



**DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

TEMA:

**“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN NIÑOS Y NIÑAS
VÍCTIMAS DE MALTRATO EN EL HOGAR, CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DESDE EL MODELO
INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD”.**

Tesis de grado previa a la obtención del Título de
Magister en Psicoterapia Integrativa.

AUTORA:

Lcda. Tania Mercedes Nieto Campoverde.

DIRECTOR:

Mgst. Mario Eduardo Moyano Moyano.

CUENCA – ECUADOR

2013

AUTORÍA

Las ideas y contenidos vertidos en la presente Tesis de Grado son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, abril del 2013.

Tania Nieto Campoverde.

DEDICATORIA:

A Dios y a la Virgen María, por brindarme una oportunidad más de superación.

A un ángel muy especial, mi hermana Lina Magdalena, que desde el cielo comparte conmigo esta alegría y por todos los bellos recuerdos que vivimos juntas.

A mis padres y hermanos por todo el cariño, la paciencia y el apoyo que me brindaron para culminar mi carrera profesional.

Tania.

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento al Mgst. Mario Moyano, director de este trabajo, que con sus valiosos consejos y conocimientos supo guiar esta investigación, hasta llegar a su exitosa culminación.

También, quiero agradecer a los Miembros de Tribunal de Grado conformado por la Mgst. Cecilia Luna y la Mgst. Sandra Lima, por todo su apoyo y orientación para lograr el éxito final de este trabajo.

Finalmente, agradezco al personal directivo de la Fundación REMAR – Azogues, el Sr. Félix Herrera y la Sra. Beatriz Puma, por permitir realizar esta investigación en su prestigiosa Institución.

Tania Nieto Campoverde.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo pone a consideración una intervención psicoterapéutica en niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar, con sintomatología depresiva desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad; cuyo objetivo general es restablecer el estado emocional y funcional de niños y niñas víctimas de maltrato infantil y que se encuentren en acogimiento institucional.

En base al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, se ha desarrollado un Programa de Intervención Psicoterapéutica, con sus respectivos objetivos, proponiendo metas de asesoramiento, alivio sintomático e influencia sobre la personalidad y con sus respectivas técnicas en función de sus objetivos.

ABSTRACT

The present research project puts forward a psychotherapeutic intervention program for boys and girls who are victims of domestic child abuse and present symptoms of depression. The Integrative Model Focalized on Personality was applied. The general goal is to establish the emotional and functional state of the children who are victims of child abuse and who are institutionalized.

Based on the Integrative Model Focalized on Personality we have developed a Psychotherapeutic Intervention program with its corresponding objectives. The program proposes counseling goals, symptomatic relief, and influence on the personality with the respective techniques based on the objectives.




Translated by,
Diana Lee Rodas

ÍNDICE GENERAL

AUTORÍA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL MALTRATO AL MENOR EN EL HOGAR Y SUS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS.	3
1.1 INTRODUCCIÓN.	3
1.2 DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL.	5
1.2.1 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.	6
1.2.1.1 MALTRATO FÍSICO.	7
1.2.1.2 MALTRATO EMOCIONAL.	7
1.2.1.3 ABANDONO Y NEGLIGENCIA.	8
1.2.1.4 ABUSO SEXUAL.	8
1.2.2 FACTORES PREDISPONENTES DEL MALTRATO INFANTIL.	11
1.2.3 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO AL MENOR.	13
1.2.4 PERFIL DEL NIÑO MALTRATADO.	15
1.2.5 PERFIL DE LOS PADRES O FAMILIARES MALTRATANTES.	16
1.3 MALTRATO Y DEPRESIÓN	17
1.3.1 TIPOS DE DEPRESIÓN.	18

1.3.2 INDICADORES DE LA EXISTENCIA DE LA DEPRESIÓN.	19
1.4 CONCLUSIÓN.	22
CAPÍTULO II	
MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.	23
2.1 INTRODUCCIÓN.	23
2.2 DEFINICIÓN DEL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.	24
2.3 ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.	25
2.4 INFLUENCIAS SOCIALES TEMPRANAS EN LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO.	28
2.5 EL VALOR DEL PASADO Y LAS CRISIS EN LA ESTRUCTURACIÓN DE LA PERSONALIDAD.	30
2.6 CONCLUSIÓN.	31
CAPÍTULO III	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA NIÑOS MALTRATADOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.	32
3.1 INTRODUCCIÓN.	32
3.2 METODOLOGÍA.	33
3.3 FASES DEL PROCESO.	33
3.3.1 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.	34
3.3.1.1 CUESTIONARIO DE MALTRATO INFANTIL.	34
3.3.1.2 INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI.	34
3.3.1.3 FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS).	35
3.3.2 PLANIFICACIÓN.	37

3.3.3 OBJETIVOS.	37
3.3.3.1 OBJETIVO GENERAL.	37
3.3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	37
3.3.4 TÉCNICAS PARA ORIENTAR SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE.	38
3.3.4.1 PSICOEDUCACIÓN.	40
3.3.4.1.1 EL DETECTIVE DE LAS EMOCIONES.	40
3.3.4.1.2 DISTINCIÓN ENTRE EMOCIONES, PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS.	41
3.3.4.2 BIBLIOTERAPIA.	43
3.3.4.2.1 BIBLIOTERAPIA EN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.	43
➤ ACTIVIDAD # 1, EL CUENTO DEL BURRO.	43
3.3.4.2.2 BIBLIOTERAPIA EN PÉRDIDA AFECTIVA Y MALTRATO.	44
➤ ACTIVIDAD # 1, LA PÉRDIDA.	44
➤ ACTIVIDAD # 2, TU DOLOR.	45
➤ ACTIVIDAD # 3, TU VALOR.	46
➤ ACTIVIDAD # 4, TU FE.	47
➤ ACTIVIDAD # 5, TUS RECUERDOS.	48
➤ ACTIVIDAD # 6, TUS SENTIMIENTOS.	48
➤ ACTIVIDAD # 7, TU CRECIMIENTO.	50
➤ ACTIVIDAD # 8, LAS PALABRAS MÁGICAS DE PUCHUNGO.	52
3.3.4.2.3 BIBLIOTERAPIA EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.	53
➤ ACTIVIDAD # 1, LLEVARSE BIEN.	53
➤ ACTIVIDAD # 2, AYUDANDO A LOS DEMÁS.	54
➤ ACTIVIDAD # 3, ASÍ, NO.	55
3.3.4.2.4 BIBLIOTERAPIA EN ASERTIVIDAD.	56
➤ ACTIVIDAD # 1, APRENDIENDO A RESPETAR.	56

➤ ACTIVIDAD # 2, PUEDO EQUIVOCARME.	57
3.3.4.3 DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS IRRACIONALES.	59
3.3.4.3.1 REGISTRO DE PENSAMIENTOS.	60
3.3.4.4 RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.	61
3.3.4.4.1 ALTO Y PIENSO.	61
3.3.4.4.2 SOMETER A PRUEBA DE EVIDENCIA.	62
3.3.4.4.3 MIS PENSAMIENTOS MARIPOSA.	63
3.3.4.5 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES AGRADABLES.	65
3.3.4.6 TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.	71
3.3.4.6.1 ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN.	71
3.3.4.6.2 EDUCACIÓN Y REEDUCACIÓN DE LA RESPIRACIÓN.	72
3.3.4.7 ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES.	73
3.3.4.7. 1 PROGRAMA DE ENSEÑANZA EN SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.	73
3.3.4.8 TÉCNICAS DE AUTOESTIMA.	75
3.3.4.8.1 ACTIVIDAD # 1, ¿CÓMO SOY YO?	75
3.3.4.8.2 ACTIVIDAD # 2, CUALIDADES POSITIVAS.	76
3.3.4.8.3 ACTIVIDAD # 3, SIENTO ADMIRACIÓN POR...	77
3.3.4.8.4 ACTIVIDAD # 4, TENER VISTA.	78
3.3.4.8.5 ACTIVIDAD # 5, EL PÁJARO Y EL POZO.	79
3.3.4.9 TÉCNICAS DE APOYO EMOCIONAL.	81
3.3.4.9.1 MAPA DE EMOCIONES.	81
3.4 CONCLUSION.	83
CAPÍTULO IV	
APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.	84

4.1 INTRODUCCIÓN.	84
4.2 ESTUDIO DE CASOS.	85
4.2.1 ESTUDIO DE CASO # 1 “LEONOR ALEJANDRINA”.	85
4.2.2 ESTUDIO DE CASO # 2 “CELIA LUCÍA”.	97
4.2.3 ESTUDIO DE CASO # 3 “MARÍA DEL CARMEN”.	109
4.2.4 ESTUDIO DE CASO # 4 “HENRY ADRIÁN”.	121
4.2.5 ESTUDIO DE CASO # 5 “VERÓNICA ELOÍSA”.	134
4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS CASOS ESTUDIADOS.	147
4.3.1 CUESTIONARIO DE MALTRATO INFANTIL.	147
4.3.2 INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.	148
4.4 CONCLUSIÓN.	154
CONCLUSIONES GENERALES.	155
RECOMENDACIONES.	158
BIBLIOGRAFÍA.	159
ANEXOS.	161
➤ DISEÑO DE TESIS.	162
➤ FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.	174
➤ CUESTIONARIO DE MALTRATO INFANTIL.	176
➤ INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.	178

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se decidió por el tema “Intervención Psicoterapéutica en niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar, con sintomatología depresiva desde el “Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”, ya que la presencia de sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato es muy frecuente, y perjudica el desarrollo completo de un niño, afectando su desarrollo físico y mental. En base al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, se ha desarrollado un programa de intervención psicoterapéutico, con sus respectivos objetivos, metas y técnicas; con la finalidad de restablecer el estado emocional y funcional de niños y niñas víctimas de maltrato infantil.

El primer capítulo titulado “El maltrato al menor en el hogar y sus incidencias psicológicas”, hace referencia a aspectos importantes dentro del maltrato infantil como son: definiciones, tipos de maltrato, indicadores de maltrato, causas y consecuencias del maltrato infantil, perfil del niño maltratado y perfil de los padres o familiares maltratantes. También, en este capítulo se incluye la correlación existente entre maltrato infantil y depresión.

El segundo capítulo titulado “Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”, se expone aspectos filosóficos, epistemológicos, teóricos y prácticos de dicho modelo. El cual, servirá como referente para la elaboración del programa de intervención psicoterapéutico para niños víctimas de maltrato infantil con sintomatología depresiva.

En tercer capítulo titulado “Propuesta de intervención psicoterapéutica para niños maltratados con sintomatología depresiva”, hace referencia al programa de intervención con sus respectivos objetivos, proponiendo metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad y con sus respectivas técnicas en función de sus objetivos. La propuesta de intervención

psicoterapéutica se compone de psicoeducación, técnicas de autocontrol, planificación de actividades, detección de pensamientos irracionales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de conflictos y trabajo en autoestima.

El cuarto capítulo titulado “Aplicación de la propuesta de intervención psicoterapéutica”, que consiste en la aplicación técnica de dicha propuesta, en niños y niñas con sintomatología depresiva y que son víctimas de maltrato infantil.

Finalmente, se expondrá las respectivas conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO I

EL MALTRATO AL MENOR EN EL HOGAR Y SUS INCIDENCIAS PSICOLÓGICAS.

1.1. INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se expondrá aspectos relevantes dentro del maltrato al menor en el hogar con sintomatología depresiva, aspectos tales como: definiciones de maltrato, tipos de maltrato, indicadores del maltrato, causas y consecuencias, perfil del niño maltratado y padres maltratantes.

Dentro de las definiciones de maltrato infantil, el presente capítulo se enfoca sobre todo en las definiciones del Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador y la de los autores Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe, quienes fueron los pioneros en las investigaciones referentes al maltrato en la niñez.

En la clasificación de las diversas formas de maltrato, se explora cada uno de los maltratos existentes y que están presentes actualmente en nuestra sociedad, maltratos tales como: físico, emocional, abandono – negligencia y abuso sexual.

Un punto importante a tratar, son los indicadores de la existencia del maltrato infantil, es decir, al hablar de indicadores se hace referencia a los signos que determinan si el niño es víctima de maltrato, indicadores que están basados en la clasificación general de los tipos de maltrato que se expone en el presente trabajo.

También, en este capítulo se tratará diversos aspectos del maltrato que forman un círculo, es decir, una cadena viciosa como son las causas y consecuencias, volviéndose muchas de las veces un problema generacional de padres a hijos.

Además, se describirá el perfil de la víctima, que se refiere a ciertas características del niño que le hacen más vulnerable a sufrir malos tratos de su entorno. Siendo importante también puntualizar el perfil del agresor, refiriéndose algunas características de los padres que les hacen más propensos a ser maltratantes.

Y finalmente, el capítulo concluye con la correlación existente entre maltrato infantil y depresión; ya que los malos tratos recibidos a temprana edad pueden ocasionar diferentes sintomatologías depresivas y con diferentes niveles de gravedad y consecuencias.

1.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL.

El maltrato infantil lastimosamente es una problemática muy frecuente en nuestra sociedad, debido a la presencia de múltiples factores desencadenantes del mismo, tales como: la pobreza, la presencia de alcohol y drogas en la familia, una deficiente formación académica, el marginamiento social entre otros factores. Siendo así que, es necesario revisar algunos conceptos importantes del maltrato y en los que se encuentran aspectos comunes.

El “Código de la Niñez y la Adolescencia” (2012) considera al maltrato infantil como:

Art. 67.- “Toda conducta de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, atención médica, educación, cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad”. (p. 53)

Mientras que Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe (1985), en su obra “Niños Maltratados” definen al maltrato infantil como:

“La existencia de un niño golpeado, pero la conexión de causa y efecto no se conoce perfectamente. Un modo de consideración es el estudio de los síntomas que presenta el niño y otro consiste en tener en cuenta las acciones de los adultos que lo tienen a su cargo. (pp. 26,27)

1.2.1 Existen diversas formas de maltrato infantil según Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe (Niños Maltratados, 1985), de los cuales tenemos:



1.2.1.1 MALTRATO FÍSICO.

Según las investigaciones de Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe en su obra “Niños Maltratados” (1985), definen al maltrato físico como:

“La existencia de actos físicamente nocivos contra el niño; queda definida, habitualmente, por cualquier lesión infligida –hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento—. Las lesiones producidas requieren atención médica”. (p. 27)

1.2.1.2 MALTRATO EMOCIONAL.

Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe (Niños Maltratados, 1985), hacen referencia al maltrato emocional como “una de las formas más sutiles de maltrato infantil, en las que el niño es constantemente aterrorizado, regañado o rechazado”. (p. 28)

Mientras que el “Código de la Niñez y Adolescencia” (2012) considera que el maltrato psicológico:

Art. 67.- “Es el que ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido. Se incluyen en esta modalidad las amenazas de causar un daño en su persona o

bienes o en los de sus progenitores, otros parientes o personas encargadas de su cuidado”. (p. 53)

1.2.1.3 ABANDONO Y NEGLIGENCIA.

Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe, en su obra “Niños Maltratados” (1985), refieren respecto a la negligencia como:

“Un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. La negligencia física incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales” (p. 27)

1.2.1.4 ABUSO SEXUAL.

El “Código de la Niñez y Adolescencia” (2012), considera al abuso sexual como:

Art. 68.- “Todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio”. (p. 55)

Dentro del abuso sexual, existen formas de abuso específicas, entre ellas tenemos:

La violación según el “Código Penal” (citado en Código de la Niñez y Adolescencia, 2012, p. 56), lo define como:

Art. 512.- “El acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o, la introducción, por vía vaginal o anal, de los objetos, dedos u órganos distintos del miembro viril, a una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos:

1. Cuando la víctima fuere menor de catorce años;
2. Cuando la persona ofendida se hallare privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiera resistirse; y,
3. Cuando se usare de violencia, amenaza o de intimidación”.

El incesto para Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe (Niños Maltratados, 1985), es:

“La implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares. El incesto permanece habitualmente oculto durante años y tan sólo surge a la luz pública cuando ocurre un cambio dramático en la situación de la familia, tal como la rebelión de un adolescente o

actos delictivos, embarazo, enfermedad venérea, enfermedad psiquiátrica o algo tan trivial como una súbita disputa familiar”. (pp. 85,88,89)

La pedofilia es considerada por el “DSM-IV-TR” (Breviario, 2004) como:

F65.4. [302.2].- “Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos). El individuo ha satisfecho estas necesidades sexuales, o las necesidades sexuales o fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño” (p. 242)

Fomentar la prostitución, es otra forma de abuso sexual según Arturo Loredó Abdalá (1994) en su libro “Maltrato al Menor”, refiriendo lo siguiente al respecto:

“Fomentar la prostitución es una forma más de agresión sexual, puesto que se refiere a contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando se emplea al primero para la estimulación sexual del perpetrador o de otra persona, es decir, existe un factor sexual realizado por un adulto hacia un menor, con o sin el consentimiento de este último. Esta forma de agresión sexual puede ser intra o extrafamiliar, existiendo casos en los cuales los padres prostituyen a sus hijos a corta edad, incurriendo así en el maltrato hacia el niño”. (p. 41)

1.2.2 FACTORES PREDISPONENTES DEL MALTRATO INFANTIL.

Existen algunos factores desencadenantes de la violencia dentro de la familia y por lo tanto, debido a la presencia de la violencia en la familia son afectados directamente los más débiles de la familia, es decir, los niños y niñas. Entre estos factores tenemos:

- **VIOLENCIA DOMÉSTICA.**

“Es todo acto cometido en contra de la familia, por uno de sus miembros y que perjudica gravemente la vida, el cuerpo y la integridad psicológica y la libertad de otro de los miembros de la familia. En la violencia intrafamiliar o doméstica, la comunicación no se usa, solo cuenta la imposición; la fuerza sustituye a la razón; la comprensión ha sido sustituida por la intimidación. La mayoría de casos es a la esposa, los hijos y, en menor proporción, a los esposos”. (Juan Aguilera Muñoz, 2001, citado en Memorias del Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, 2001, p.74).

