompañada en algunos casos de rasgos depresivos. Por lo tanto se verifica que niños que viven con un solo progenitor si presentan dificultades, y que entre las causas de estas, la unión conyugal muy temprana y los años de unión-matrimonio previo a una separación, provocan efectos negativos en los niños, ocasionando tristeza y ansiedad ante la ausencia del padre.

Además, como se mencionó en el primer capítulo el subsistema parental se ve afectado y aún más si no se conoce como desarrollarlo de manera adecuada, pues una unión conyugal muy temprana no permite que se lo conozca y se lo ponga en marcha, por lo que las funciones de crianza y de socialización de los hijos (Minuchin, 1999) se ve afectada. Pues como sabemos, la socialización es muy importante, en tanto que incluye la enseñanza de los límites, de las reglas, de las normas con las que se rige la familia de manera interna hacia la sociedad. Y así el divorcio de los padres transforma completamente la vida de sus hijos, y esta transformación se produce con un gran dolor: pierden la intimidad cotidiana con uno de sus padres, se altera su orden familiar y se sienten básicamente abandonados, por lo que expresan como gran temor la pérdida de su madre, cuando ya no existe la presencia de un padre.

Guardando relación con la teoría utilizada en el presente estudio, la desintegración de las familias monoparentales en su gran mayoría se da por peleas frecuentes entre sus conyugues, lo que explica las consecuencias de una unión conyugal muy temprana, pues las encuestas aplicadas dan a conocer que el hombre ha abandonado su hogar, por haber mantenido una relación con otra persona, ocasionado posiblemente por la incomunicación e incomprensión con su pareja (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000) a más de no tener claro el compromiso y responsabilidad de una familia.

En el caso de las familias de estos niños y niñas que han mantenido varios años de unión y al momento de la separación, es muy importante propiciar que los hijos mantengan contacto con el progenitor que no tiene la custodia. No olvidemos que los padres son figuras significativas en su vida y la relación frecuente con ambos reduce la sensación de pérdida y la ansiedad de la separación, al tiempo que les permite seguir ejerciendo el papel de figuras de apego, de las que pueden aprender y compartir experiencias y afectos.

Finalmente concluyo mi trabajo expresando que a la monoparentalidad no se le puede considerar como algo totalmente negativo; pues es una crisis que como todas debe atravesar por momentos nuevos, difíciles, pues se da un proceso de reestructuración personal y familiar, que va acompañado de cambios importantes, fuertes, causados por una adaptación a una nueva perspectiva económica, emocional y social. El contacto que se ha establecido con estas familias me ha permitido

entender lo difícil que es sobrellevar la pérdida de una pareja; pero a la misma vez que el privilegio de ser madres es lo que ha dado fuerza para poder seguir adelante y de plantearse el compromiso y la obligación de sacar adelante a sus hijos. Así a pesar de las dificultades clínicas que se pueden presenciar en niños y niñas, una unión familiar y un apoyo psicológico pueden lograr que estos niños de igual forma puedan sobrellevar de manera exitosa la falta de un progenitor.

5.4 Recomendaciones

Debido a las características de vulnerabilidad en la población estudiada se recomienda a los profesionales que trabajan con el bienestar psicológico de niños y niñas de diversas instituciones, puedan implementar el Algoritmo de Trastornos Internalizantes y Externalizantes a su método de trabajo, pues los resultados que se han obtenido han sido muy beneficiosos para mejorar conductas inadecuadas en niños y niñas de 6 a 12 años de edad.

El Cuestionario CBCL ha demostrado brindar un diagnóstico preciso sobre trastornos de conducta, por lo que recomiendo su uso en considero uno de los mejores, que permite conocer psicopatología infantil.

Con respecto a la intervención psicológica que se ejecutó, esta permitió reconocer que un tratamiento destinado a niños no debe basarse únicamente en una sesión completamente psicológica, sino que debe ampliarse a una área de creatividad y más que nada abierta a la confianza y libertad que permite al niño expresar su malestar. Es por esto que recomiendo a los profesionales en el ámbito infantil, utilicen la terapia de juego como un método de poder llegar a cada individuo, con el único objetivo de hacer de una sesión terapéutica, un espacio de recreación, relajamiento y bienestar. Además el utilizar grafitis, cuentos, dibujos, ha demostrado lograr una mejor captación en los niños sobre lo que se les pretende transmitir, puesto que su atención es mayor.

Finalmente, el entrenamiento dirigido a los padres de familia, demostró la carencia de conocimientos o estrategias de cómo manejar conductas inadecuadas, por lo que sería importante desarrollar una especie de algoritmo destinado únicamente a padres de familia; en el que podía incluirse un resumen de los diversos métodos que se utilizan.

Bibliografía

1. Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and análisis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
2. Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology*. Nueva York: John Wiley & Sons.
3. Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
4. Achenbach, T. M. (1985). *Assesment and taxonomy of child adolescent psychopathology*. London: Sage.
5. Achenbach, T. M. y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self Report and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
6. Achenbach, T.M. (1996). The classification of children's psychiatric syntoms: A factor-analitic study. *Psychological Monograhs*, Vol. 80, pp. 1-37.
7. Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
8. Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
9. Achenbach, T. M. y Dumenci, L. (2001). Advances in Empirically Based Assessment: Revised Cross-Informant Syndromes and New DSM -Oriented Scales for the CBCL, YSR, and TRF: Comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, & Fisher. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 699-702.
10. Achenbach, T.M.; Newhouse, P.A. & Rescorla, L.A. (2004). *Manual for the ASEBA older adult forms & profiles*. Burlington, VT, University of Ver-mont. Research Center for Children, Youth and Families.
11. Aguilar, J.M. (2006). *Con mamá y con papá*. Málaga: Almuzara. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
12. Albores, L.; Lara, C.; Esperón, C.; Cárdenas J.; Pérez, A. y Villanueva, G. (2007).

- “Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM”. Universidad Autónoma de Puebla, Vol. 35(6), 393-399.
13. Allison, P. y Furstenberg, F. (1989). How marital dissolution affects children: variations by age and sex. *Developmental Psycholog*, Vol. 25, 540-549.
 14. Angel, R.J. y Angel, J.L. (1993). *Health and the new generation of fatherless families*. University of Wisconsin Press.
 15. Angold, A. y Costello, E.J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1205-1212.
 16. Amador, J.A.; Forns, M.; Guardia, J. y Peró, M. (2006). DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 28, 23-32.
 17. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
 18. Anastopoulos, A.; Shelton, T.; DuPaul, G. y Guevremont, D. (1993). Parent training for attention déficit hyperactivity disorder: Its impacto on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
 19. Andraca, I.; Pino. P.; La Parra, A.; Rivera, F. y Castillo, M. (2002). Risk Factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. *Saude Pública*, Vol. 32, 2–10.
 20. Arroyo, A. (2012). “Las familias monoparentales en España: ¿una desviación u otra forma de organización social? Memoria presentada para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
 21. Arroyo, A. y Domínguez, Y. (2001). “La socialización de los hijos en las familias monoparentales”. *Revista de educación*, Vol. 325, 99-112.
 22. Auquilla, E. (2012). Prevalencia de los retrasos del desarrollo y los Factores asociados en niños y niñas menores de tres años de edad que asisten al programa de estimulación temprana del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Riobamba. Tesis previa titulo de estimulación a la obtención de la licenciatura en temprana en salud. Universidad de Cuenca. Cuenca.

23. Barkley, R.A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.): *Child Psychopathology* (pp. 63-112). New York: Guilford.
24. Barkley, R. A. (1988). *Attention – Deficit hyperactivity disorder. A Hanbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
25. Beidel, D.; Christ, M. y Long, P. L. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 659-670.
26. Blanchard, R. y Biller, H. B. (1971). Father availability and academic performance among third grade boys. *Developmental Psychology*.
27. Bongers, I.; Kool, H.; Van der Ende, J. y Verhulst, F. (2004). Developmental trajectories of Externalizing Behaviors in Childhood and Adolescence. *Child Development*, 75, (5), 1523-1537.
28. Bradshaw, j.; Kennedy, s. y Kilkey, M. (1996). “The employment of lone parents: a comparision of policy in 20 countries”. Family policy studies centre. London.
29. Bravo, C. (2013). *Estadísticas madres solteras del ecuador*. Universidad tecnológica ecotec. Guayaquil.
30. Buchanan, C.; Maccoby, E. y Dornbusch, S. (1997). *Adolescents after divorce*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
31. Campo, J. V.; Jansen-McWilliams, L., Comer, D. y Kelleher, K. J. (1999). Somatization in a pediatric primary care: Association with psy-chopatology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1093-1101.
32. Campo, J. y Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adoles-cent *Psychiatry*, 33, 661-668.
33. Cantón. J. y Justicia. M.D. (2002). *Procesos familiares. cambios ecológicos y adaptación de los hijos. Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de /os hijos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
34. Cantón, J., Cortés, M.R., y Justicia, M.D. (2002). “Las consecuencias del divorcio en los hijos”. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 2(3), 47-66.
35. Caraveo AJ.; Medina-Mora, M.; Villatoro, J.; López-Lugo, E.; Martínez, VA. (1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública. México*, Vol. 37, 445-51.

36. Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology; A contextual approach*. Londres: Routledge.
37. Chan, E. (2006). "Socialización del menor infractor". Tesis doctoral. Universidad de Oviedo. México.
38. Cicchetti, D. y Cohen, D. (2006). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, Vol. 3. New York: Wiley.
39. Clark, I. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression. Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, Vol.100, 316-336.
40. Clarke, K. y Hayward, C. (1996). Advantages of father custody and contact for the psychological well-being of school-age children *Journal of Applied Developmental Psychology*, Vol. 17, 239-270.
41. Colder, C. y Stice, E. (1998). A longitudinal study of the interactive effects of impulsivity and anger on adolescent problem behavior. *Journal of youth and adolescence*, Vol. 100, 316-336.
42. Costello, E.J. y Angold, A. (1995). *Developmental Epidemiology*. En D. Chichetti y D.J. Cohén (Eds.), *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*. New York: Wiley Interscience.
43. Costello, E.J.; Mustillo, S.; Erkanli, A.; Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General of Psychiatry*, 60, 837-844.
44. Cova, F.; Maganto, C. y Melipillán, R. (2005). "Adversidad Familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes". *RevChil NeuroPsiquiat*. Volumen 43: 288.
45. Chorpita, B.; Taylor, A.; Francis, S.; Moffitt, C. y Austin, A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, Vol. 35, 263-287.
46. Chouhy, R. (2000). Función paterna y familia monoparental: ¿cuál es el costo de prescindir del padre? *Revista digital Psicología y Psicopedagogía*, 1, No 2.
47. Deater-Deckard, K.; Dodge, K.; Bates, G. y Pettit, S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems. Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, Vol. 10, 469-493.

48. Dhossche, D.; Ferdinand, R., Van der Ender, J. y Verhulst, F. (2001). Out-come of self-reported functional-somatic symptom in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 191-199.
49. Díaz-Sibaja, M. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En M. I. Comeche & M. A. Vallejo (Eds.), *Manual de terapia de la conducta en la infancia* (pp. 465-517). Madrid: Dykinson.
50. DuPaul, G.; Power, T.J.; Anastopoulos, A.; Reid, R.; McGoey, K. y Ikeda, M.J. (1997). Teacher rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9, 436-443.
51. DuPaul, G.; Anastopoulos, A.; Power, T.; Reid, R.; Ikeda, M. y Mc-Goey, K. (1998). Parent rating of attention déficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 20, 83-102.
52. Eguiluz, L. (2003). "Dinámica de la Familia. Un enfoque psicológico sistémico". Editorial Pax México, librería Carlos Casarman S.A. Primera edición. México.
53. Eisenberg, N.; Zhou, Q.; Spinrad, T.; Valiente, C.; Fabes, R. y Liew, J. (2005). Relations Among Positive Parenting, Children's Effortful Control, and Externalizing Problems: a Three-wave Longitudinal study. *Child Development*, 76, 1055-1071.
54. Eurostat, L. (1995). Households and Families in the European Economic Area. *Statistics in Focus*, vol. 12, 98-102.
55. Fernández de Ortega, B. (2005). La vergüenza en los niños: su conceptualización psicológica, mediación y sus correlatos conductuales. Facultad de psicología. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
56. Fernández, A. y Muñoz, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.
57. Florshei, P.; Tolan, P. y Gonimn-Smith, D. (1998). Family relationships parenting practices. The availability of male family members and the behavior of inner-city boys in single-mother and two-parent families. *Child Development*, vol. 69, 1437-1447.

58. Forehand, R. y Atkeson, B. (1977). Generality of treatment effects with parents as therapists: A review of assessment and implementation procedures. *Behavior Therapy*, Vol. 8, 575-593.
59. Garber, J.; Walter, L. y Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescent: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 588-595.
60. Gaub, M. y Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A metaanalysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
61. Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attentional Disorders*, 5, 143-154.
62. González, M. y Landero R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
63. Graber, J. (2004). Internalizing Problems During Adolescence. En R. M. Lerner & Steinberg, L. (Eds.), *Handbook of an adolescent psychology* (2a ed., pp. 155-188). New York: Wiley.
64. Gottfredson, M. R. y Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
65. Hetherington, E. (1993). An overview of the Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 7, 39-56.
66. Hetherington, E. y Stanley-Hagan, M. (1995). Parenting in divorced and remarried families. En M. Bomstein (Ed. *Handbook of parenting*, pp. 233-255. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
67. Hetherington, E. (1999). Should we stay together for the sake of the children. En E.M. Hetherington (Ed). *Coping with divorce, single parenting, and remarriage. A risk and resiliency perspective*. págs. 93-116. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
68. Höpflinger, F. (1990). Futuro de las familias y de las estructuras familiares en Europa. Seminario sobre las Tendencias Demográficas Actuales y Modos de Vida en Europa. Estrasburgo, 18-20 de Septiembre.
69. Hudziak, J.; Copeland, W.; Stanger, C. y Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-