- **ALCOHOL, VIOLENCIA Y MALTRATO.**

“La ingesta de alcohol predispone o incrementa los niveles de violencia general, esta violencia no se debe exclusivamente a los efectos farmacológicos del alcohol, sino que también deben considerarse la personalidad y expectativas de la persona que ingiere alcohol, así como el ambiente y las circunstancias que rodean a quienes se alcoholizan. Muchas personas no tienen conciencia de que el consumo de alcohol y el alcohólico generan maltrato, siendo así que los niños que viven en hogares de alcohólicos sufren múltiples tipos de maltrato”. (Saúl Pacurucu Castillo, 2001, citado en Memorias del

Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, 2001, p. 85).

- **CRISIS SOCIAL Y MALTRATO.**

“Las causas del maltrato pueden ser directamente atribuibles a causas sociales. Las políticas económicas y sociales asumidas por los regímenes de turno han recortado drásticamente los presupuestos destinados al área social y han implementado medidas que afectan gravemente la economía de su población... Se considera que el desempleo, el alcoholismo y la desconstitución del núcleo familiar, son factores de riesgo que van de la par con el maltrato... Los resultados de esta situación planteada son: niños desnutridos, enfermos, viviendo en la calle, pidiendo limosna, drogándose, sin poder ir a la escuela, sin presente y sin futuro. Por otro lado, el sistema social se ha encargado de expulsar fuera del país a su propia gente. Presionados por la pobreza, angustiados por la desocupación, desesperados por las deudas y congelada la esperanza, sin encontrar otra salida que migrar. Estas son las consecuencias: niños que quedan soportando el peso de la deuda de sus padres; niños que quedan al cuidado de sus abuelos, tíos, vecinos o hermanos mayores, expuestos al maltrato físico, psicológico y aún al abuso sexual; niños pequeños que al no tener los estímulos necesarios se niegan a crecer y su crecimiento y desarrollo se retrasa, lo que no es recuperable; niños que se desnutren a pesar del dinero que pueden enviar sus padres para su mantenimiento; niños que pierden el año escolar; niños que quedan huérfanos...”. (Holger Dután, 2001, citado en Memorias del Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, 2001, pp. 118-120).

1.2.1 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO AL MENOR.

Laura Iñiguez Ojeda (2001, citado en Memorias del Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, 2001, pp. 221-222), considera que:

“Las secuelas del maltrato infantil, en cualquiera de sus formas (física, psicológica, sexual o trato negligente), son profundas, pues dañan la estructura básica de un niño, lo dejan desarmado para enfrentar la vida. Lo desvalorizan y lo dejan con una baja autoestima lo cual le impide interrelacionarse adecuadamente, aprender con buenos niveles y proyectarse positivamente con sus compañeros de estudio. Un niño que no recibe ayuda profesional oportuna, llegará a la adolescencia con un severo deterioro de su autoestima; más adelante se equivocará a seleccionar su pareja, tendrá el maltrato arraigado en su psiquis y cuando ya tenga hijos, repetirá y perpetuará el maltrato, hacia ellos y también hacia su cónyuge. Como es evidente, en este trasunto trágico, la persona no solo causa daños a los suyos más próximos, también se autodestruye”.

Las señales del maltrato físico en los niños según Laura Iñiguez Ojeda (2001, p. 222), son las siguientes:

1. Hematomas o contusiones.
2. Cicatrices.
3. Laceraciones.
4. Quemaduras.
5. Fracturas.

6. Ojos amoratados.
7. Ausencia de cabello en partes de la cabeza.

Las señales emocionales del maltrato en los niños según Laura Iñiguez Ojeda (2001, p. 222), son las siguientes:

1. Angustia.
2. Agresividad.
3. Miedo de ir a la casa o a la escuela.
4. Miedo a los padres o a los adultos.
5. Demasiada movilidad.
6. Excesiva quietud.
7. Tartamudeo.
8. Comerse la uñas.
9. Tics.
10. Intentos de suicidio.

Los indicadores habituales de abuso sexual según Laura Iñiguez Ojeda (2001, p. 222, 223), son las siguientes:

1. Dificultad para caminar o sentarse.
2. Enfermedades de transmisión sexual.
3. Infecciones urinarias repetitivas.
4. Infecciones vaginales.
5. Lesiones genitales o anales.
6. Embarazo prematuro.

7. Conducta sexual precoz.
8. Sueño y apetito irregulares.

1.2.2 PERFIL DEL NIÑO MALTRATADO.

Al hablar del perfil del niño maltratado, Arturo Loredó Abdalá en su libro “Maltrato al Menor” (1994, pp. 17, 19, 20), hace referencia a ciertas características del niño, que le hacen más propenso o vulnerable a sufrir maltrato por parte de sus progenitores o personas que están a su cuidado. Entre estas características tenemos:

1. **Expectativas de los padres.-** Esto hace referencia cuando el niño posee algunos rasgos muy especiales que lo convierten para los padres en una persona que no llena todas las expectativas. Estas pueden ser el color de la piel o del cabello, la existencia de algún tipo de malformación, daño neurológico de gravedad o trastorno orgánico que requiera de atención médica repetitiva, ocupar el primero o último lugar en la familia, no corresponder con el sexo esperado, ser demasiado irritable o desobediente, etc.
2. **Edad.-** En el maltrato físico, niños de todas las edades pueden sufrir agresión de este tipo. Sin embargo, aquellos que requieren de mayor cuidado y protección por parte del adulto son los que sufren esta forma de maltrato, es decir, recién nacidos, lactantes menores y preescolares que tienden a ser las víctimas más frecuentes.
3. **Sexo.-** En relación con este aspecto, no se ha encontrado que exista predominio marcado por uno u otro sexo si se analiza de manera aislada. El maltrato probablemente es más frecuente en varones si son hijos únicos, o en mujeres si son el

tercer o cuarto hijo. Cuando se trata de abuso sexual, en el cual el agredido casi siempre corresponde al sexo femenino.

4. **Gemelos en la familia.**- Parece ser que esta situación, los gemelos tienen más posibilidad de sufrir daño físico que los hijos únicos.
5. **Enfermedades agregadas.**- La presencia de enfermedades metabólicas, neoplásicas o sistémicas en los niños, y por lo cual necesitan asistencia médica constante, puede ser el detonador para que se establezca la agresión.

1.2.5 PERFIL DE LOS PADRES O FAMILIARES MALTRATANTES.

En el trabajo realizado sobre el “Maltrato al Menor” (1994, pp. 14-17) de Arturo Loredó Abdalá, el perfil o características de los padres o familiares que les hacen más propensos a ser maltratantes son las siguientes:

- 1) **Edad.**- Con respecto a la edad del agresor, ésta en apariencia no constituye un factor de predicción en cuanto al comportamiento anormal. Cabe mencionar que padres muy viejos o muy jóvenes son los que menos toleran a sus hijos.
- 2) **Sexo.**- Con relación al maltrato físico, el agresor predominante es el sexo femenino y de éste, la madre constituye el principal agresor. Sin embargo, siempre es necesario considerar a otras personas como las tan temidas madrastras y, menos frecuentemente, otros familiares como abuelas, tías y hermanas.
- 3) **Escolaridad.**- Una deficiente preparación académica puede condicionar desconocimiento de cómo atender a un recién nacido o a cualquier niño, hacer caso de

tabúes o brujerías para evitar ciertos actos habituales en niños sanos como llanto continuo, salivación excesiva, cólicos, etc. Por lo tanto, es necesario considerar que el grado de escolaridad puede generar el maltrato.

- 4) **Ocupación.-** Probablemente la inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituya un factor muy importante en la génesis de la agresión al menor. La escasa remuneración del trabajo, el horario requerido, la aceptación de la actividad, etc., son algunos de los factores que producen inseguridad, la cual repercute en el comportamiento general del maltratador.
- 5) **Toxicomanías.-** El alcoholismo, la drogadicción y la farmacodependencia entre los progenitores son desencadenantes directos del maltrato infantil.

1.3 MALTRATO Y DEPRESIÓN.

El ser un niño víctima de maltrato a temprana edad y por lo tanto, al tener una infancia desfavorable, se vuelve más propenso a desarrollar síntomas depresivos tales como: tristeza, irritabilidad, desórdenes del sueño, pérdida o aumento de peso, sentimientos de inutilidad, fatiga, pensamientos recurrentes de muerte, entre otros síntomas. Razones por las cuales es necesario conocer en qué consiste la depresión y sus formas de manifestarse a temprana edad en el niño.

Harold H. Bloomfield y Peter McWilliamms en su libro “Cómo curar la depresión” (1997, p. 62), refieren lo siguiente sobre la depresión:

“La depresión se manifiesta en un desequilibrio en la bioquímica del cerebro. Esto tiene como resultado algo que algunos llaman pensamiento en falso. Esta combinación de desequilibrio biológico y distorsión psicológica provoca el desorden conocido como Depresión. Una depresión puede ser provocada o iniciada, por un cierto número de factores: predisposición genética, una pérdida importante, una infancia desfavorable, un duelo no resuelto, malas relaciones interpersonales, entre otros factores. El estado de sentirse deprimido, tiene lugar en el cerebro, siendo un desequilibrio bioquímico en el cerebro y un desequilibrio psicológico en el pensamiento”.

1.3.1 TIPOS DE DEPRESIÓN.

Harold H. Bloomfield y Peter McWilliamms en su obra “Cómo curar la depresión” (1997, p. 40), hablan de tres tipos principales de Depresión:

1. Depresión Mayor:

“La depresión mayor tiene un origen, una fase media y un final, la depresión mayor a menudo dura meses y si se deja sin tratamiento, tiende a las recaídas, pero cada recaída tiende a durar más tiempo y es más grave que la anterior”.

2. Depresión Crónica:

“Es una depresión a largo plazo y de poca intensidad que puede estar actuando durante años, algunas personas la han tenido casi toda su vida. La depresión a largo plazo y de baja intensidad se conoce también como Distimia”.

3. Desorden Maníaco – Depresivo:

“Aquí los bajones de la depresión se alternan con días o semanas de manía como júbilo extremo, pensamientos no razonables y exagerados, acciones inapropiadas y a veces destructivas. También se la conoce como depresión bipolar, porque la persona maníaco-depresiva fluctúa de un polo emocional (bajón) al opuesto (euforia) de manera rápida e impredecible”.

1.3.2 INDICADORES DE LA EXISTENCIA DE LA DEPRESIÓN.

Según el “DSM-IV-TR” (Breviario, 2004, pp. 157-162), los indicadores o síntomas de la depresión, los clasifica en episodios afectivos, de los cuales tenemos:

1. Episodio depresivo mayor.

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día; en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Pérdida del interés o del placer.
- Pérdida del apetito y peso o ganar peso.
- Desórdenes del sueño, insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz.
- Disminución de la energía.
- Sentimientos de inutilidad y culpa.
- Dificultades para concentrarse, para recordar y tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas causan malestar significativo en lo social, laboral u otra área.
- D. Los síntomas no se deben a efectos a de alguna sustancia.
- E. Los síntomas no se deben por la presencia de un duelo.

2. Episodio maníaco.

- A. Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana.
- B. Presencia de tres o más de los siguientes síntomas:
 - Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - Disminución de la necesidad de dormir,
 - Fuga de ideas.
 - Distrabilidad.
 - Incremento en hablar o verborreico.
 - Incremento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
 - Implicación en actividades placenteras con consecuencias graves.
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- F. Los síntomas causan malestar significativo en lo social, laboral u otra área; o para requerir hospitalización.
- D. Los síntomas no se deben a efectos a de alguna sustancia.

3. Episodio mixto.

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco y como para en episodio depresivo mayor, casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- G. Los síntomas causan malestar significativo en lo social, laboral u otra área; o para requerir hospitalización.
- B. Los síntomas no se deben a efectos a de alguna sustancia.

4. Episodio hipomaníaco.

- A. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días.
- B. Persisten tres o más de los siguientes síntomas:
 - Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - Disminución de la necesidad de dormir.
 - Fuga de ideas.
 - Distraibilidad.
 - Incremento en hablar o verborreico.
 - Incremento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
 - Implicación en actividades placenteras con consecuencias graves.
- C. El episodio está asociado a un cambio significativo de la actividad del paciente.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar deterioro social o laboral o requerir hospitalización.
- F. Los síntomas no se deben a efectos de alguna sustancia.

1.4 CONCLUSIÓN.

El maltrato en todas sus formas (físico, psicológico, sexual y trato negligente), se encuentra presente en todos los estratos sociales y lastimosamente se transmite de generación en generación en las familias. Lo cual provoca secuelas muy fuertes en el desarrollo tanto físico como psicológico de un niño, niña o adolescente víctima de maltrato infantil.

En este primer capítulo, se ha expuesto las diversas formas de maltrato infantil, sus causas, sus consecuencias, las características del niño que le hace más vulnerable a ser maltratado y el perfil del agresor; siendo necesario conocer estos aspectos para poder tener una visión más clara y completa de este grave problema que representa el maltrato infantil en nuestra sociedad.

Al ser un niño víctima de maltrato a temprana edad y al no recibir el tratamiento oportuno, puede ser un motivo para desarrollar sintomatología depresiva en algún momento de su vida, de ahí la necesidad, de poder ofrecer una alternativa de tratamiento y solución para ayudar a los niños víctimas de maltrato en el hogar, con secuelas emocionales.

CAPITULO II

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

2.1 INTRODUCCIÓN.

En este segundo capítulo se expondrá aspectos relevantes del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad; haciendo referencia a la base filosófica, epistemológica, teórica y práctica de este Modelo. Tomando como eje fundamental del Modelo a la personalidad con sus respectivos componentes (afectivo, cognitivo, comportamental e interpersonal), siendo indispensables para la comprensión de las diferencias individuales en el ser humano.

Este capítulo también hace referencia a las experiencias tempranas influyentes en la estructura de la personalidad en base a la influencia que reciben del entorno y cómo las experiencias tempranas pueden influir en el desarrollo físico y psicológico de un niño.

Finalmente, se describirá la importancia del pasado y las crisis en la estructuración de la personalidad, ya que desde la niñez y a través de los estadios de desarrollo, el ser humano se encuentra vulnerable ante las influencias negativas, y también dispuesto para adquisiciones positivas, influyendo positiva o negativamente en la estructuración de su personalidad.

2.2 DEFINICIÓN DEL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

Lucio Balarezo Chiriboga en su libro “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad” (2010, pp. 46-50), refiere lo siguiente:

“El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad toma al Humanismo como su base filosófica y epistemológica, el mismo que considera al ser humano en su capacidad de autodirección, privilegiando su experiencia subjetiva de la realidad, fundamentado en la libertad, la elección, la decisión, la responsabilidad y las condiciones del medio. Dispone de una base teórica que asume a la personalidad como elemento básico de la comprensión de la vida psíquica, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico. Y se centra en una base metodológica – práctica, que se refiere a la flexibilidad de la técnica, basada en un proceso dividido en etapas:

- Determinación de la demanda (explícita o implícita).

- Investigación del problema o trastorno.

- Planificación del proceso (motivaciones y expectativas del paciente).

- Ejecución y aplicabilidad de técnicas.

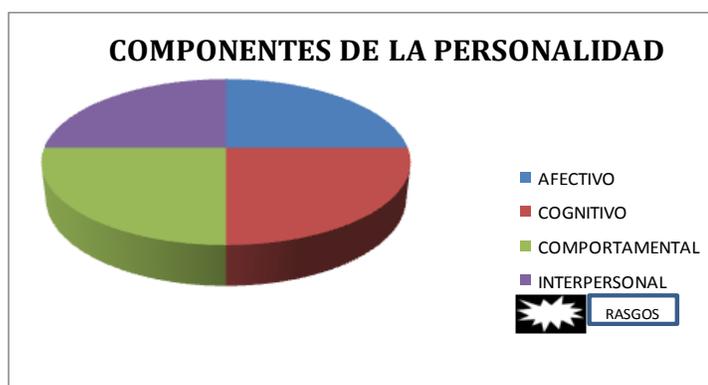
- Evaluación del diagnóstico”.