- operanting characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307.
70. Idrovo, Paola. (2012). "Plan de Intervención psicológica mediante la terapia breve para niños (as) que presentan conflicto de lealtad hacia sus progenitores y sentimientos de ambivalencia, por pertenecer a familias monoparentales". Tesis para obtener el grado previo a la obtención del título de licenciada en Psicología Educativa Terapéutica. Universidad del Azuay. Ecuador.
 71. Johnston, J.; Campbell, L. y Mayes, S.S. (1985). Latency children in post-separation and divorce disputes. *Journal of American Academic of Child Psychiatry*, Vol. 23, 421-427.
 72. Kazdin, A. (1989). Evaluation of the pleasure scale in the assessment of anhadonia in children. *Acad. Child and Ado-esc. Psychbiatry*, 28, 364-372.
 73. Kamarck, E. y Galston, W. A. (1990). Putting children first: A progressive family policy for the 1990s. Washington, DC: Progressive Polici Institute.
 74. Kasen, S.; Cohen, P. y Hartmark C. (1996). A multiple-risk interaction model: effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psvcholog*, Vol. 24. 2, 121-150.
 75. Kashani, J. y Carlson G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 348-50.
 76. Kashani, J.; Holcomb, W. y Orvaschel, H. (1986). Depression and de-pressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.
 77. Kashani, J. y Orvaschel, H. (1990). A community studi of anxiety in chil-dren and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
 78. Kazdin, A.; Esveldt, K. y French, N. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child bahavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 55, 76-85.
 79. Keenan, K., y Shaw, D. (1997). Development and social influences on young girls early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
 80. Keltner, D.; Moffitt, T. y Southamer, M. (1995). Facial expressions of emotion and psychopathology in adolescent boys. *Journal of abnormal psychology*, Vol. 104, 644-652.

81. Kendall, P. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 62, 100-110.
82. Kitson, G. (1992). *Portrait of divorce: Adjustment to marital breakdown*. New York: Guilford.
83. Koestner, R.; Franz, C. y Weinberger, J. (1990). The family origins of empathic concern: a 26-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58.
84. Kovacs, M. y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
85. Lemos, S.; Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14, 816-822.
86. Loeber, R.; Burke, J, Lahey, B.; Winters, A. y Zera, M. (2000). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
87. López, J.R. y López-Soler, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Murcia: Editum.
88. López-Soler, C.; Castro, M.; Alcántara, M.; Fernández, V. y López, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas Externalizantes en la infancia, diferencias de género. *Psicothema*, Vol. 21, nº 3, 353-358
89. López, C.; Alcántara, M.; Fernández, V.; Castro, M. y López, J. (2010). "Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL". *Anales de psicología*. Vol. 26, nº 2 (julio), 325-334
90. Lorenz, F.; Simons, R y Chao, W. (1996) *Family structure and mother's depression* En RL. Simons y Associates (Eds). *Understanding differences between divorced and intact families: stress, interaction and child outcome* Thousand Oaks, CA: Sage
91. McLanahan, S. (1999). *Father absence and the welfare of children* En E M Hetherington (Ed. *Coping with divorce, single parenting, and remarriage. A risk and resilience perspective*. pp 117-146 Mahwah, NJ: Erlbaum

92. Maestre, E.; Moya, J.; Edo, S.; Mezquita, L.; Ruipérez, M.A. y Villa, H. (2006) "Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños". Universitat Jaume.
93. Marshall, J. y Mirenda, P. (2002). Parent Professional Collaboration for Positive behavior support in the home Marshall and Mirenda Focus Autism other dev disable, Vol. 17, 216-228.
94. Masi, G.; Favilla, L.; Millepiedi, S. y Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescent referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry*, 63, 140-149.
95. Mazur, E.; Wolckilc, S. y Sandier, I.N. (1992). Negative cognitive errors and positive illusions for negative divorce events: predictors of children's psychological adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 20, 6, 523-542.
96. McConaughy, S. y Achenbach, T. M. (1988). Practical guide for the child behavior checklist and related materials. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
97. Mcdowell, J. y Hostetler, B. (2000). "Manual para consejeros de jóvenes". Editorial mundo hispano. Colombia.
98. McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). Genogramas en la evaluación familiar, Gedisa, Buenos Aires; Barcelona.
99. Miguez, M. y Becoña, E. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 41-50.
100. Miranda, A., Presentación, M.J., y Roselló, B. (2005). Trastornos hiperactivos. En R. González Barrón (Coord.): *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 125-155). Madrid: Pirámide.
101. Mischel, W. (1961). Father-absence and delay of gratification. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52.
102. Miller, L.C. (1967) Lousville Behavior Checklist for males 6-12 years of age. *Psychological Reports*, 21, 885-896.
103. Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar* Buenos Aires: Gedisa.
104. Minuchin, S. (1984). "Family Kaleidoscope, Cambridge, MA: Harvard University Press.