2.3 ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad de Lucio Balarezo Chiriboga (2010), asume la siguiente definición de personalidad:

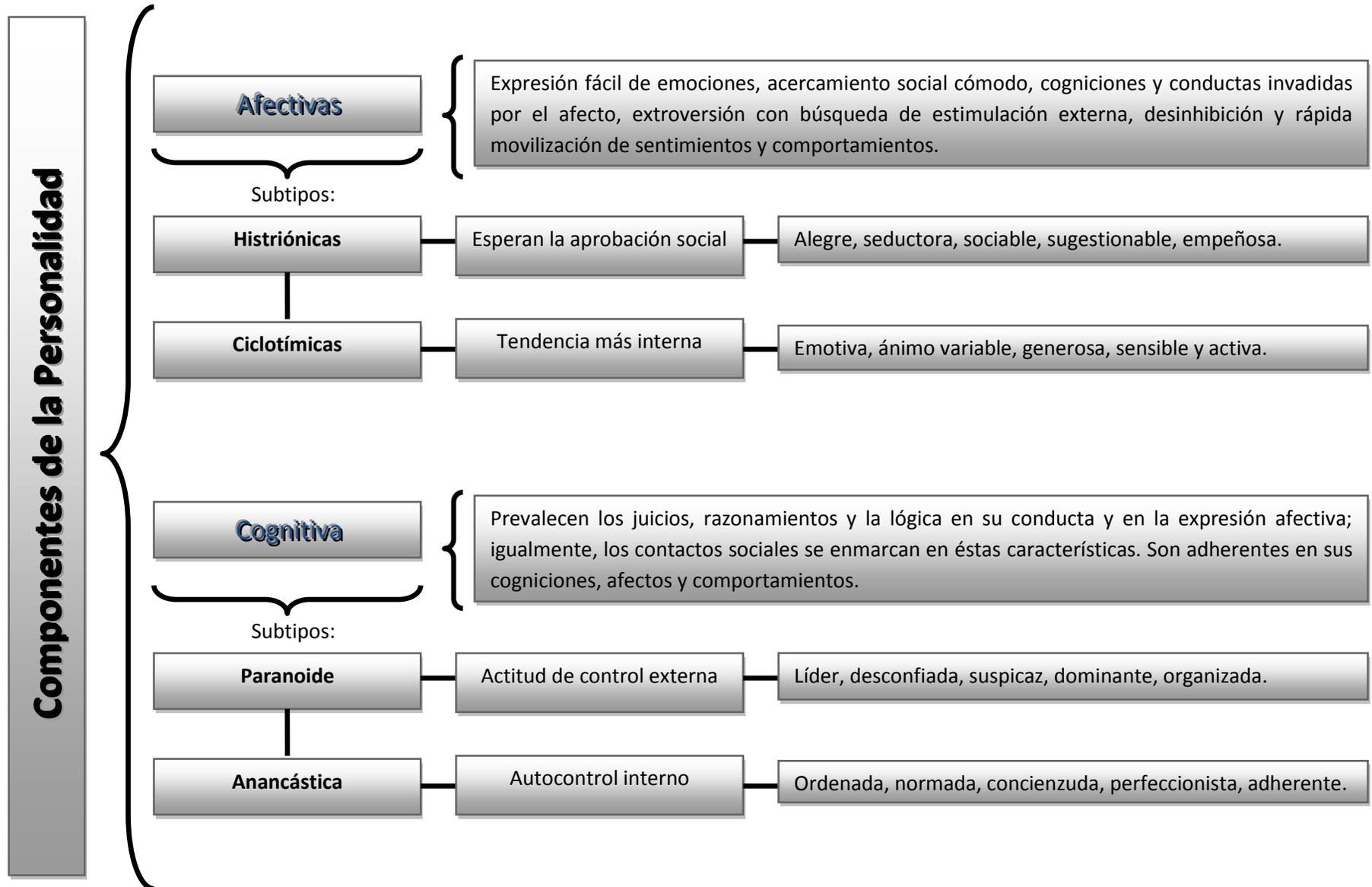
“Una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”. (p. 72).

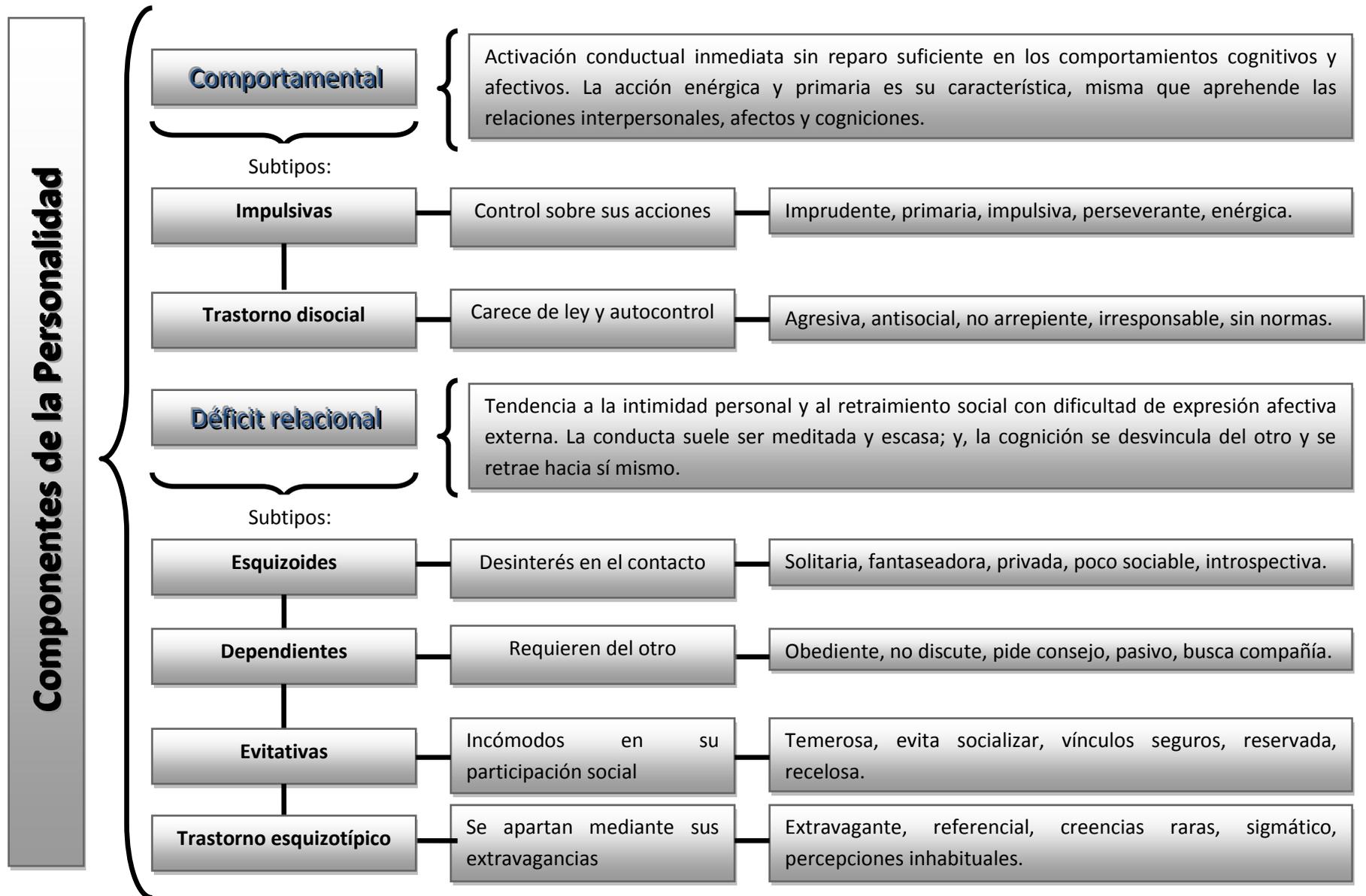
Componentes de la personalidad. (Gráfico tomado de Lucio Balarezo Chiriboga, Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010, p. 82).



Lucio Balarezo Ch. (2010), considera que todas las personas poseemos las cuatro áreas básicas de la personalidad (afectivo, cognitivo, comportamental e interpersonal) y que las diferencias individuales se marcarían en la expresión de ciertos rasgos con una inclinación hacia ciertos componentes y déficit en otros.

Así también, Lucio Balarezo Chiriboga en su libro “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad” (2010, pp. 83,84), considera que los rasgos fundamentales de las personalidades son los siguientes:





2.4 INFLUENCIAS SOCIALES TEMPRANAS EN LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO.

Lucio Balarezo Chiriboga (Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010, pp. 110,111) refiere que las experiencias tempranas influyen en la estructura de la personalidad en base a la influencia que reciben del entorno, siendo así que en las:

- **Personalidades afectivas de tipo histriónico:** utilización indiscriminada de recompensas, aprendizaje vicario de alguno de sus padres o de ambos, dificultad en la resolución de los celos fraternos, carencia de figura parental.
- **Personalidades afectivas de tipo ciclotímico:** puede existir un patrón depresivo en el que se aprecien situaciones de pérdida emocional temprana, dificultades en el entrenamiento de indefensión.
- **Personalidades cognitivas de tipo paranoide:** discrepancias y divergencias con las figuras parentales, grandes demandas acerca del cumplimiento exitoso de las tareas, desaprobaciones de las figuras paternas.
- **Personalidades cognitivas de tipo anancástico:** exceso de control parental con probables castigos, privaciones y carencias, entrenamiento temprano de la responsabilidad.
- **Personalidades comportamentales de tipo inestable:** refuerzos positivos por el cumplimiento de las expectativas parentales, inconsistencia en el control parental, ausencia de reglas tempranas.
- **Personalidades comportamentales correspondiente al trastorno disocial de la personalidad:** modelos parentales deficitarios que no generan normas, ausencia de cariño en sus relaciones tempranas, marginamiento social.

- **Personalidades con déficit relacional de tipo esquizoide:** relaciones familiares impávidas e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas.
- **Subtipo evitativo:** rechazo y desprecio familiares; tratos duros, menospreciantes y despreciativos de los padres.
- **Subtipo dependiente:** excesivo apego parental, sobreprotección por alguna situación especial de orden físico o psíquico.
- **Trastorno esquizotípico de personalidad:** pobre estimulación afectiva temprana; expresiones, desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.

Como se puede ver, según lo que refiere Lucio Balarezo Chiriboga (2010), existe una gran influencia de las experiencias tempranas sobre la estructuración de la personalidad; pero así también, se puede evidenciar la influencia de ciertos factores vividos a temprana edad como futuros desencadenantes de desequilibrios emocionales relacionados con síntomas depresivos en los niños maltratados, factores tales como:

- Carencia de las figuras paternas.
- Situaciones de pérdida emocional temprana.
- Exceso de control parental con probables castigos.
- Ausencia de cariño en sus relaciones tempranas.
- Comunicaciones parentales frías y disgregadas.
- Rechazo y desprecio familiares.
- Pobre estimulación afectiva temprana.
- Desaprobaciones de las figuras paternas.
- Discrepancias y divergencias con las figuras parentales.
- Tratos duros, menospreciantes y despreciativos de los padres.

- Expresiones, desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.

2.5 EL VALOR DEL PASADO Y LAS CRISIS EN LA ESTRUCTURACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

Lucio Balarezo Chiriboga en su obra “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad” (2010, pp. 112, 113), considera que:

“Desde la niñez, y a través de los estadios de desarrollo, el ser humano se encuentra vulnerable ante las influencias negativas, y también dispuesto para adquisiciones positivas en el dinamismo de su personalidad. Siendo así que, Freud llegó a la convicción de que el origen de los trastornos mentales en el ser humano está en su sexualidad que inicia desde los primeros estadios de desarrollo, pero no refiriéndose a la sexualidad en sentido biológico, sino a todo el conjunto de contenidos y conductas afectivas del ser humano. Desde este punto de vista, los conflictos psíquicos y su posibilidad de resolución, dependerán del estancamiento de una fase o del retorno a una fase precedente”.

Erickson (citado en Lucio Balarezo Chiriboga, 2010, pp. 113-114,), en su teoría de desarrollo psicosocial, plantea la noción de crisis, las que deberán superarse en todas las edades, desde la niñez hasta la vejez. En el desarrollo de la personalidad, Erickson considera que ésta nace de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural. Así, cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión con respecto a las otras etapas. Establece ocho etapas o estadios en el desarrollo psicosocial de una persona.

2.6 CONCLUSIÓN:

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad integra el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales.

Se integran las conceptualizaciones y formas de tratamiento realizadas desde distintas corrientes que aporten al esclarecimiento de los aspectos estructurales y funcionales del núcleo básico del sujeto enriqueciendo el diagnóstico y ejercicio psicoterapéutico. Se incorporan también aspectos como la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de aspectos de relación durante el proceso psicoterapéutico.

De ahí la necesidad de intervenir a temprana edad con niños víctimas de maltrato, a través del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA NIÑOS MALTRATADOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.

3.1 INTRODUCCIÓN.

El maltrato infantil, al ser un factor que afecta directamente el desarrollo físico y psicológico del niño, ya que deja secuelas de diverso tipo como problemas en su crecimiento, dificultades en su desarrollo académico, aparición de enfermedades prevenibles, problemas en su autoestima, mala imagen de sí mismo, entre otras secuelas físicas y emocionales. Este problema se agudiza cuando el niño al recibir maltrato por parte de sus propios padres, es decir, con las personas que el niño debería tener un buen vínculo y apego afectivo, lo afecta más directamente a su estado emocional, pues si solo recibe malos tratos de sus personas importantes, llegará a percibir en algún momento de su vida su entorno como amenazante y poco seguro. Llegando a convertirse en el niño el maltrato como un desencadenante directo de problemas emocionales, relacionados con síntomas depresivos tales como: sentimientos de inseguridad, pensamientos de muerte, irritabilidad, pérdida del interés, dificultades para concentrarse, etc. De ahí, la necesidad de elaborar una propuesta de intervención psicoterapéutica en niños maltratados con sintomatología depresiva, siendo el objetivo de esta propuesta disminuir síntomas depresivos y restablecer la funcionalidad óptima de los pacientes. La presente propuesta de intervención psicoterapéutica se compone de psicoeducación, técnicas de autocontrol, planificación de actividades, detección de pensamientos irracionales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de conflictos y trabajo en autoestima. Esta investigación consta de tres fases: selección, evaluación y tratamiento de los niños víctimas de maltrato infantil que presenten sintomatología depresiva.

3.2 METODOLOGÍA.

En base al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad de Lucio Balarezo Chiriboga, se desarrollará un plan de ayuda, con sus respectivos objetivos, proponiendo metas de asesoramiento, alivio sintomático e influencia sobre la personalidad; con sus referidas técnicas en función de los objetivos.

Los criterios de inclusión para este programa de intervención psicoterapéutica serán los siguientes:

- a) Tener una edad comprendida entre los 8 a 12 años.
- b) Ser víctimas de maltrato infantil y que se encuentren en acogimiento institucional.
- c) Presentar sintomatología en las escalas de disforia y autoestima negativa del Inventario de Depresión Infantil (CDI).

Bajo estos criterios, el universo con el que se contó inicialmente es de quince niños de 8 a 12 años que se encuentran en acogimiento institucional; resultado de los cuales, cinco casos de estudio, con sintomatología depresiva y que son víctimas de maltrato infantil.

3.3 FASES DEL PROCESO.- A continuación se mencionará las fases de intervención que se llevará a cabo en el programa de intervención psicoterapéutico.

3.3.1 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.- Durante el proceso de evaluación psicológica se realizará en primer lugar una entrevista individual para detectar casos de maltrato infantil; así mismo, dentro del proceso de evaluación diagnóstica se empleará el inventario de depresión infantil (CDI) para detectar sintomatología depresiva (disforia y autoestima negativa); y posteriormente durante el proceso de planificación y tratamiento se empleará la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS).

3.3.1.1 Cuestionario de Maltrato Infantil (CMI).- Inicialmente se realizará una entrevista individual estructurada para confirmar el diagnóstico de maltrato infantil. En esta entrevista los pacientes describirán los síntomas experimentados en los diferentes tipos de maltrato, como son: castigos verbales y psicológicos, castigos físicos, negligencia y abandono, abuso sexual y otras formas de maltrato. (Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 21) (Ver anexo # 1, “Cuestionario de Maltrato Infantil).

3.3.1.2 Inventario de Depresión Infantil (CDI).- El CDI puede utilizarse como instrumento de rastreo para localizar a niños que presentan sintomatología depresiva; contiene 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases, equivalente a 81 elementos, que recogen la distinta intensidad o frecuencia de los síntomas depresivos en el niño. El contenido de los ítems del CDI cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Los datos que se obtienen de las contestaciones al cuestionario aportan conocimiento sobre el nivel de depresión total del niño y sobre las escalas que la constituyen: disforia (humor

depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, inseguridad, inferioridad, etc.). La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos: 0 corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de aparición del ítem más bajo; 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media y 2 a la mayor frecuencia e intensidad. El CDI consta de baremos en puntuaciones percentiles para tres rangos de edad (7-8 años, 9-10 años y 11-15 años); en las tablas de baremos se obtiene tres posibles clasificaciones que pueden establecerse: *sin síntomas* de depresión, *sintomatología leve* y *sintomatología severa*. (María Kovacs, *Inventario de Depresión Infantil*, 2004), (Ver anexo # 2, “Inventario de Depresión Infantil - CDI”).

3.3.1.3 Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS).- Que permite la recolección de información para poder establecer un diagnóstico. (Lucio Balarezo, *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*, 2010, p. 212, 213), (Ver anexo # 3, “Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica”).

A continuación se expondrá un cuadro general de los resultados obtenidos del proceso de evaluación y diagnóstico:

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO - RESULTADOS OBTENIDOS						
CMI	Muestra	Resultado	Maltrato Físico y Emocional	Abandono y Negligencia		Abuso Sexual
	15 casos	10 casos	2 casos	8 casos		0
CDI	Muestra	Resultado	Sin sintomatología depresiva	Sintomatología leve		Sintomatología severa
	10 casos	5 casos	-----	5 casos		-----
FIEPS	Muestra	Antecedentes disfuncionales		Rasgos de personalidad		Sintomatología depresiva
	5 casos	M. Físico y Emocional	Abandono y Negligencia	Afectiva	Déficit relacional	Disforia y Autoestima negativa
		2 casos	3 casos	3 casos	2 casos	5 casos

Elaborado por Tania Nieto (2013).