105. Minuchin, S. (1974). "Familias y Terapia familiar". Editorial Gedisa, S.A. Barcelona.
106. Minuchin, P.; Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). "Pobreza, institución, familia". Ediciones talleres gráficos color. Buenos Aires.
107. Minuchin, P. (1995). "Familias de acogida y naturales: formar una red de cooperación". Ediciones Combrink-Graham. New York.
108. Minuchin, S. y Fishman, H. (2010). "Técnicas de Terapia Familiar". Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.
109. Moreno, J. (2007). Manejo de problemas de comportamiento en niños con trastornos del desarrollo. Conferencia y memorias presentadas en la III Encuentro de la Red de Psicólogos de Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 29 de junio, Bogotá, D. C.
110. Moreno, J. y Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. Universidad de San Buenaventura. Colombia
111. Morgado, B. y González, M. (2001). Divorcio y ajuste psicológico infantil: primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. *Apuntes de Psicología*, Vol. 19(3), 387-402.
112. OECD. (1990). *Lone-Parent Families. The Economic Challenge*. París. OECD Social Policy Studies (No. 8).
113. Olivier, C. (1994). *Les fils d'Oreste ou la question du pere*. Flammarion, Paris.
114. Ollendick, T. y King, N. (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. John Wiley y Sons.
115. Orgiles, M.; Espada, J. y Méndez, X. (2008). "Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados". *Psicothema*, Vol. 20, 383-388.
116. Padilla, M. (2007). "Aplicación de terapia sistémica en familias Monoparentales". Tesis para obtener el grado previo a la obtención del título de licenciada en Psicología Clínica. Universidad del Azuay. Ecuador.

117. Pagani, L.; Boulerice, B.; Tremblay, R. y Vitaro, F. (1997). Behavioural development in children of divorce and remarriage. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 769-781.
118. Patterson, G.; Chamberlain, P. y Reid, J. (1982). A comparative evaluation of parent training procedures. *Behavior Therapy*, Vol. 13, 638-650.
119. Pedreira, J. L., Palanca, I., Sardinero, E. & Martín, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 3(1), 26-51.
120. Peed, S.; Roberts, M. y Forehand, R (2002). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their non-compliant children. *Behavior Modification*, Vol. 1, 323-350.
121. Peterson, D. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of consulting psychology*, 25, 205-209.
122. Petti. (1986). Retraimiento y Depresión. En Hersen y Ollendick (Ed.), *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez-Roca.
123. Pineda, D.; Kamphaus, R.; Mora, O.; Restrepo, M.; Puerta, I. y Palacio, L. (1999). Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de Neurología*, 28, 672-681.
124. Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. y Castellanos, F. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
125. Pons-Salvador, G., y del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, Vol. 7(3), 489-497.
126. Quay, H. (1986). Classification. En H. C. Quay y J. S. Weery (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (pp.1-34). New York: Plenum.
127. Quay, H.C., Routh, D.K. y Shapiro, S.K. (1987). Psychopathology of childhood: from description to validation. *Annual review of psychology*, 2(38),491-532
128. Ramírez, M., Botella, J. y Carroble, J.A. (1999). Creencias infantiles sobre la separación parental. *Psicología Conductual*, Vol. 7(1), 49-73.

129. Rauste-Von Wright, M. & Von Wright, J. (1981). A longitudinal study of psychosomatic symptoms in healthy 11-18 year old girls and boys. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 525-534.
130. Raya, A.F., Herreruzo, J., y Pino, M.J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), 691-696.
131. Riquelme, M. (2005). "El hijo de padres separados". *Pediatr Integral*, Vol 9, 673-680.
132. Ritvo, E. y Glick. I. (2003). *Terapia de Pareja y Familia*. México: Manual Moderno.
107. Rohde, L.; Barbosa, G., Polancyk, G., Eizinrik, M., Rasmussen, E.R., Neuman, R.J. y Todd, R.D. (2001). Factor and latent class Analysis of DSM-IV ADHD symptoms in a school sample of Brazilian adolescent *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 711-718.
133. Roizblatt, A. (2008). "Terapia Familiar y de pareja". Ediciones Mediterráneo. España.
134. Roizblatt. A. (2006). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago: Mediterráneo Ltda.
135. Rodríguez, J. (2002). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide
136. Rodríguez, C. y Rodríguez, T. (2003). "Un análisis del concepto de familia monoparental a partir de una investigación sobre núcleos monoparentales". Vol 69: 59-82.
137. Sandín B. (1997). *Ansiedad, Miedos y Fobias en niños y Adolescentes*. Madrid: Dykinson Psicología.
138. Shafii, M. y Shafii, S.L. (1995). *Depresión en Niños y Adolescentes: Clínica, Evaluación y Tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca.
139. Simons, R. y Johnson, C. (1996). Mothers parenting. En R.L. Simons & Associates (Eds). *Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction, and child outcome*. pp 81-93. Thousand Oaks, CA: Sage.
140. Silverthorn, P. y Frick, P.J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101-126.