3.3.2 PLANIFICACIÓN.- Los pacientes seleccionados para este programa, participaran de intervenciones psicoterapéuticas individuales, con un total de 15 sesiones y con una duración de una hora cada sesión; bajo las siguientes instancias:

- En primer lugar, se brindará sesiones de psicoeducación sobre su problemática, seguida de sesiones la biblioterapia.
- En segundo lugar, se realizará una reestructuración cognitiva.
- En tercer lugar, se les proporcionará técnicas de autocontrol y se les enseñará a programar actividades agradables. Brindando apoyo emocional frente a su problemática.
- Por último, se realizará un entrenamiento en habilidades sociales (solución de conflictos y asertividad) y en mejora de la autoestima.

3.3.3 OBJETIVOS.- Se plantea objetivos, proponiendo metas de asesoramiento, alivio sintomático y su influencia sobre la personalidad; con sus respectivas técnicas en función de dichos objetivos.

3.3.3.1 Objetivo general:

- ❖ Restablecer el estado emocional y funcional de niños/as víctimas de maltrato infantil con sintomatología depresiva.

3.3.3.2 Objetivos específicos:

- ❖ **Asesoramiento:**

1. Orientar sobre la problemática del paciente.
2. Resolver conflictos intra e interpersonales.
3. Promover el desarrollo personal en autoestima.

❖ **Sintomáticos:**

1. Brindar apoyo emocional.
2. Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.
3. Adquirir conductas adaptativas (asertividad).

❖ **Personalidad:**

1. Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

3.3.4 TÉCNICAS PARA ORIENTAR SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE.

Todas las estrategias de intervención que se presentan en este programa pueden utilizarse con niños que presenten sintomatología depresiva. La elección de las intervenciones con las que se empieza el tratamiento está determinada por factores como la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, la gravedad de su depresión y las capacidades que requiere la técnica.

Lineamientos de objetivos y técnicas:

	OBJETIVOS	TECNICAS
Asesoramiento.	Orientar sobre la problemática del paciente.	1) Psicoeducación. 2) Biblioterapia en sintomatología depresiva.
	Resolver conflictos intra e interpersonales.	1) Biblioterapia en asertividad y solución de conflictos.
	Promover el desarrollo personal en autoestima.	1) Técnicas de autoestima.
Sintomáticos.	Brindar apoyo emocional.	1) Técnicas de apoyo emocional.
	Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.	1) Técnicas de autocontrol. 2) Detección de pensamientos irracionales. 3) Programación de actividades agradables.
	Adquirir conductas adaptativas.	1) Entrenamiento de habilidades sociales en asertividad y solución de problemas.
Personalidad.	Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.	1) Restructuración cognitiva. 2) Biblioterapia en pérdida afectiva y maltrato infantil.

Elaborado por Tania Nieto (2013).

3.3.4.1. Psicoeducación.



Lo que se busca con la psicoeducación es enseñar a los niños conceptos básicos sobre la depresión y al mismo tiempo enseñar herramientas de afrontamiento para situaciones intensas.

3.3.4.1.1 El detective de las emociones (comprobación de hipótesis).- Se le explicará al niño sobre de lo que trata la depresión y sus formas de manifestarse, realizando el siguiente ejercicio:

“¿Sabes lo que hace un detective o un investigador privado? Un investigador privado busca pistas o pruebas que le permitan responder preguntas. Estas preguntas pueden ayudarle a resolver misterios o a encontrar objetos o personas desaparecidas. Los investigadores privados hacen averiguaciones sobre lo que ha pasado, toman nota de lo sucedido, reúnen todos los hechos y elabora una respuesta

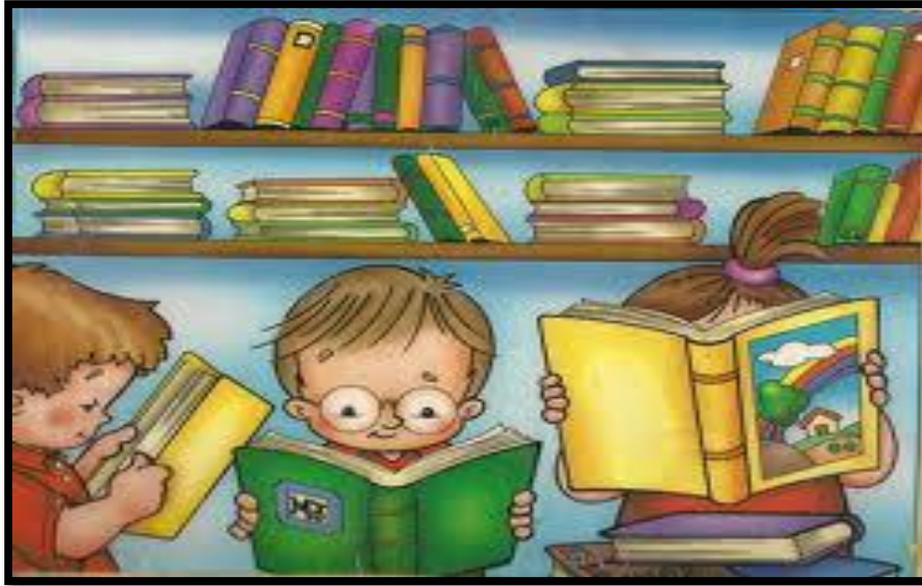
a partir de sus investigaciones. Nosotros vamos a trabajar como si fuéramos detectives privados, recogiendo pistas que nos permitan responder a la pregunta ¿Es correcta mi hipótesis/suposición? Esto nos ayudará a responder preguntas sobre tus problemas, a contrastar las pruebas que tenemos y asegurarnos de que todo encaja. Así que vas a ser un investigador privado que intente averiguar qué hay de cierto en las cosas que te dices a ti mismo”. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 258).

Después de presentar la técnica del detective privado, debemos ilustrarla con un ejemplo de la vida del niño. Esto nos permite graduar la tarea y dar pie al trabajo independiente del niño. Podemos enseñar al niño a hacer gráficos con las pruebas que apoyan la hipótesis en un cien por cien. Y en otro extremo, deben escribir los hechos que contradicen la hipótesis. Es importante que estas listas sólo incluyan hechos y no opiniones. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 258, 260).

3.3.4.1.2 Distinción entre emociones y pensamientos (automonitorización).- A muchos niños deprimidos la intensidad de su depresión hace que les cueste detectar pensamientos y emociones. En estas circunstancias, debemos asumir un papel más activo y directivo en el proceso de automonitorización. Hay muchos motivos que pueden hacer que los niños deprimidos tengan dificultades para hablar de sus emociones. Algunos niños pueden avergonzarse de sus sentimientos. En estos casos debemos buscar las creencias que hacen que no los manifiesten (¿Qué podría pensar de ti si me dijeras lo que te pasa por la cabeza? ¿Cómo crees que reaccionaría?). A otros niños puede preocuparles verse desbordados por

la intensidad de sus emociones y pensamientos. Creen que si hablan de ellos se deprimirán aún más y no serán capaces de controlarlos. Una buena estrategia en estos casos es contrastar esas creencias (¿Qué temes que pueda pasar si me dices lo que te pasa por la cabeza?) y ayudar al niño a expresar gradualmente pequeños fragmentos de sus pensamientos y emociones para que vaya ganando confianza en su capacidad de autocontrol. El pesimismo y la desesperación también pueden dificultar la comunicación de las emociones y los pensamientos. En otras palabras, la incapacidad para detectar pensamientos y emociones puede tener su origen en la propia depresión. En estos niños, es necesario centrarse de manera inmediata y directa en su pesimismo y su desesperación (¿Qué puede hacer que las cosas cambien? ¿Qué puede provocar cambios? ¿Cómo te ayuda el hecho de no identificar tus pensamientos y emociones?). (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 251, 252).

3.3.4.2 Biblioterapia.



La Biblioterapia busca lograr en el niño que identifique su situación en la lectura, que logre expresar a través de ella sus situaciones conflictivas y al mismo tiempo logre encontrar soluciones a sus problemas.

3.3.4.2.1 Biblioterapia en sintomatología depresiva.

- **Actividad # 1.- “El cuento del burro”,** (Armando Acosta, 2002, citado por Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 22).

Un día, el burro de un granjero cayó a un pozo. El animal estuvo horas y horas rebuznando tristemente, mientras el hombre reflexionaba sobre qué hacer. Por fin decidió que el animal era viejo, y que de todas maneras había de cerrar el pozo; no valía la pena sacarlo de allí.

De manera que llamó a todos sus vecinos para que vinieran a ayudarlo. Todos cogieron palas y empezaron a tirar tierra al pozo. Cuando el burro se dio cuenta de lo que estaban haciendo, empezó a dar unos chillidos horribles. Y luego, ante el asombro general, se calmó. Unas cuantas paladas más tarde, el granjero miró al fondo del pozo. Y se quedó

<p>asombrado por lo que estaba viendo. El burro se sacudía la tierra del lomo y subía por el pozo sobre el montón creciente.</p> <p>Los vecinos del granjero siguieron echando tierra sobre el animal, y cada vez se la sacudía y subía otro poco. En poco tiempo, el burro llegó al borde, salió del pozo y se fue trotando tan feliz.</p>	
<p>Reflexión.</p>	<p><i>“Algo parecido puede sucedernos en nuestra vida. La vida nos tira a veces tierra, todo tipo de tierra; lo mejor es saber sacudirse esa tierra y usarla para dar un paso hacia arriba. Así, cada uno de nuestros problemas es un escalón”.</i></p> <p>Recordar al niño estas reglas para ser feliz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liberar el corazón del rencor. 2. Liberar la mente de las preocupaciones. 3. Vivir con sencillez y valorar lo se tiene. 4. Dar más de uno mismo.
<p>Conclusión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____

3.3.4.2.2 Biblioterapia en pérdida afectiva y maltrato infantil.

- **Actividad # 1.- “La pérdida”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.1).

A nuestra amiguita María, nadie la podía consolar. Un enorme camión mató a su querido perrito, “chico”. Gritaba, lloraba, tenía rabia con todos. No entiende por qué tuvo que

sucedier. Lo que pasó es horrible, injusto y triste. Nosotros entendemos a María porque sabemos qué cualquier pérdida duele muchísimo.

Tú sabes lo mucho que le duele a una persona cuando pierde algo como un juguete, un amigo, un lápiz o la atención de alguien. Tú, ahora, has perdido mucho más. Puedes haber perdido a familiares, amigos y cosas que querías mucho. Puedes haber perdido tu casa, tu pueblo... todo lo que tenías. Sabemos que te duele mucho, pero mucho. El primer paso para recuperarte es darte cuenta de todo lo que perdiste.

Para trabajar con el niño:

Dibuja o escribe aquí algunas de tus pérdidas más importantes.

- **Actividad # 2.- “Tu dolor”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.2).

Juanito tiene cinco años. Su abuela le acaba de regalar un delicioso chupete con sabor a fresa. Le había dado dos chupadas bien sabrosas cuando se le cayó en el barro, al ver esto su madre le dice: “ ¡No seas bobo! No vale la pena llorar tanto por un estúpido chupete”. Ella todavía no entiende que cualquier pérdida duele, aunque sea pequeña, y tú pérdida te duele muchísimo. Los niños saben mejor que los grandes cómo hablar del dolor que sienten cuando pierden algo. También los niños pueden recuperarse de una pérdida más rápido que los grandes. Cuando te sientas triste, o con rabia, o con miedo, puedes hablar de lo que sientes; no hay nada malo en ello, aunque alguien trate de callarte. Y cuando ya no sientas tristeza o el miedo o la rabia, no tienes que decir lo que sientes para darles gusto a los demás.

Para trabajar con el niño:

¿Qué sentiste en el momento de la pérdida?

¿Qué sientes ahora cuando te pones a pensar en la pérdida?

- **Actividad # 3.- “Tu valor”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.5).

A nuestra amiga Inesita, se le murió su mamá de una horrible enfermedad. Y después, como si fuera poco, en todo le iba mal: sacaba malas notas en la escuela, peleaba con sus amigos y cada rato su papá y su tía le regañaban. Ella es una niña linda, inteligente y amable; antes de la muerte de su mamá se sentía así: linda, inteligente y amable. Pero ahora se siente fea, bruta y necia. ¿Es que ella ha cambiado?

Después de cualquier tragedia, uno queda muy inquieto, no se puede concentrar, tiene problemas con otros. Esto caso siempre pasa durante un tiempo. Pero si la persona se convence de que es así para siempre, eso no está bien porque no es la verdad.

¡Tú vales! ¡Tú vales mucho! Eres una bella y valiosa personita y una creación de Dios. Ninguna tragedia que sufras puede cambiar lo que eres y lo mucho que vales. Así te hayas portado mal, sigues siendo bueno y puedes portarte mejor cuando quieras y cuando pienses en todas tus cualidades.

Escribe una lista de tus cualidades, es decir, las cosas bonitas que otras personas han dicho de ti y de lo que haces muy bien.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

- **Actividad # 4.- “Tu fe”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.11).

Tenemos una linda perrita que se llama Ñeca, de vez en cuando le damos algunos huesos para que juegue y limpie sus dientes. Además de Ñeca, viven en la casa con nosotros 25 lindos peces en un tanque o acuario grande. Cada día los alimentamos con buena comida y a veces con lombrices y moscas frescas. A la hora de comer, todos los peces suben a la superficie para recibir su comida. De vez en cuando cambiamos los filtros y las plantas para que el agua siempre esté limpia. Si un pescado se enferma, lo aislamos y le damos los remedios necesarios.

Si los peces pudieran pensar, se darían cuenta que nunca les falta nada porque siempre estamos allá para cuidarlos. A veces se enferman, muchas veces sienten hambre, pero siempre estamos pendientes, aunque lo peces no lo sepan.

Nuestro mundo es como un inmenso acuario. Nosotros a veces sentimos hambre, dolor, tristeza u otras cosas, y creemos que a nadie le importa. Pero siempre, siempre está alguien que cuida todo: nuestro Dios. Podemos tener fe, es decir, saber que Dios nos ama y que nos está cuidando cada momento.

¿Sabías que puedes hablar con Dios? Puedes agradecerle por lo que te ha dado, puedes decirle que lo quieres y puedes pedirle lo que necesites para ti y para otros. El obra en muchas formas, a través de las personas que te cuidan, de los árboles que te dan sus frutos, de los animales que te dan de comer, de la tierra, del sol y de la lluvia que hacen crecer la cosecha. Pero también Dios obra directamente contigo; si hablas con él, te contestará y llenará tu corazón con amor.

Para trabajar con el niño:

Escribe ahora una carta a Dios_____

- **Actividad # 5.- “Tus recuerdos”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.15).

Hace poco Mariana estuvo de paseo con su familia, cuando el carro fue chocado por detrás por un bus. Mariana, su mamá y su hermanito estaban en el asiento trasero y quedaron heridos. Los tres se fueron al hospital por varios días. Ahora todos se han recuperado pero Mariana ha quedado con miedo a los carros y casi todas las noches se despierta asustada por estar soñando con accidentes.

Tú también sufriste una tragedia y probablemente tienes pesadillas y otros feos recuerdos. Y es peor aún cuando todo el mundo dice que puede suceder otra vez. Todo esto les pasa a muchas personas. Cada que sufre una tragedia tiene malos recuerdos. Es parte de la curación de la mente parte de tú recuperación.

Cuando tengas estos recuerdos y pesadillas o sientes este miedo, puedes busca a quién comentárselos y pedir consuelo. Si alguien te dice que eres bobo o boba por tener estos recuerdos, busca a otra persona.

Para trabajar con el niño:	Escribe o dibuja tu recuerdo feo más común.
----------------------------	---

- **Actividad # 6.- “Tus sentimientos”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.17).

Misifú, el gatito de Juanita, ha desaparecido. No se sabe cómo se escapó esta tarde, si fue porque su mamá dejó abierta la ventana o porque Juanita se descuidó cuando llegó de la

escuela, pero lo cierto es que Misifú no está y Juanita se siente muy mal.

¿Qué crees que siente Juanita? ¡Tienes razón! Siente mucha tristeza. Ha perdido a su mejor amigo y no hace sino llorar. También siente rabia y ganas de pegarle a algo o a alguien: rabia con mamá, con la mala suerte, con Misifú y consigo misma. También se siente culpable por lo que pasó, por no haber tratado mejor a Misifú antes y por gritar a su mamá. También siente miedo a que no regrese su gatito o a que algo le pase.

Todos estos sentimientos están revueltos: ella no sabe qué sentir o pensar y se confunde aún más cuando los grandes le dicen lo que debe o no debe sentir.

Muchas veces los grandes dicen a los niños:

- No seas gallina.
- Estás llorando como una niña chiquita.
- Los machos no lloran.
- Sé valiente, no tengas miedo.
- Las niñas no sienten iras.
- No llores, eso no cambia nada.

No te preocupes cuando los grandes digan estas cosas. Las están diciendo no porque tengan razón, sino porque ellos no quieren sentirse mal viéndote a ti sufrir. Ante cualquier tragedia TODOS, grandes y pequeños, sentimos TODOS los sentimientos: rabia, tristeza, miedo, y culpa. Es lo más humano y tienes derecho a sentir todo lo que sientes y contárselo a otros. Tus sentimientos no son malos, son parte de ti.

Tus sentimientos en sí no son malos. Lo que haces con ellos puede causarte problemas. Si te los tragas y los guardas para ti solo, dentro de ti, te puedes hacer mucho daño en el cuerpo. Si te alborotas con ellos, gritando, pegando, encerrándote o haciéndote daño a ti mismo o a otros, también te puede ir mal. Pero si tú le cuentas a una persona de confianza lo que sientes, él o ella te pueden ayudar a entender mejor las cosas y te aliviarás.

Escribe aquí lo que más has sentido.

- ¿Tengo miedo cuando?
- ¿También tengo miedo cuando?
- ¿Tengo rabia cuando?
- ¿También tengo rabia cuando?
- ¿Me siento triste cuando?

	<ul style="list-style-type: none"> - ¿También me siento triste cuando? - ¿Me siento culpable cuando? - ¿También me siento culpable cuando? <p>Ahora, ¿A qué persona de confianza le vas a mostrar esta lista?</p>
--	--

- **Actividad # 7.- “Tu crecimiento”.** (Gilbert Brenson Lazán y Ma. Mercedes Sarmiento, Y ahora... ¿Cómo hago?, 1987, p.27).

Nuestro amigo Julián no sabe qué hacer. Le han regalado una linda mesa para que haga sus tareas. Es una mesa grande y bonita, pero tiene un problema: cojea. No puede hacer sus tareas en ella porque se mueve mucho. Él mira y mira y ve que todas las patas son fuertes. Finalmente descubre cuál es el problema. ¿Puedes adivinar? La mesa es grande, fuerte y bonita, pero no sirve como debe servir porque una pata es un poco más corta que las otras. Tú eres como una mesa grande, fuerte y bonita. Pero en lugar de tener cuatro patas, tienes cuatro partes de ti que sostiene tu vida. Tienes una parte física para gozar, cuidar y hacer crecer: tu cuerpo. Tienes una parte mental para gozar, cuidar y hacer crecer tu inteligencia y tus sentimientos. Tienes una parte social para gozar, cuidar y hacer crecer: lo que haces por tus familiares y tus otros amigos. Tienes una parte espiritual para gozar, cuidar y hacer crecer: tu amistad con Dios y con toda su creación.

Después de una tragedia, muchas personas se ponen cojas como la mesa de Julián: se olvidan de gozar, cuidar o hacer crecer una o más de sus partes. Queremos que tú sigas gozando, cuidando y haciendo crecer a tus partes así:

FISICA:

- Comer bien.
- Dormir al menos ocho horas cada noche.
- Bañarte y arreglarte frecuentemente.
- Jugar y correr mucho.
- Consentir tu cuerpo.

MENTAL:

- Poner atención en clases.
- Hacer tus tareas juiciosamente.
- Hablar con alguien de confianza sobre lo que sientes.
- Decidir por ti mismo lo que quieres ser y hacer.

SOCIAL:

- Ser buen hermano, hijo y amigo.
- Conseguir nuevos amigos y amigas.
- Amar y compartir con los demás.
- Defender tus derechos sin pegar.
- Respetar los derechos de los demás.

ESPIRITUAL:

- Cada día hablar unos minutos con Dios.
- Gozar el sol, la luna, el aire y las estrellas.
- No dañar el agua, plantas o los animales.
- Gozar y cuidar tus cosas y las de los demás.
- Recordar que Dios te quiere.

Para trabajar con el niño:

¿Cuál de las cuatro partes has de gozar, cuidar y hacer crecer?

En la lista de arriba, marca lo que vas a hacer de ahora en adelante para no seguir cojeando.

- **Actividad # 8.- “Las palabras mágicas de Puchungo”.** (CONFIE, 2013, citado en Cultura de crianza-MIES, 2013, p.67).

Había una vez una niña que se llamaba Sofía...

Sofía tenía un perrito llamado Puchungo. Sofía y Puchungo salían al parque, jugaban juntos, se reían mucho, saltaban charcos de agua... Pero a veces, sin ton ni son, Sofía se molestaba y le gritaba a Puchungo. ¡Cállate, perro tonto!... ¡Me tienes harta! Puchungo no entendía. Miraba a Sofía con ojos tristes y se quedaba calladito a sus pies. Entonces, Sofía agarraba un palo, ¡Toma, para que aprendas a obedecer! El perrito se escondía detrás de unas piedras llorando. Pero un día, Puchungo no aguantó más, ¿Por qué me pegas si soy tu amigo? A lo que la niña respondió: porque... porque en casa también me pegan a mí. Y el perrito le contestó: no me pegues, yo te quiero mucho. Entonces Sofía comprendió que a los animales hay que tratarlos con mucho cariño. Perdóname, Puchungo, susurró la niña. A lo que Puchungo le respondió: escucha, Sofía, te voy a enseñar unas palabras mágicas. Cuando alguien te grite o quiera pegarte las dirás. El perrito le dijo al oído las palabras mágicas y Sofía, muy contenta, regresó a su casa.

¿Dónde estabas metida, Sofía? Jugando con Puchungo, mamá. ¡Con ese perro sucio! dijo su madre. Pero, mamá... contestó Sofía. ¡Cállate, niña tonta!... ¡Me tienes harta!, mencionó su madre. Sofía recordó las palabras mágicas... ¡Mariposa, mariposa! ¿Qué dices?... ¿Cuál mariposa?, responde la madre. A lo que mencionó la niña: tú me das un grito, yo te doy una rosa. La madre quedó sorprendida con el amor de su hija Sofía. ¡Perdóname, hijita. Yo te quiero mucho. Nunca más te voy a gritar!

Entonces, llegó el padre de Sofía. Venía cansado y de muy mal genio. ¡Hola, papá!, saluda la niña. Respondiendo su padre: ¡No fastidies. Vete a tu cuarto y no molestes! Pero, papá... ¿Es que no entiendes, niña tonta?... ¡Ahora vas a aprender a obedecer! El papá ya estaba levantando la correa, cuando Sofía repitió las palabras mágicas... ¡Mariposa, mariposa! ¿Qué dices?... ¿De qué mariposa hablas? Tú me das un golpe yo te doy una rosa. El padre quedó sorprendido con el amor de su hija Sofía. ¡Hija, perdóname... Yo te quiero mucho.

Nunca más te voy a pegar! ¿Y si te olvidas, papá? No, nunca más lo olvidaré, mencionó su padre. Entonces, fue Puchungo el que habló: Si a tu papá se le olvida, yo se lo recordaré. El papá abrazó a la hija y a la mamá con mucho cariño. Y el perrito Puchungo movió la cola contento, porque en esa casa nunca más se escucharon gritos ni golpes. Y colorín colorado, el cuento de Sofía se ha acabado.

<p>Para trabajar con el niño:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo trata Sofía a Puchungo? ¿Por qué? ¿Cómo le responde Puchungo? - ¿Cómo te gustaría que te traten tus papás, y personas mayores? - ¿Qué pueden hacer las niñas y los niños cuando las personas mayores los tratan mal? - ¿A quiénes pueden pedir ayuda si recibes maltrato? - Escribe lo que aprendiste de esta historia. - Dibuja o escribe lo que más te gustó de la historia.
-----------------------------------	---

3.3.4.2.3 Biblioterapia en solución de problemas.

- **Actividad # 1.- “Llevarse bien”.** (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 112,113).

Relacionarse bien con la gente que nos rodea es algo importante en la vida. Habrás observado que algunos niños y niñas de tu edad tienen mucha facilidad para entenderse bien con todo el mundo. Parece que tienen un arte especial. A otros les cuesta mucho y no lo consiguen. No es que sean malas personas, es que no saben cómo arreglárselas cuando tratan con los otros.

<p>¿Has observado qué cualidades tienen las personas que saben relacionarse bien?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) _____</p>
---	---

¿Por qué algunos niños y niñas tienen problemas para relacionarse y entenderse con los de su edad?	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
¿Cómo te llevas con las personas que te rodean?	a) Bien. b) Regular. c) Mal
En tus relaciones con los demás.	a) ¿Cuáles son tus principales virtudes? b) ¿Cuáles son tus principales defectos?
Reflexión.	<i>“Unas buenas relaciones se fundamentan en: reconocer las cualidades de los demás; respetar y aceptar a los demás como son; ser amable y saber escuchar y comprender”.</i>
Conclusión.	1. _____ 2. _____ 3. _____

- **Actividad # 2.- “Ayudando a los demás”.** (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 120, 121).

<p>Leandro tiene una pierna mal, sobre la que apenas puede apoyarse. Cuando va de un sitio para otro no puede llevar mucho peso. Ayer estaba en la biblioteca y quería llevarse unos libros para su casa, ya que le gusta mucho leer y escribir cuentos e historias. Susana, su vecina, le acompañó y le llevó los libros. Leandro se siente muy agradecido, porque gracias a ella puede practicar su afición favorita: la lectura. Por su parte, Susana está muy contenta, porque se siente útil ayudando.</p>	
¿En qué puedes, tú ser útil a tus compañeros?	a) _____ b) _____ c) _____

¿Has ayudado a alguno de tus amigos en estos últimos días? ¿En qué has ayudado?	a) _____ b) _____
¿Necesitas algunas veces la ayuda de los demás? ¿En qué necesitas ser ayudado?	1. _____ 2. _____ 3. _____
Reflexión.	<i>“Es bueno que los compañeros y amigos se ayuden unos a otros. Las cosas resultan así más fáciles y mejor para todos”.</i>
a) Conclusión.	1. _____ 2. _____ 3. _____

- **Actividad # 3.- “Así, no”.** (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 123,124).

Noelia y Esther se están peleando, mientras sus amigos miran con cara de asombro. Empezaron a discutir porque Noelia olvidó en su casa la libreta de matemáticas de Esther y hoy tiene un examen. Esther se puso tan furiosa que no quiso oír explicaciones de ningún tipo y se puso a insultar a Noelia y a decirle cosas que le molestaron mucho. Y así empezó todo.	
Si te hubiera pasado lo mismo que a Esther, ¿Cómo habrías reaccionado?	a) _____ b) _____
¿Cómo deberían haber actuado estas dos compañeras?	a) _____ b) _____
Cuando se presentan problemas entre compañeros. ¿Cómo hay que proceder?	1. _____ 2. _____ 3. _____
¿Tienes algún problema con tus compañeros que no sabes cómo solucionar?	a) _____

Reflexión.	<i>“Solucionar los problemas que se nos plantean con los amigos y compañeros es muchas veces más difícil que dar solución a los que se plantean en las materias de clase”.</i>
Conclusión.	1. _____ 2. _____ 3. _____

3.3.4.2.4 Biblioterapia en asertividad.

- **Actividad # 1.- “Aprendiendo a respetar”.** (Daniel Goleman, Dinámicas y actividades para sentir y pensar, 2001, p. 151).

Objetivo.- Enseñar al niño que es importante respetar a nuestros compañeros, si queremos que ellos nos respeten a nosotros.	
Actividades sobre el fotocopiable. (Ver anexo # 4, “Aprendiendo a Respetar”).	Observando el fotocopiable, el niño tendrá que colorear de azul los marcos de aquellas conductas que reflejen respeto a los demás, y de naranja aquellas que considere que están mal hechas porque se está molestando a los demás: ensuciar el suelo, dejar el baño sucio, mojar a los demás si pisamos un charco. Después, el niño explicará la actividad coloreada.
Materiales.	1. Fotocopiable. 2. Lápices de colores.
Reflexión.	<i>“El respeto a los demás es una norma básica en las habilidades sociales. Para ello, el niño debe, poco a poco, ir siendo capaz de</i>

	<p><i>ponerse en el lugar de las otras personas. Con este entrenamiento podrá desarrollarse como adulto sensible a los sentimientos ajenos”.</i></p>
--	--

- **Actividad # 2.- “Puedo equivocarme”.** (Daniel Goleman, Dinámicas y actividades para sentir y pensar, 2001, p. 154).

<p>Objetivo.- Hacer saber al niño que todos podemos cometer errores, que no se espera de nosotros que lo hagamos todo a la perfección. Enseñarle que no debe hundirse.</p>	
<p>Actividad.</p>	<p>El niño contará algún hecho reciente en el que recuerde haber hecho algo que le ha salido mal. El terapeuta hará ver al niño que no pasa nada porque las cosas, a veces, salgan mal, y que lo importante es reconocer las equivocaciones para mejorar. La actividad se complementa si el terapeuta es el primero que realiza el ejercicio, actuando como modelo para el niño.</p> <p>Posteriormente se repetirá el ejercicio pidiendo al niño que cuente algo que haya hecho muy bien. Así, se podrá comentar que todo el mundo hace las cosas mal, que “nadie es perfecto”.</p>
<p>Reflexión.</p>	<p><i>“Un niño debe saber que no es necesario ser perfecto, ni ser el número uno, que puede decir</i></p>

	<p><i>“no entiendo”, “lo he hecho mal”, “me he equivocado”, “no lo sé”, etc., sin sentirse mal o sentir miedo al confesarlo”.</i></p>
--	---

3.3.4.3 Detección de pensamientos irracionales.



Al identificar pensamientos en el niño, permitirá que el niño se dé en cuenta rápidamente de por qué lo realiza, de la relación que tiene con su problema y del resultado que pueden obtener. Para la identificación de pensamientos se puede aplicar un registro diario de pensamientos, este registro puede ser llenado cuando el niño describe las circunstancias que le preocupan y los pensamientos y emociones asociados. Los niños y adolescentes necesitan instrucciones concretas para rellenar sus registros diarios de pensamientos. Hay que explicarles cómo rellenar los espacios reservados a las emociones o a las situaciones. Las situaciones incluyen descripciones objetivas de lo que sucede. La situación es el acontecimiento que el niño explica o sobre el que emite juicios y extrae conclusiones. Es importante comprobar que la situación sea una descripción relativamente objetiva y que no contenga pensamientos automáticos. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, pp. 124, 129).

3.3.4.3.1 Registro de pensamientos. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 130).

Situación	Emoción	Pensamiento
El profesor me dijo que no prestaba atención en clase.	Tristeza	No le caigo bien, ha sido malo diciéndome eso. Me ha hecho sentirme como un tonto y no creo que pueda hacer mis deberes, así que no a dejar de pensar que soy un estúpido.

3.3.4.4 Restructuración cognitiva.



La restructuración cognitiva pretende enseñar al niño a detectar y a modificar pensamientos distorsionados relacionados con la depresión, tales como sentimientos de culpa, de inseguridad, de inutilidad, de desinterés, etc.

3.3.4.4.1 Alto y pienso (decatastrofización).- Contrarrestar el pensamiento catastrófico puede ser útil para suavizar las predicciones de los niños disminuyendo su tendencia a sobrestimar la magnitud y la probabilidad de ocurrencia de los peligros que perciben. Se suele hacer utilizando una serie de preguntas secuenciales que incluyen: ¿Qué es lo peor que puede pasar?; ¿Qué es lo mejor que puede pasar?; y ¿Qué es lo más probable que ocurra? Se enseña al niño no sólo a detener el pensamiento negativo, sino a evocar uno de esos pensamientos agradables que le hacen sentir bien. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 172).

3.3.4.4.2 Someter a prueba de evidencia (comprobación de evidencias).- Anima a los niños a evaluar los hechos que apoyan sus creencias y los hechos que las cuestionan. La comprobación de evidencias es una estrategia muy útil para cuestionar las sobregeneralizaciones, las conclusiones equivocadas y las inferencias mal fundamentadas.

La primera tarea que debemos llevar a cabo es ayudar al niño a acceder a los motivos que le han llevado a esclarecer sus conclusiones. Preguntas como: ¿Qué es lo que te convence al cien por cien de que lo que piensas es verdad?; ¿Qué es lo que te convence sin que te quede ni una sombra de duda?; ¿Qué hechos apoyan absolutamente tu conclusión?; y ¿Qué te hace estar completamente seguro?, estas preguntas pueden facilitar este proceso.

En segundo lugar, el terapeuta y el niño deben buscar evidencias que contradigan las creencias. En esta fase, podemos ayudar al niño a buscar hechos que siembren duda en sus conclusiones. El niño puede necesitar mucha ayuda para generar evidencias en contra, especialmente si está deprimido. Preguntas como: ¿Qué te hace dudar de tu conclusión?; ¿Qué hechos hacen que estés menos seguro de tu conclusión?; preguntas que pueden ser útiles.

En tercer lugar, se anima al niño a considerar explicaciones alternativas de los hechos en los que apoya sus conclusiones. Como todos podemos reconocer, cualquier explicación alternativa de los hechos que en un principio apoyaban absolutamente unas conclusiones puede sembrar dudas sobre su exactitud. Pueden ser útiles preguntas como: ¿Qué otra manera hay que ver, que no sea tu conclusión?; ¿Qué otra cosa podría significar esto además de tu conclusión?

En la última fase de la comprobación de evidencias, animamos al niño a extraer una conclusión a partir de los hechos que apoyan su creencia, los hechos que la cuestionan y las

explicaciones alternativas. Después de llegar a esta nueva conclusión, animamos al niño a que puntúe sus emociones para valorar el impacto de su nueva interpretación. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 172, 173).

3.3.4.4.3 Mis pensamientos mariposa.- Es un ejercicio que utiliza una analogía natural. Utiliza la similitud de una mariposa para ilustrar el concepto del cambio. El niño aprende rápidamente que las orugas se convierten en mariposas. Esta analogía es una forma de sembrar la idea de que puede haber metamorfosis personales. Este ejercicio ayuda al niño a aprender a cambiar un pensamiento oruga por un pensamiento mariposa.