141. Smith, D.A. y Jarjoura, G.R. (1988) Social structure and crime victimization. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 25.
142. Stern, M.; Northman, J. & Van Slyk, M. (1984) Father absence and adolescent problem behaviors: Alcohol and drug use. *Adolescence*, 19.
143. Thomas, A. y Forehand, R. (1993). The role of parental variables in divorced and married families: Predictability of Adolescent Adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 126-135.
144. Toro, L. (2013). Análisis de la reestructuración del nuevo rol monoparental y su influencia en las interacciones intrafamiliares con madres divorciadas y sus hijos, desde la visión sistémica del modelo estructural”. Informe final del Trabajo de Grado Académico, previo a la obtención del título de Magister en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia. Universidad Central del Ecuador. Quito.
145. Valencia, M. y Andrade, P. (2005). “Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos”. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*, Vol 5, 500-504.
146. Valiente, C.; Eisenberg, C.; Smith, L.; Reiser, R.; Fabes, S.; Losoya, L.; Guthrie, L. y Murphy, B. (2003). The relations of effortful control and reactive control to children's externalizing problems. A longitudinal assessment. *Journal of personality*, Vol. 71, pp. 1171-1196.
147. Vanegas, G.; Barbosa, A.; Alfonso, M.; Delgado, L. y Gutiérrez, J. (2011). “Familias monoparentales con hijos adolescentes y psicoterapia sistémica: una experiencia de intervención e investigación. *Revista Vanguardia Psicológica*. Volumen 2: 207-208, 212.
148. Verhulst, F.C., y van der Ende, J. (1991). Four year follow-up of teacherreported problem behaviours. *Psychological Medicine*, 21, 965-977.
149. Walker, L. S.; & Green, J.W. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: More somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 294- 379.
150. West, M.W. & Konner, M.S. (1976). The role of the father: An anthropological perspective. In M. Lamb (ed): *The role of the father in child development*; New York, John Wiley.
151. Zwaigenbaum, L.; Szatmari, P.; Boyle, M. y Offord, D.. (1999). Highly somatizing young adolescent and the risk of depression. *Pediat-rics*, 103, 1203.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO CBCL

A continuación hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) **ahora o durante los últimos seis meses** haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo(a) **no es cierta**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). **Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

0 = No es cierto (que sepa usted) 1 = En cierta manera, algunas veces 2 = Muy cierto o cierto a menudo.

0 1 2 1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad
0 1 2 2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____

0 1 2 3. Discute mucho

0 1 2 4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza

0 1 2 5. Disfruta de muy pocas cosas

0 1 2 6. Se ensucia encima o en otro lugar fuera del inodoro

0 1 2 7. Es engreído, se las echa

0 1 2 8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo

0 1 2 9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____

0 1 2 10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)

0 1 2 11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos

0 1 2 12. Se queja de que se siente solo(a)

0 1 2 13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes

0 1 2 14. Lloro mucho

0 1 2 15. Es cruel con los animales

0 1 2 16. Es cruel, abusivo (o abusador), y malo con los demás

0 1 2 17. Sueña despierto(a); se pierde en sus propios pensamientos

0 1 2 18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse

0 1 2 19. Exige mucha atención

0 1 2 20. Destruye sus propias cosas

0 1 2 21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas

0 1 2 22. Desobedece en casa

0 1 2 23. Desobedece en la escuela

0 1 2 24. No come bien

0 1 2 25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes

0 1 2 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal

0 1 2 27. Se pone celoso(a) fácilmente

0 1 2 28. Rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar

0 1 2 29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____

0 1 2 30. Le da miedo ir a la escuela

0 1 2 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo

0 1 2 32. Se siente como que tiene que ser perfecto

0 1 2 33. Se siente como que nadie lo/la quiere o se queja de que nadie lo/la quiere

0 1 2 34. Se siente como que los demás lo/la quieren perjudicar

0 1 2 35. Se siente inferior o cree que no vale nada

0 1 2 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes

0 1 2 37. Se mete mucho en peleas

0 1 2 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo

0 1 2 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas

0 1 2 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____

0 1 2 41. Impulsivo; actúa sin pensar

0 1 2 42. Prefiere más estar solo que con otras personas

0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas

0 1 2 44. Se muerde las uñas

0 1 2 45. Nervioso(a), tenso(a)