El terapeuta brinda la siguiente consigna para este ejercicio:

“¿Sabes lo que es una mariposa? Pues una mariposa empieza siendo una oruga. Entonces cambia y pasa a ser una mariposa. ¿No es fantástico? La oruga se convierte en una mariposa. Es importante que sepas que puedes cambiar las explicaciones que te das a ti mismo de lo que te pasa. Las cosas que te dices a ti mismo cuando te sientes mal, como “no valgo nada”, “nadie me quiere” o “voy a hacer el ridículo”, son tus pensamientos oruga. Aún no se han convertido en pensamientos mariposa. Quiero que intentes convertir esos pensamientos oruga en pensamientos mariposa”. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 148, 149).

Registro de pensamientos mariposa. (Gráfico tomado de Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 150).

Acontecimiento.	Emoción.	Pensamiento oruga. 	¿Puede cambiarse el pensamiento oruga por un pensamiento mariposa?	Pensamiento mariposa. 
<p>Situación o acontecimiento:</p> <p>“Olvidé hacer mis deberes y mi papá y mi mamá se enfadaron conmigo”.</p>	<p>Emoción que acompaña al acontecimiento:</p> <p>“Triste”</p>	<p>Pensamientos inadecuados o disfuncionales:</p> <p>“Me odian porque creen que soy un vago”.</p>	<p>Brinda las alternativas SI o No:</p> <p>“Si”</p>	<p>Pensamientos de afrontamiento:</p> <p>“Olvidé hacer mis deberes. Tengo que esforzarme más para acordarme de las cosas. Están decepcionados conmigo, pero siguen queriéndome”.</p>

3.3.4.5 Programación de actividades agradables.



Generalmente los niños deprimidos, presentan tendencia a la inactividad y a la pérdida del interés en su vida cotidiana. Siendo así que, el programar actividades agradables pueden aliviar la depresión en el niño; para lo cual, es necesario que el niño se comprometa a llevarlas a cabo, como parte de su recuperación.

1.- Programación de acontecimientos agradables: La programación de acontecimientos agradables se utiliza para aumentar la cantidad de refuerzos positivos presentes en la rutina diaria de los niños poco activos. Para programar acontecimientos agradables se utiliza un horario parecido a una agenda. Generalmente, se pone los días de la semana a lo largo de la hoja y las horas del día en una columna en el lado izquierdo. Este tipo de rejilla deja celdas en blanco que corresponden a momentos del día y días de la semana. El terapeuta y el niño programan juntos varias actividades agradables que se deben realizar a lo largo de la semana. La idea es aumentar los refuerzos que el niño obtiene en su vida cotidiana. por otro

lado, las actividades agradables, pueden aliviar la depresión del niño. Es muy importante establecer cuáles van a ser las actividades y conseguir que el niño se comprometa a llevarlas a cabo durante la semana. Los niños deprimidos pueden no estar motivados para realizar actividades agradables, lo que puede hacer necesario un esfuerzo considerable para llevar a cabo la tarea. A los niños de más edad y a los adolescentes, simplemente se les invita a registrar sus actividades agradables en los espacios que corresponden al momento del día en que las hacen. También podemos pedirles que puntúen su estado de ánimo antes y después de las actividades. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 166).

2.- Formulario de compromiso personal. (Juan Fernández Marín, *Autoestima y Maltrato*, 2004, p. 23).

Planeo hacer lo siguiente:

Lo haré por esta fecha: _____

Creo que es importante debido a:

3.- Registro de actividades agradables. (Juan Fernández Marín, *Autoestima y Maltrato*, 2004, p. 24).

Ponga una equis (X) a las actividades que hizo el día de hoy o le gustaría realizarlas.

	Lun.	Mart.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.
Vestirme con ropa que me gusta.							

Escuchar la radio.							
Observar a la gente.							
Mirar las nubes.							
Comer buenas comidas.							
Estar fuera de la casa (campo, parque...).							
Cuidar plantas.							
Tratar que las personas muestren interés en las cosas que digo.							
Ver qué cosas buenas ocurren a familiares o amistades.							
Halagar / dar un cumplido a alguien.							
Hablar de deportes / eventos actuales.							
Ver paisajes bonitos.							
Salir a caminar.							
Hacer una nueva amistad.							
Jugar a cartas o al ajedrez.							
Mirar una puesta de sol.							
Aprender algo nuevo.							
Coleccionar cosas.							
Que me pidan consejos.							
Leer libros de religión.							
Estar con mis familiares.							
Ayudar a alguien.							
Arreglar mi habitación.							
Hablar por teléfono.							
Recibir un cumplido.							
Leer libros o revistas.							
Soñar despierto(a).							
Mirar televisión.							
Ayudar a preparar alguna comida nueva o especial.							
Solucionar un rompecabezas, crucigrama...							
Tomar una ducha caliente.							
Recordar, hablar de viejos tiempos.							
Escribir historias, poesías, música.							
Pasar tiempo con animales.							
Pasar tiempo con amistades.							
Cantar.							
Ir a la iglesia (culto).							
Leer el periódico.							
Hacer ejercicio.							
Escuchar música.							
Hacer la tarea escolar al aire libre.							
Ir al peluquero o salón de belleza.							
Decir oraciones o rezar.							
Sentarse a tomar el sol.							
Estar tranquilo(a) y callado(a).							

Escribir cartas, tarjetas, o notas.							
Escuchar cantar a los pájaros.							
Ir a la biblioteca.							

Otras actividades que me agradan:

4.- Registro de actividades que afectan o favorecen al estado de ánimo. (Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 25).

1. Empiece con un hecho. Algo verdadero e importante. Por ejemplo: está lloviendo, no tengo energía, estoy cansado. Escriba la situación en la línea número 5.
2. Piense en las acciones que podrían hacer que decayese su estado de ánimo. Al principio escoja una acción que disminuya su estado de ánimo a un nivel de 4, luego otra acción que disminuiría su estado de ánimo a un 3, luego a un 2, y luego a un 1. Escriba las acciones en la línea que corresponde al estado de ánimo que tendría al hacer esto.
3. Piense en acciones que le harían sentirse mejor. Piense primero en algo que le haría sentirse un poquito mejor.

9	
8	
7	
6	
5	(un hecho)
4	
3	
2	
1	

5.- Registro de actividades individuales y grupales. (Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 26).

	Actividades gratis	Actividades que cuestan dinero
Solo (a).		
Acompañado (a).		

6.- Calendario para programar actividades. (Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 27).

DIA:	DIA:	DIA:	DIA:
MAÑANA	MAÑANA	MAÑANA	MAÑANA
TARDE 12:00	TARDE 12:00	TARDE 12:00	TARDE 12:00
NOCHE 17:00	NOCHE 17:00	NOCHE 17:00	NOCHE 17:00

7.- Termómetro del estado de ánimo.- Permite medir el estado de ánimo, junto con las actividades agradables que se realiza cada día. (Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 28).

DÍA	Lun.	Mart.	Miér.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.
MEJOR ESTADO DE ÁNIMO	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
ESTADO DE ÁNIMO REGULAR	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
PEOR ESTADO DE ÁNIMO	1	1	1	1	1	1	1

Número de actividades agradables							
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

3.3.4.6 Técnicas de autocontrol.



3.3.4.6.1 Entrenamiento en relajación.- Es una técnica conductual que puede aplicarse a toda clase de problemas, sobre todo, aquellas relacionadas con la depresión. La relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938) consiste fundamentalmente en tensar y relajar alternativamente grupos musculares concretos. Wexler (1991) sugiere varias formas originales de practicar la relajación, una de ellas es las “diez velas”, en este ejercicio de relajación, Wexler invita al paciente a imaginar una fila de diez velas. El niño recibe la instrucción de apagar una vela cada vez que expulse el aire. Esta técnica es muy útil porque la forma que tenemos que soplar cuando apagamos una vela encaja con la forma de inhalar y exhalar aire en el entrenamiento en relajación. Además, visualizar que apagan una vela anima a los niños a hacer más esfuerzo cuando exhalan. Por último, la visualización hace que los niños se impliquen y les mantiene ocupados, ya que cuando se están esforzando para visualizar las velas, tienen menos espacio mental para rumiaciones. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, pp. 159,160).

3.3.4.6.2 Educación y reeducación de la respiración.- Muchos de los niños por lo general presentan en forma constante una respiración defectuosa, pues es corta y con la boca. Respirar incorrectamente tiende a aumentar la ansiedad y la agitación, contraponiéndose a la necesidad que tiene el niño de una respiración profunda y completa. Existe una estrecha relación entre psiquismo y respiración, debido a las relaciones funcionales entre los centros nerviosos que controlan la respiración y determinadas zonas corticales y subcorticales del cerebro. Sin olvidar que el control de la respiración, significa el control de las emociones. (Margarita Proaño Arias, Apuntes de psicomotricidad, 2002, p. 169).

- **Ejercicio de respiración.** (Margarita Proaño Arias, Apuntes de psicomotricidad, 2002, pp. 170-173).

Primera etapa.	Emisión de sonidos cortos y largos. Toma de conciencia de la emisión del sonido.	Emitir sonidos vocálicos largos y cortos, cerrar los ojos, sentir como se mueve el pecho, el diafragma y el tórax.
Segunda etapa.	Toma de conciencia del movimiento de la nariz y boca para la respiración. Ejercicios de soplo.	A los lados de cada fosa nasal se colocan los dedos, levantarlas lentamente y respirar de forma lenta, rápida, fuerte y despacio. Soplar sobre su propia mano. Soplos largos y cortos.
Tercera etapa.	Control de la respiración.	Tomar aire y soplar con la nariz. Soplos largos y cortos. Inspirar y soplar por varias veces. Soplar por cada fosa nasal de forma alternada, tapar con el dedo índice y soplar la fosa libre.

3.3.4.7 Entrenamiento de habilidades sociales.



Enseñar habilidades sociales al niño deprimido, ayuda mucho para su recuperación, puesto que por lo general debido a su misma problemática son niños que presentan tendencia al aislamiento social, de esta manera agudizando más su sintomatología depresiva. Por lo tanto, al proporcionar nuevas habilidades sociales, podemos ayudar al niño a iniciar interacciones con otros niños, mejorando con ello, sus relaciones interpersonales.

3.3.4.7.1 Programa de enseñanza en resolución de problemas (evaluación de ventajas

e inconvenientes).- La evaluación de las ventajas e inconvenientes de determinadas elecciones, conductas y decisiones es una intervención propia de la resolución de problemas que puede ampliar el punto de vista de los niños. En general, se intenta que los niños estudien las dos caras de un asunto y que actúen del modo que mejor sirva a sus

intereses. Hay cuatro pasos básicos para hacer una lista de ventajas e inconvenientes. En el paso 1, se identifica el asunto sobre el que el niño quiere obtener una perspectiva más amplia. En el paso 2, el niño hace una lista con todas las ventajas e inconvenientes que se le ocurran. Es posible que tengamos que empujar o instruir al niño para que estudie a fondo las dos caras de la cuestión. En el paso 3, se revisan con el niño las ventajas y los inconvenientes que se han encontrado. Pueden hacerse preguntas como: ¿Qué es lo que hace que esto sea una ventaja?; ¿Qué es lo que hace que esto sea un inconveniente?; ¿Cuánto dura esta ventaja o inconveniente?; ¿Qué valor o qué importancia tiene esta ventaja o inconveniente? En el paso 4, el niño llega a una conclusión después de tener en cuenta todas las ventajas e inconvenientes. Se recomienda ayudar al niño a exponer tanto las ventajas como los inconvenientes en su conclusión. (Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 170).

Ejemplo de evaluación de ventajas e inconvenientes. (Tomado de Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 2005, p. 170).

Hacer los deberes delante de la televisión.	
Ventajas	Inconvenientes
Es más divertido.	Me cuesta más concentrarme.
Puedo ver más la televisión.	Tardo más porque hago más descansos.
No me aburro tanto.	No tengo un lugar cómodo para escribir o para apoyar los libros y la libreta.

3.3.4.8 Técnicas de autoestima.



Trabajar en el niño autoestima, ayudará que éste aprenda a valorarse como un ser único e importante, a poder expresar libremente cualidades y habilidades sin temores, y sobre todo, a adquirir mayor confianza y seguridad en sí mismo. Logrando con ello, mejorar su estado emocional.

3.3.4.8.1 Actividad # 1.- ¿Cómo soy yo? (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 16,17).

“Todos tenemos algunas características que destacan más que otras, que nos describen y dicen cómo somos, y que son importantes para conocernos bien. Algunas de estas características son buenas y valiosas. También tenemos algunos fallos y defectos que nos molestan y nos causan algún que otro problema. Podemos sentirnos contentos de las buenas cualidades y no hay que avergonzarse de los defectos, cuando no podemos evitarlos”.

¿Cuáles son tus mejores cualidades?

a) _____

b) _____

	c) _____
Di algunas cosas que no te gustan de ti.	a) _____ b) _____ c) _____
¿Puedes cambiarlas?	SI - NO - ¿Por qué?
¿Cómo reaccionas ante las características que no te gustan? (escoge una respuesta).	a. Me da rabia. b. Siento vergüenza. c. Me resigno y me aguanto. d. Lo acepto, pero lucho por cambiar.
Di con muy pocas palabras lo más importante, lo que mejor dice cómo eres.	a) _____ b) _____ c) _____
Reflexión.	<i>“Si algún defecto se puede corregir, hay que intentarlo. Si son defectos que no se pueden evitar, trata de animarte y llevarlo con buen humor, sin vergüenza ni amargura. No pierdas nunca la ilusión por ti mismo”.</i>
Conclusión.	1. _____ 2. _____ 3. _____

3.3.4.8.2 Actividad # 2.- “Cualidades positivas”. (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 20,21).

<p>“A veces, no reconocemos nuestras buenas cualidades, ni nuestros méritos. Hay personas a las que incluso les molesta que los demás reconozcan y elogien sus valores. Y una cosa es estar todo el día alabándose, diciendo a todo el mundo lo mucho que tienen, saben o valen, y otra es ocultar o negar lo que uno tiene de bueno meritorio”.</p>
<p>Piensa en algunas de las cosas buenas que tienes y haces, y completa las siguientes frases:</p>

Soy una buena hijo o hija porque _____	
Soy un buen estudiante porque _____	
Soy un buen amigo porque _____	
Una buena cualidad mía que los demás valoran es _____	
Todavía me siento orgulloso de aquella vez que _____	
Una cosa en la que podría llegar a ser bueno y que no he intentado todavía es _____	
Lo mejor que yo pienso de mi es _____	
Reflexión.	<i>“Eres responsable de hacer muchas cosas. Seguramente, más buenas que malas. No te empeñes en ver solo las malas”.</i>
Conclusión.	1. _____ 2. _____ 3. _____

3.3.4.8.3 Actividad # 3.- “Sientes admiración por...”. (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 18,19).

<p>“Mucha gente conoce personas por las que siente admiración, les gusta cómo son y les gustaría parecerse a ellas. A veces, pasa esto mismo con personajes del cine, de la televisión, de los cuentos o de la historia. Es bueno encontrar personas que podamos admirar, porque eso nos ayuda a superarnos cada día. Esto no quiere decir que tengamos que dejar de ser y de actuar como somos, para hacer lo mismo que esas personas a las que admiramos”.</p>	
¿Admiras a alguna persona próxima, que vive y trabaja cerca de ti, a la que te gustaría parecerte?	Di las tres cualidades que más admiras. a) _____ b) _____ c) _____

¿Te gustaría parecerte a algún personaje de la televisión, del cine o de los cuentos?	¿Qué personaje? ¿En qué te gustaría parecerte?
¿Qué cualidad tuya te gustaría que admirasen los demás?	1. _____
¿Cómo te gustaría ser de mayor?	Señala tres cualidades que desearías tener: a) _____ b) _____ c) _____
Reflexión.	<i>“Los modelos ayudan, si son buenos. Algunos son falsos, malos y engañosos”.</i>
Conclusión.	1. _____ 2. _____ 3. _____

3.3.4.8.4 Actividad # 4.- “Tener vista”. (Julio Machargo Salvador et al., Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, 1996, pp. 24,25).

“Teresa está muy disgustada porque le acaban de poner lentes y piensa que le afean mucho. No quiere ir con ellos puesta a clases, prefiere no ver lo que se escribe en la pizarra y seguir con los problemas que le ocasionan su falta de vista, porque cree que en cuanto entre a clase todos sus compañeros la mirarán y se reirán de ella.

A muchos niños y niñas les pasa lo mismo que a Teresa. Están siempre muy pendientes de lo que puedan pensar o decir los demás; y no solo por los lentes y otros aparatos médicos, sino por cualquiera de sus rasgos físicos, como estatura, gordura, pelo, color de piel, cara, etc.”.

¿Es bueno estar pendientes de lo que los demás piensan y dicen de nosotros?	a) Mucho. b) Poco. c) Nada.
¿Cuál es la mejor medicina para casos como el de Teresa?	a) _____
¿Cómo conseguir que los demás no se burlen o insulten a las otras personas?	a. _____ b. _____
¿Te preocupa lo que diga la gente de tu físico?	a) Mucho. b) Poco. c) Nada.
Reflexión.	<i>“No permitas que los demás sean una cárcel para ti. Hay que convivir con todos sin ser prisionero de nadie”.</i>
Conclusión.	

3.3.4.8.5 Actividad # 5.- “El pájaro y el pozo”. (Juan Fernández Marín, Autoestima y Maltrato, 2004, p. 4).

Había una vez, un pájaro de brillante plumaje y fuertes alas, que se pasaba los días volando sobre las copas de los árboles encantado de su libertad.

Un día se cayó a un pozo fuera de uso. El pozo era tenebroso y profundo, pero estaba seco, el pájaro quedó ileso. Fue bajando y bajando hasta tocar el fondo donde permanecía sin hacer nada para intentar escapar, limitándose a compadecerse.

“Ciertamente voy a morir aquí abajo”, gemía. ¡Qué pájaro tan pobre e infeliz soy! ¿Qué es lo que he hecho para merecer tal suerte?

Cuanto más consideraba su apurada situación, más se convencía de que otro tenía la culpa de que él se encontrara en el fondo del pozo.

“Yo no tengo la culpa. La culpa es primeramente del tonto que cavó el pozo, dijo. Alguien debería haber tapado el pozo, y entonces no habría caído dentro. ¿Por qué no me avisó nadie del peligro de volar demasiado bajo por encima de los pozos abiertos? Yo no tengo la

culpa de todo eso”.

Comenzó a gritar pidiendo ayuda a los transeúntes. ¡ayuda!, ¡ayuda... ayuuuudaaa! “Por favor que alguien me ayude, ayúdenme a salir de aquí”.

La gente miraba dentro del pozo. “Tienes alas puedes volar”, dijeron. ¿Por qué no intentas ayudarte tu mismo?

“Si intento volar aquí abajo me lesionaré, gemía el pájaro. Podría rozarme las alas contra las paredes del pozo. Yo no tengo la culpa de encontrarme metido aquí abajo. Tienen que hacer algo para sacarme”.

La gente le gritaba: “hay mucho espacio para volar si tienes cuidado. Tus alas son magníficas. No estás herido. Puedes escapar si realmente quieres”

El pájaro rehusaba intentarlo. Se acurrucaba en el fondo quejándose y lamentándose con cuantos le escuchaban.

“Nadie se preocupa por mí, ese es el problema. La gente no tiene corazón y es cruel; no les interesa ayudar a una pobre criatura como yo”.

Las quejas del pájaro lograron tanta simpatía que, sin apenas darse cuenta de lo que ocurría, comenzó a alegrarse de vivir en el pozo. Cada vez pensaba menos en escapar, hasta que al fin ni se le ocurrió intentarlo. Sus alas se deterioraron, de modo que, aunque hubiera deseado volar a la libertad, no lo habría conseguido. Ahora, ni él ni nadie podían ayudarle.

De esta manera, compadecido por todos y compadeciéndose a sí mismo, el pájaro vivió el resto de su vida atrapado e infeliz en el fondo del pozo.

Para trabajar con el niño.

1. Identifica los miedos del pájaro.
2. ¿Qué sugerencias le darías al pájaro?

3.3.4.9 Técnicas de Apoyo Emocional.

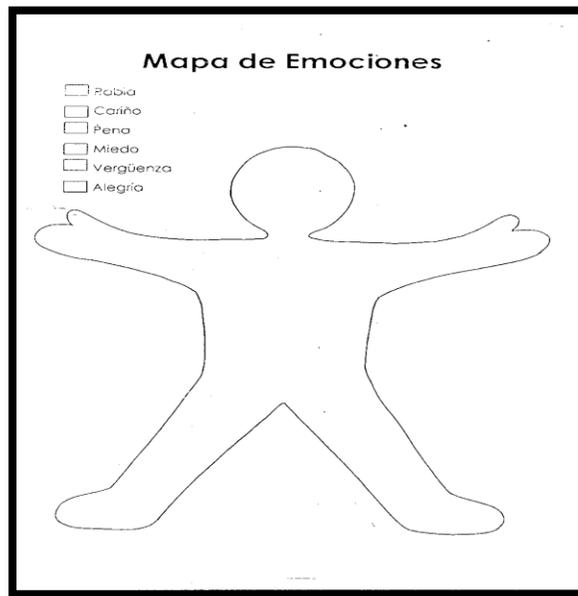


Abordar en el niño sentimientos desagradables, permitirá que el niño se sienta menos abrumado por esos sentimientos, así también, se logrará en el niño que logre expresar y controlar sus propias emociones.

3.3.4.9.2 Mapa de emociones.- Se trabaja con el niño sobre una silueta, la cual contiene un listado de seis emociones (rabia, cariño, pena, miedo, vergüenza, alegría); pidiendo al niño que asocie un color a cada una de ellas y que imagine en qué parte del cuerpo sentía cada emoción y la pintara con el color correspondiente.

Esta actividad ayuda al niño a identificar sus emociones, resultando ser una excelente oportunidad para profundizar en la importancia de registrar y confiar en las propias sensaciones corporales. (Ana María Arón, *Violencia en la familia*, 2001, pp. 258,259).

Mapa de emociones. (Gráfico tomado de Ana María Arón, *Violencia en la familia*, 2001, p. 259).



3.4 CONCLUSIONES.

Este trabajo se centra en proporcionar una intervención psicológica para niños y niñas con sintomatología depresiva, que se encuentran en acogimiento institucional. Se trata de brindar una opción terapéutica para una sintomatología específica (depresiva), que afecta negativamente el desarrollo de un niño, y que tiende a empeorarse si no se ofrece una oportuna intervención psicoterapéutica. De ahí la necesidad de brindar un plan de intervención psicoterapéutico, con técnicas sencillas y aplicables a niños y niñas que presentan sintomatología depresiva.

Este programa psicológico tiene como objetivo restablecer el estado emocional y funcional de niños y niñas víctimas de maltrato con sintomatología depresiva; logrando así con ello, un mejor conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, un aumento del repertorio de sus habilidades sociales (asertividad y solución de conflictos), un control del estado de ánimo a través del cambio de pensamientos y de la implementación de actividades agradables, una mejora de su autoestima y un aumento de su adaptación a la vida cotidiana. Sobre todo, lo que se pretende con este programa, es que el niño reciba un apoyo emocional apropiado y oportuno, para que por medio del cual, logre cambiar experiencias pasadas vinculadas con el maltrato infantil y que han desencadenado secuelas negativas en su estado de ánimo. Este programa puede implementarse con facilidad para niños y niñas de 8 a 12 años, que han sido víctimas de maltrato infantil, que se encuentran en acogimiento institucional y que presentan sintomatología depresiva especialmente disforia.

CAPITULO IV

APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

4.1 INTRODUCCIÓN.

Diversos síntomas depresivos están presentes en niños y niñas, que han sido víctimas a temprana edad de maltrato infantil; puesto que en los niños maltratados aparecen secuelas emocionales profundas aquellas como dejar de jugar con sus amigos, dificultades en su crecimiento, baja autoestima, tendencia al aislamiento social, problemas alimenticios, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte, etc.

En base a las evaluaciones y diagnósticos realizados a niños víctimas de maltrato infantil, se ha desarrollado un programa de intervención psicoterapéutico, cuya finalidad principal es restablecer el estado emocional y funcional en niños víctimas de maltrato infantil con sintomatología depresiva.

Se aplicará dicho programa a niños y niñas que se encuentran en acogimiento institucional que sean víctimas de maltrato infantil y que presenten sintomatología depresiva en las escalas de disforia y autoestima negativa del CDI; enfocando el trabajo psicoterapéutico en metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad, con sus respectivas técnicas en función de sus objetivos tales como: orientar sobre la problemática, resolver conflictos intra e interpersonales, brindar apoyo emocional, disminuir sintomatología depresiva, adquirir conductas adaptativas y reelaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

En el presente capítulo se realizará la aplicación técnica a cada uno de los casos seleccionados para su correspondiente estudio.

4.2 ESTUDIO DE CASOS.

4.2.1 ESTUDIO DE CASO # 1 “LEONOR ALEJANDRINA” (nombre ficticio de la paciente).

1. DATOS INFORMATIVOS:

- **Nombre:** Leonor Alejandrina.
- **Edad:** 12 años.
- **Instrucción:** Octavo de Educación Básica.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

Leonor es remitida por el educador de la Fundación, ya que en las últimas semanas ha observado en la niña cambios en su estado de ánimo como es irritabilidad, falta de interés en diversas actividades, cansancio la mayor parte del día, pérdida del apetito, sueño en horas no indicadas y llanto frecuente.

3. CONTEXTO FAMILIAR:

La niña es ingresada a la Fundación REMAR a la edad de los 9 años, debido al abandono de sus padres. Durante todo este tiempo de permanencia en la Fundación sus padres no han establecido ningún tipo de relación con la paciente y por más exigencias que existan por parte de la Fundación hacia los padres, no se ha obtenido ningún cambio en ellos; existiendo ausencia total de los padres, al igual que de otros familiares cercanos; actualmente sus padres se encuentran separados y con otros compromisos. Este abandono ha causado en la niña sentimientos de rechazo y resentimiento por sus familiares.

La niña procede de un hogar caracterizado por violencia intrafamiliar, su padre (Reynaldo – nombre ficticio) un agricultor de 81 años y su madre (Clara – nombre ficticio) dedicada a los quehaceres domésticos de 37 años; son dos hijas, Leonor de 12 años (paciente) y Celia (nombre ficticio) de 10 años; ambas hermanas viven en la Fundación por un tiempo de 3 años. La relación con su hermana Celia es bastante afectuosa, cercana y existe un buen vínculo de apoyo.

4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- **Cuestionario de maltrato infantil:** abandono y negligencia.
- **Inventario de Depresión Infantil (CDI):**
 - **Disforia:** 96
 - **Autoestima negativa:** 90
 - **CDI total:** 95

Diagnóstico: depresión leve.

5. DIAGNÓSTICO:

Factores como su ingreso a temprana edad a Acogimiento Institucional por el abandono de sus padres; el no mantener vínculos familiares de apoyo y su deserción escolar; han desencadenado en la paciente un cuadro depresivo leve, generando en la niña sentimientos de minusvalía, abandono y soledad; provocando cambios en su estado de ánimo, como es la pérdida de interés en la realización de actividades diarias, disminución del apetito, cansancio la mayor parte del día, sueño en horas no indicadas, tendencia al

llanto fácil y a responder en ciertas ocasiones con hostilidad y agresividad a presiones ambientales; síntomas que se han agudizado en estas tres últimas semanas.

Sus rasgos de personalidad se encuentran dentro de las personalidades con un déficit relacional; existiendo una tendencia a mantenerse sola y apartarse de su entorno; esto ha provocado dificultades en sus relaciones sociales y que disponga de pocas relaciones de amistad y de apoyo. Presenta preocupaciones constantes por ser rechazada por las personas que le rodean, sobre todo, a su área escolar. Existe una tendencia a la introversión, a fantasear con mucha facilidad y a descalificar fácilmente lo positivo de sí misma y de sus experiencias propias.

6. PLANIFICACIÓN:

6.1 Objetivo General:

- Restablecer el estado emocional y funcional de la paciente.

6.2 Objetivos Específicos:

6.2.1 Asesoramiento:

- Orientar sobre la problemática del paciente.
- Resolver conflictos intra e interpersonales.
- Promover el desarrollo personal en autoestima.

6.2.2 Sintomáticos:

- Brindar apoyo emocional.
- Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.
- Adquirir conductas adaptativas (asertividad).

6.2.3 Personalidad:

- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

6.3 Técnicas:

- Psicoeducación.
- Biblioterapia.
- Técnicas de autoestima.
- Técnicas de autocontrol.
- Detección de pensamientos irracionales.
- Programación de actividades agradables.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Restructuración cognitiva.

7. RESUMEN DE SESIONES:

Sesión # 1.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Psicoeducación.

La paciente emite pocas palabras, presenta tendencia al llanto fácil y su apariencia es desaliñada. Se aplica la técnica del “detective de las emociones”, en donde se explica a la paciente sobre la naturaleza de sus síntomas depresivos; a través de esta técnica, salen a relucir sentimientos de tristeza y dolor por la ausencia de su madre, presentando tendencia al llanto. También durante el desarrollo de la sesión, se enseña a la niña a distinguir sus emociones, sus pensamientos y sus conductas, jugando con diferentes materiales. Se cierra

la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, emitiendo pocas palabras sobre el desarrollo de la sesión.

Sesión # 2.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la detección de pensamientos irracionales.

La paciente se muestra más abierta al diálogo, sin embargo, persiste su tendencia al llanto fácil y desarreglo en su apariencia personal. Inicialmente durante la sesión se enseña a la niña lo que son los pensamientos automáticos a través de diversos ejemplos. En base a las respuestas obtenidas previamente en el CDI, se trabaja algunos pensamientos irracionales con sus emociones asociadas; salen a relucir pensamientos negativos relacionados con el abandono de sus padres. Se envía una tarea intersesión (TIS) en donde la paciente tendrá que registrar sus emociones y pensamientos que experimente en momentos reales, para discutirlos en la próxima sesión. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, en donde la paciente muestra interés y curiosidad por la tarea enviada.

Sesión # 3.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

Ha mejorado en su arreglo personal y se muestra muy entusiasmada por iniciar la sesión. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, en donde se puede evidenciar el registro de pensamientos y emociones asociados con tristeza por la ausencia de sus familiares. Para establecer cuáles son las actividades agradables y conseguir que la niña se comprometa a llevarlas a cabo, se aplica un registro de actividades agradables y se le compromete a

través de un formulario de compromiso personal; reaccionando la niña con interés y entusiasmo durante la sesión. Se envía TIS para que la niña pueda programar sus actividades agradables a través de un calendario diario.

Sesión # 4.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

La niña presenta una apariencia calmada y más colaboradora. Ha disminuido su tendencia al llanto fácil. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, en donde se ha dado un cumplimiento eficaz en la programación y realización de actividades placenteras. Se aplica una técnica de autoestima, para ayudar a la niña a identificar cualidades positivas de sí misma (Act. # 1, ¿Cómo soy yo?), existiendo dificultad por parte de la niña para reconocer sus propias cualidades positivas. Se envía TIS relacionado al desarrollo de la autoestima (Act. # 2, Cualidades positivas). Se cierra la sesión en donde se evidencia una actitud de calma en la paciente.

Sesión # 5.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

La niña denota una actitud de interés, quietud y calma al iniciar la sesión. Se la nota más activa, participativa y con mayor disposición al diálogo. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica una técnica de autoestima (Act. # 4, Tener vista), con la finalidad de enseñar a la niña a valorarse y aceptarse a sí misma; durante el desarrollo de esta técnica se puede observar la presencia de sentimientos de inferioridad respecto a su apariencia personal. Se envía TIS relacionado al desarrollo de la autoestima (Act. # 3, Sientes admiración por...). Se cierra la sesión, en donde la niña reconoce los avances y cambios alcanzados en su estado de ánimo.

Sesión # 6.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la reestructuración cognitiva y la biblioterapia en pérdida afectiva.

Ha mejorado en su apariencia personal, es más participativa y colaboradora durante la sesión; dentro de su desempeño diario, muestra mayor interés por colaborar en la realización de tareas del hogar y existe mayor disposición para relacionarse con las demás niñas de la Fundación. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica la técnica mis pensamientos mariposa, en donde se trabaja sobre los pensamientos automáticos relativos a las situaciones que a la niña le preocupan, en el desarrollo de esta técnica se puede evidenciar la presencia de pensamientos relacionados con pérdidas afectivas. También se realiza biblioterapia relacionada a la pérdida afectiva, en donde la niña recuerda episodios dolorosos relacionados con sus padres, se envía TIS (Act. # 1, Tu pérdida afectiva).

Sesión # 7.- Brindar apoyo emocional.

Denota mayor confianza y tranquilidad al iniciar la sesión. Además, se evidencia un cambio significativo en su arreglo personal. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Durante el desarrollo de la sesión a través del mapa de emociones, se puede observar que resalta la silueta con el color correspondiente a la alegría, manifestando que le alegra mucho pintar y utilizar colores claros.

Sesión # 8.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en solución de conflictos.

Se ha disminuido notablemente síntomas de tristeza y su tendencia al llanto fácil; existiendo mayor sensación de bienestar y alegría en la paciente. Se aplica técnicas de biblioterapia en solución de conflictos (Act. # 1, Llevarse bien; Act. # 3, Así no), en donde salen a relucir conflictos de relación con algunas niñas de la Fundación (Paola y Michelle), por su tendencia a reaccionar con impulsividad y agresividad frente a frustraciones con su entorno. Se envía TIS que consiste en sacar conclusiones de las actividades realizadas durante la sesión. Así también, se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas. Y se le brinda una recomendación de asistir en la próxima sesión con ropa deportiva cómoda para la realización de técnicas de autocontrol.

Sesión # 9.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

La paciente refleja mayor alegría, optimismo y estabilidad en su desempeño diario. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza con la niña en una posición cómoda y con música instrumental el entrenamiento en relajación progresiva, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con la paciente el ejercicio de relajación, valorando el ejercicio con un nivel alto de relajación y reducción de estrés por parte de la paciente.

Sesión # 10.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Se la nota más calmada y tranquila; ha mejorado en su arreglo y aseo personal; de igual manera, presenta un mejor rendimiento escolar. Se realiza con la niña en una posición cómoda, el ejercicio en reeducación de la respiración, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con la paciente los ejercicios de respiración, valorando el ejercicio con un nivel medio de relajación y de reducción de estrés por parte de la paciente; mencionado que le gustó más y que logró mayor relajación corporal con el ejercicio de relajación muscular realizado en la anterior sesión.

Sesión # 11.- Adquirir conductas adaptativas, a través del entrenamiento de habilidades sociales.

Existe mayor sensación de bienestar y entusiasmo en la paciente; refiere la niña que se siente más tranquila, que ya no tiene ganas de llorar frecuentemente y que le alegra mucho el haber retomado sus estudios. Se aplica un programa de enseñanza en solución de conflictos, en donde la niña plantea que quisiera mejorar la relación con sus amigas, puesto que a veces se agrede verbalmente con algunas niñas de la Fundación. Se envía TIS en donde la niña tendrá que identificar diversos problemas de relación y buscar soluciones. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, analizando los aspectos positivos y negativos de las mismas.