0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____

0 1 2 47. Pesadillas

0 1 2 48. No les cae bien a otros niños(as)/jóvenes

0 1 2 49. Padece de estreñimiento

0 1 2 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)

0 1 2 51. Se siente mareado(a)

0 1 2 52. Se siente demasiado culpable

0 1 2 53. Come demasiado

0 1 2 54. Se siente demasiado cansado sin razón para estarlo

0 1 2 55. Está sobrepeso

56. Problemas físicos **sin causa médica:**

0 1 2 a.56 Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)

0 1 2 b. Dolores de cabeza

0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar

0 1 2 d. Problemas con los ojos (si no usa lentes) (describa): _____

0 1 2 e. Salpullido o irritación en la piel

0 1 2 f. Dolores de estómago

0 1 2 g. Vómitos

0 1 2 h. Otros (describa): _____

0 1 2 57. Ataca a la gente físicamente
0 1 2 58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____

0 1 2 59. Juega con sus partes sexuales en público

0 1 2 60. Juega demasiado con sus partes sexuales

0 1 2 61. Trabajo deficiente en la escuela

0 1 2 62. Mala coordinación o torpeza

0 1 2 63. Prefiere estar con niños(as)/jóvenes mayores

que él/ella

0 1 2 64. Prefiere estar con niños(as)/jóvenes menores

que él/ella

0 1 2 65. Se rehusa a hablar

0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez,

compulsiones (describa): _____

0 1 2 67. Se fuga de la casa

0 1 2 68. Grita mucho

0 1 2 69. Reservado(a); se calla todo

0 1 2 70. Ve cosas que no existen (describa): _____

0 1 2 71. Cohibido(a) o se avergüenza con facilidad

0 1 2 72. Prende fuegos

0 1 2 73. Problemas sexuales (describa): _____

0 1 2 74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la

gracioso(a)

0 1 2 75. Demasiado tímido(a)

0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los/las

niños(as)/jóvenes

0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los/las

niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____

0 1 2 78. No presta atención o se distrae fácilmente

0 1 2 79. Problemas con el habla (describa) _____

0 1 2 80. Se queda fíjo(a) mirando el vacío

0 1 2 81. Roba en casa

0 1 2 82. Roba fuera de casa

0 1 2 83. Almacena demasiadas cosas que no necesita

(describa): _____

0 1 2 84. Comportamiento raro (describa): _____

0 1 2 85. Ideas raras (describa): _____

0 1 2 86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable

0 1 2 87. Súbitos cambios de humor o sentimientos

0 1 2 88. Pone mala cara

0 1 2 89. Desconfiado(a), receloso(a)

0 1 2 90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno

0 1 2 91. Habla de querer matarse

0 1 2 92. Habla o camina cuando está

dormido(a)

(describa): _____

0 1 2 93. Habla demasiado

0 1 2 94. Se burla mucho de los demás

0 1 2 95. Le dan rabietas o tiene mal genio

0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales

0 1 2 97. Amenaza a otros

0 1 2 98. Se chupa el dedo

0 1 2 99. Fuma, masca o inhala tabaco

0 1 2 100. No duerme bien (describa): _____

0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo

0 1 2 102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía

0 1 2 103. Infeliz, triste, o deprimido(a)

0 1 2 104. Más ruidoso(a) de lo común

0 1 2 105. Usa drogas sin motivo médico (**no** incluya

alcohol o tabaco) (describa): _____

0 1 2 106. Comete actos de vandalismo, como romper

ventanas u otras cosas

0 1 2 107. Se orina en la ropa durante el día

0 1 2 108. Se orina en la cama

0 1 2 109. Se queja mucho

0 1 2 110. Desea ser del sexo opuesto

0 1 2 111. Se aísla, no se relaciona con los demás

0 1 2 112. Se preocupa mucho

113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

Nombre Fecha

Unidad/Centro N° Historia

Edad: ____ años ____ meses. Sexo _____ Curso escolar _____

CUESTIONARIO – CDI

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.

2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien

3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal

4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte

5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces

6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy

8. Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9. No pienso en matarme
 pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.

10. Tengo ganas de llorar todos los días

Tengo ganas de llorar muchos días

Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

11. Las cosas me preocupan siempre

Las cosas me preocupan muchas veces.

Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12. Me gusta estar con la gente

Muy a menudo no me gusta estar con la gente

No quiero en absoluto estar con la gente.

13. No puedo decidirme

Me cuesta decidirme

me decido fácilmente

14. Tengo buen aspecto

Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.

Soy feo

15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes

Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes

No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16. Todas las noches me cuesta dormirme

Muchas noches me cuesta dormirme.

Duermo muy bien

17. Estoy cansado de cuando en cuando

Estoy cansado muchos días

Estoy cansado siempre

18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer

Muchos días no tengo ganas de comer

Como muy bien

19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad

Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20. Nunca me siento solo.

Me siento solo muchas veces

Me siento solo siempre

21. Nunca me divierto en el colegio

Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.

Me divierto en el colegio muchas veces.

22. Tengo muchos amigos

Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más

No tengo amigos

23. Mi trabajo en el colegio es bueno.

Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.

Soy tan bueno como otros niños.

25. Nadie me quiere

No estoy seguro de que alguien me quiera

Estoy seguro de que alguien me quiere.

26. Generalmente hago lo que me dicen.

Muchas veces no hago lo que me dicen.

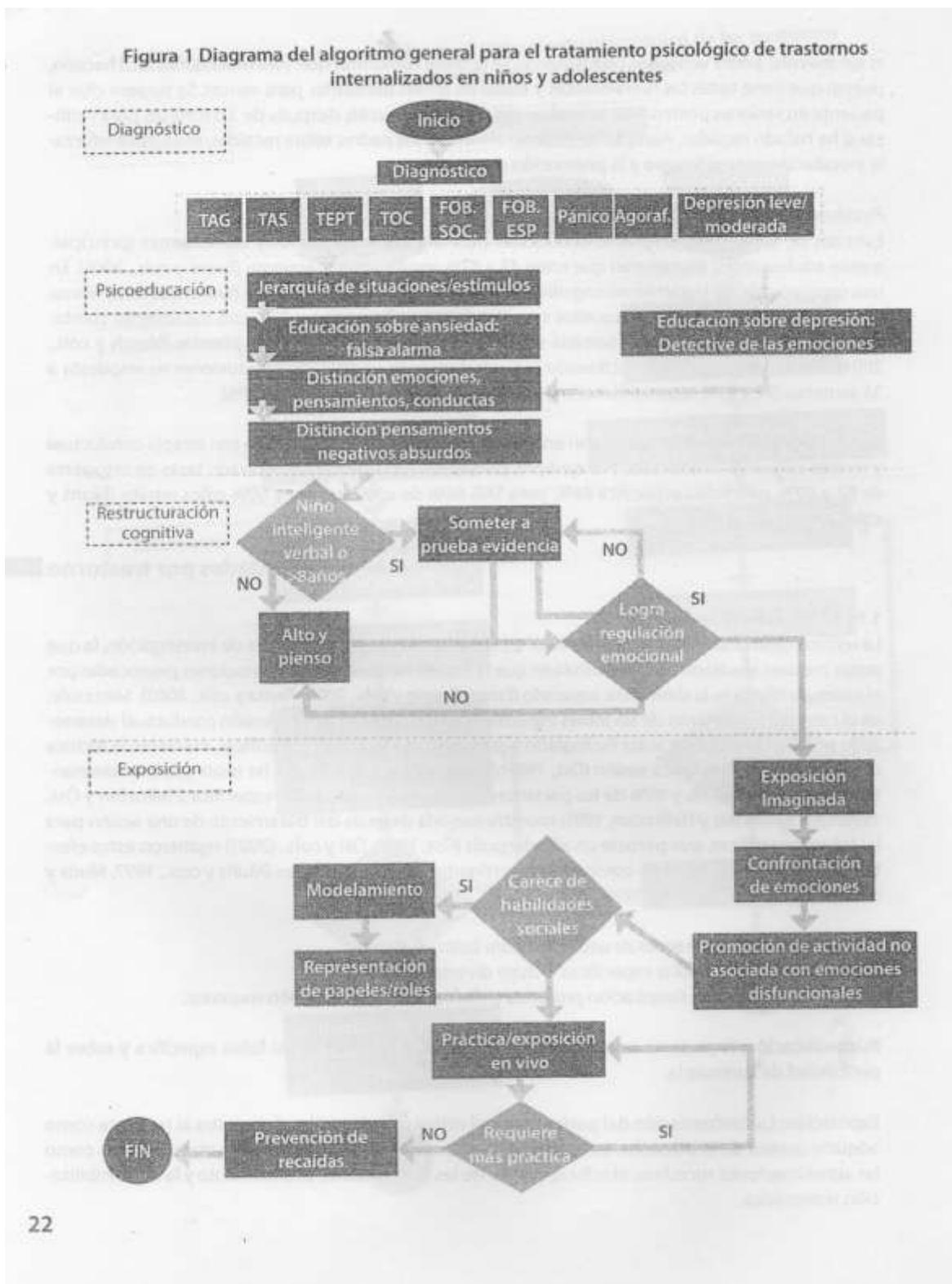
Nunca hago lo que me dicen

27. Me llevo bien con la gente

Me peleo muchas veces.

Me peleo siempre.

ANEXO 3: ALGORITMO DE TRASTORNOS INTERNALIZANTES



ANEXO 4: ALGORITMO DE TRASTORNOS EXTERNALIZANTES