Sesión # 12.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

La niña se muestra más participativa y colaboradora en la realización de actividades grupales; ha mejorado su apetito y ha disminuido su nivel de irritabilidad. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica una técnica de autoestima (Act. # 5, El pájaro y el pozo), con la finalidad de enseñar a la niña a desarrollar la confianza en sus propias capacidades y cualidades; actividad que permitió evidenciar mayor autoconfianza en sí misma. Se envía TIS relacionada a la lectura. Se cierra la sesión, en donde la niña puede reconocer con mayor facilidad los cambios alcanzados con la psicoterapia.

Sesión # 13.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

La niña ha mejorado en sus relaciones interpersonales, puesto que dispone de vínculos sociales más estables y duraderos. Así también, en el área escolar presenta un adecuado desarrollo académico y comportamental. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea.

En esta sesión se aplica un registro de actividades individuales y grupales, para que la paciente pueda registrar actividades que puede realizarlas sola o bien acompañada de otras personas, siendo consciente la niña de que por falta de recursos económicos no podrá realizar muchas de las actividades que le gustaría realizarlas. También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el posterior cierre del proceso psicoterapéutico, a lo cual, la niña tiende a reaccionar con sensación de preocupación.

Sesión # 14.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

La paciente mantiene un estado emocional estable, ya que ha disminuido notablemente su sintomatología depresiva y ha desarrollado vínculos sociales sólidos. A través de la programación de actividades agradables, se aplica el termómetro del estado de ánimo, en donde se puede evidenciar que la niña ha mejorado su estado de ánimo, con la realización de actividades placenteras. Además, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre la culminación del proceso psicoterapéutico, en donde la niña refleja algo de preocupación, pero al mismo tiempo, menciona que se siente muy feliz por haber mejorado en muchos aspectos de su vida gracias al proceso psicoterapéutico.

Sesión # 15.- Adquirir conductas adaptativas, a través de la biblioterapia.

La niña presenta estabilidad en su estado de ánimo, reflejando en su apariencia mayor tranquilidad, serenidad y calma. Por lo tanto, existe mayor equilibrio en su desarrollo personal, familiar y social. Se aplican técnicas de biblioterapia (Act. # 1, El cuento del burro; Act. # 7, Tu crecimiento), en donde se enseña a la niña a desarrollar la perseverancia y a superar las dificultades en su vida diaria. Así también, se concientizó a la paciente sobre los cambios y logros obtenidos durante el tratamiento, mencionando la niña que gracias al tratamiento se siente más feliz y dispone de más amigas. Se trabaja también en asesoramiento psicológico sobre el cierre del proceso, brindando alternativas a la niña para mantener estabilidad en su estado de ánimo y evitar futuras recaídas.

8. CONCLUSIONES DEL CASO # 1, “Leonor Alejandrina” (nombre ficticio).

La intervención psicoterapéutica se enfocó en restablecer el estado emocional y funcional de la paciente; tuvo una duración de quince sesiones en donde se pudo lograr metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad. Se logró en la paciente disminuir su sintomatología depresiva (disforia); a través de una orientación completa sobre su problemática, con la implementación de estrategias específicas para resolver conflictos intra e interpersonales, y sobre todo, superar experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil; y con ello, lograr en la paciente un desarrollo personal y la adquisición de conductas adaptativas.

Específicamente se logró en la paciente cambios importantes como: mayor sensación de bienestar personal; ha mejorado sus relaciones interpersonales, reflejándose en la formación de vínculos sociales sólidos; ha desarrollado mayor confianza en sí mismo y en su entorno; presenta un mejor rendimiento escolar, tanto en su desarrollo académico como comportamental; ha disminuido su tendencia al llanto fácil; existe mayor participación en actividades que implican contacto social; muestra mayor aceptación de su situación familiar actual; demuestra un alto control de impulsos; presenta mayor tolerancia a la frustración y sobre todo, se logró un mejor autoconocimiento de sus rasgos de personalidad.

Se realizó un re-test del *Inventario de Depresión Infantil – CDI*, en donde se obtuvo el siguiente puntaje:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI.	
ANTES DEL TRATAMIENTO	DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Disforia:	96	Disforia:	75
Autoestima negativa:	90	Autoestima negativa:	60
CDI total:	95	CDI total:	65
Diagnóstico:	Depresión leve.	Diagnóstico:	Sin sintomatología depresiva.

Por lo tanto, se puede evidenciar que inicialmente existía la presencia de un diagnóstico de depresión leve y a través de la intervención psicoterapéutica se logró disminuir la presencia de sintomatología depresiva.

4.2.2 ESTUDIO DE CASO # 2 “CELIA LUCÍA” (nombre ficticio de la paciente).

1. DATOS INFORMATIVOS:

- **Nombre:** Celia Lucía.
- **Edad:** 10 años.
- **Instrucción:** Quinto de Educación Básica.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente remitida por su educador, puesto que la niña no realiza las tareas escolares, llora sin ningún motivo, se aísla en ciertas ocasiones, se la nota cansada, irritada y no quiere alimentarse; síntomas que se han agudizado en este último mes.

3. CONTEXTO FAMILIAR:

Celia es ingresada a la Fundación REMAR a la edad de 7 años, por el abandono de sus padres. Su acogimiento institucional es ya por un periodo de tiempo de 3 años; durante todo este tiempo, sus padres no han tratado de establecer ningún tipo de contacto con la niña, esto ha provocando resentimientos y rechazo hacia sus padres.

La niña procede de un hogar caracterizado por violencia intrafamiliar, su padre (Reynaldo – nombre ficticio) un agricultor de 81 años y su madre (Clara – nombre ficticio) dedicada a los quehaceres domésticos de 37 años; son dos hijas, Leonor (nombre ficticio) de 12 años y Celia de 10 años (paciente). Actualmente los padres se encuentran separados y con otros compromisos.

La relación con su hermana Leonor, se caracteriza por ser afectuosa y existe un buen vínculo de apoyo; aunque en ciertas ocasiones no le gusta recibir órdenes de su hermana mayor.

4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- **Cuestionario de maltrato infantil:** abandono y negligencia.
- **Inventario de Depresión Infantil (CDI):**
 - **Disforia:** 96
 - **Autoestima negativa:** 90
 - **CDI total:** 95

Diagnóstico: depresión leve.

5. DIAGNÓSTICO:

Factores como la violencia intrafamiliar vivida a temprana edad, el ingreso a un hogar acogiente por el abandono de sus padres, el no mantener vínculos familiares de apoyo y sus dificultades escolares; han desencadenado en la paciente un cuadro depresivo leve; generando en la niña sentimientos de minusvalía y tristeza; desencadenado un estado de ánimo triste y vacío de forma persistente, acompañado de sentimientos de desesperanza y pesimismo, pérdida de interés en su desarrollo académico, aislamiento social y pérdida considerable de peso; síntomas que se han agudizado en este último mes.

Sus rasgos de personalidad se encuentran dentro de la tendencia de un déficit relacional, puesto que es una niña con tendencia a la hipersensibilidad a la crítica y a los contactos interpersonales; se evidencian resentimientos arraigados hacia las figuras parentales; baja tolerancia a las frustraciones; y tiende a mostrarse en ocasiones reservada, negativista, retraída, rebelde y despreocupada.

6. PLANIFICACIÓN:

6.1 Objetivo General:

- Restablecer el estado emocional y funcional de la paciente.

6.2 Objetivos Específicos:

6.2.1 Asesoramiento:

- Orientar sobre la problemática del paciente.
- Resolver conflictos intra e interpersonales.

- Promover el desarrollo personal en autoestima.

6.2.2 Sintomáticos:

- Brindar apoyo emocional.
- Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.
- Adquirir conductas adaptativas (asertividad).

6.2.3 Personalidad:

- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

6.3 Técnicas:

- Psicoeducación.
- Biblioterapia.
- Técnicas de autoestima.
- Técnicas de autocontrol.
- Detección de pensamientos irracionales.
- Programación de actividades agradables.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Restructuración cognitiva.

7. RESUMEN DE SESIONES:

Sesión # 1.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Psicoeducación.

La paciente llega a consulta tranquila y deseosa por colaborar con la sesión psicoterapéutica.

Se aplica la técnica del detective de las emociones, en donde se explica a la paciente sobre la naturaleza de sus síntomas depresivos; a través de esta técnica, la niña presenta tendencia al llanto al recordar la ausencia de sus padres y también se puede evidenciar una tendencia a descalificar fácilmente sus experiencias positivas. También, durante el desarrollo de la sesión, se enseña a la niña a distinguir sus emociones, sus pensamientos y sus conductas, jugando con diferentes materiales. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, manifestando su agrado por la sesión psicoterapéutica.

Sesión # 2.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Biblioterapia en sintomatología depresiva.

Se la nota más tranquila y su participación es mucho más activa durante la sesión. Se aplica la técnica de biblioterapia en sintomatología depresiva (Act. # 1, El cuento del burro), en donde se puede apreciar en la paciente la presencia de preocupaciones relacionadas con su proceso de socialización dentro de la Fundación. Se envía tarea intersesión (TIS) que consiste en sacar conclusiones de la actividad realizada durante la sesión.

Sesión # 3.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la reestructuración cognitiva.

Ha mejorado en su arreglo personal y se muestra entusiasmada por iniciar la sesión. Se trabaja sobre la TIS, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea enviada en la sesión anterior. Se aplica la técnica “alto y pienso”, en donde se identifica en la paciente los pensamientos negativos que le provocan emociones negativas, sobre todo, aquellos pensamientos relacionados con el abandono de sus padres, manifestando tristeza y llanto al

evocar estos pensamientos. Mediante esta técnica se enseña a la paciente no sólo a detener pensamientos negativos, sino también, a evocar pensamientos agradables que le hagan sentir bien. Se cierra la sesión, observándose en la paciente mucha tranquilidad.

Sesión # 4.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

Ha disminuido su tendencia al aislamiento social, mostrando mayor interés y apertura por la sesión. En esta sesión se empieza explicando a la paciente sobre la importancia de realizar ciertas actividades para mejorar su estado de ánimo y se aplica un registro de actividades agradables con la finalidad de determinar cuáles son las actividades que la paciente podría realizarlas, al mismo tiempo, comprometiéndole a la paciente a través de un formulario de compromiso personal a la realización de dichas actividades. Se envía TIS, que consiste en la realización de algunas actividades placenteras a través de un calendario diario. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, sobre lo positivo y negativo de la sesión.

Sesión # 5.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la detección de pensamientos irracionales.

Presenta mayor predisposición en la realización de tareas escolares; se aprecia tranquilidad, calma e interés en la niña. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Junto con la paciente se registra pensamientos y emociones experimentados en momentos reales, que causan cierto malestar

en la paciente, y posteriormente se busca repuestas más adaptativas a dichos pensamientos y emociones; evidenciándose la presencia de pensamientos relacionados con tristeza y soledad por la ausencia de sus padres. Se envía TIS, en donde la paciente tendrá que continuar registrando pensamientos y emociones experimentados en ciertos acontecimientos, para poder discutirlos en la próxima sesión.

Sesión # 6.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la biblioterapia en pérdida afectiva y maltrato infantil.

Ha mejorado en su apariencia personal, es más participativa y colaboradora durante la sesión; así como también en su desempeño diario en el hogar. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza biblioterapia relacionada al maltrato infantil (Act. # 8, Las palabras mágicas de Puchungo), en donde la niña recuerda episodios dolorosos experimentados a temprana edad durante la convivencia con sus padres. También se realiza biblioterapia en pérdida afectiva (Act. # 2, Tu dolor), y se envía TIS, relacionada a dicha actividad. Se cierra la sesión, en donde la niña reconoce los avances alcanzados en su estado de ánimo.

Sesión # 7.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

Ha disminuido notablemente su tendencia al llanto fácil, así como también, ha mejorado en sus hábitos alimenticios y tiende a ser más comprensiva y tolerante con su entorno. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea.

En esta sesión, se aplica técnicas de autoestima (Act. # 2, Cualidades positivas; Act. # 3, Sientes admiración por...); manifestando la paciente en estas técnicas, dificultades para

reconocer cualidades y habilidades de sí misma. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, mostrando una actitud de calma al concluir la sesión.

Sesión # 8.- Brindar apoyo emocional.

Se evidencia un cambio favorable en su estado de ánimo, ya que se muestra más tranquila, alegre y su interés ha aumentado por la psicoterapia. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Durante el desarrollo de la sesión a través del mapa de emociones, se logra que la niña asocie sus emociones con diferentes situaciones de su vida diaria, logrando un desahogo emocional completo en la niña.

Sesión # 9.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en asertividad.

Se ha disminuido notablemente síntomas de tristeza y su tendencia al llanto. Existe mayor sensación de bienestar y alegría en la paciente. Se aplica técnicas de biblioterapia en asertividad (Act. # 1, Aprendiendo a respetar; Act. # 2, Puedo equivocarme), en donde salen a relucir conflictos de relación con algunas niñas de la Fundación y se le brinda a la paciente nuevas estrategias para favorecer sus relaciones sociales. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, mostrando una actitud de serenidad al concluir la sesión.

Sesión # 10.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en solución de conflictos.

Ha mejorado en su arreglo personal y ha implementado nuevos hábitos de cortesía, mejorando así la relación con sus pares. Denota una actitud de calma, entusiasmo y colaboración durante la sesión. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplican técnicas de biblioterapia en solución de conflictos (Act. # 2, Ayudando a los demás; Act. # 3, Así no), mencionando la niña que en ciertas ocasiones le resulta difícil controlar sus impulsos frente a situaciones frustrantes con sus pares y se le brinda a la paciente formas constructivas de relacionarse con los demás. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas.

Sesión # 11.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Se la nota más calmada y tranquila. Ha mejorado en su arreglo y aseo personal. De igual manera, ha mejorado su rendimiento escolar. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza con la niña en una posición cómoda el ejercicio en reeducación de la respiración, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con la paciente los ejercicios de respiración, valorando el ejercicio con un nivel alto de relajación y de reducción de estrés por parte de la paciente. Se envía TIS en realizar estos ejercicios en situaciones cotidianas de estrés elevado. Y se le brinda una recomendación de asistir en la próxima sesión con ropa deportiva cómoda para la realización de técnicas de autocontrol.

Sesión # 12.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Refleja mayor alegría, optimismo y estabilidad en su desempeño diario. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior. Se realiza con la niña en una posición cómoda y con música instrumental el entrenamiento en relajación progresiva, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con la paciente el ejercicio de relajación, valorando el ejercicio con un nivel alto de relajación y reducción de estrés por parte de la paciente.

Sesión # 13.- Adquirir conductas adaptativas, a través del entrenamiento de habilidades sociales.

Dispone de mayor estabilidad en su estado de ánimo, ha disminuido la sensación de tristeza, soledad y desesperanza. Se aplica un programa de enseñanza en solución de conflictos, en donde la niña plantea su necesidad de resolver problemas de relación y con ello, mejorar sus relaciones interpersonales, ya que le agradaría tener muchas amigas. Se envía TIS en donde la paciente tendrá que identificar diversos problemas de relación y buscar soluciones. También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el posterior cierre del proceso psicoterapéutico, a lo cual, la niña tiende a reaccionar con tranquilidad; sin embargo, manifiesta su interés de continuar con la psicoterapia.

Sesión # 14.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

Ha disminuido su tendencia a aislarse, ha desarrollado la autoconfianza y dispone de un estado de ánimo más optimista. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión se aplica un registro de actividades individuales y grupales, para que la paciente pueda registrar actividades que puede realizarlas sola o bien acompañada de otras personas. A través de la programación de actividades agradables, se aplica el termómetro del estado de ánimo, en donde se puede evidenciar que la niña ha mejorado su estado de ánimo, con la realización de actividades placenteras. Además, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre la culminación del proceso psicoterapéutico, en donde la niña menciona que se siente feliz y agradecida por haber mejorado en muchos aspectos de su vida diaria.

Sesión # 15.- Adquirir conductas adaptativas, a través de la biblioterapia.

Se ha reducido en la paciente sentimientos de minusvalía y tristeza; existe un cambio favorable en su rendimiento escolar y ha disminuido su tendencia al aislamiento social; es decir; existe mayor estabilidad emocional. Se aplican técnicas de biblioterapia (Act. # 5, El pájaro y el pozo; Act. # 6, Tus sentimientos), en donde la niña se concientiza sobre los cambios y logros obtenidos durante el tratamiento. Se trabaja sobre el cierre del proceso psicoterapéutico; brindando alternativas para mantener estabilidad en su estado de ánimo y evitar futuras recaídas.

8. CONCLUSIONES DEL CASO # 2, “Celia Lucía” (nombre ficticio).

La intervención psicoterapéutica se enfocó en restablecer el estado emocional y funcional de la paciente; tuvo una duración de quince sesiones en donde se pudo lograr

metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad. Se logró en la paciente disminuir su sintomatología depresiva (disforia); a través de una orientación completa sobre su problemática, con la implementación de estrategias específicas para resolver conflictos intra e interpersonales, y sobre todo, superar experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil; y con ello, lograr en la paciente un desarrollo personal y la adquisición de conductas adaptativas.

Específicamente se logró en la paciente los siguientes cambios: ha mejorado sus relaciones interpersonales, manteniendo un contacto social fácil y agradable; presenta un estado afectivo positivo, es decir, se muestra activa y optimista; ha desarrollado la autoconfianza, mejorando con ello el contacto con su entorno; muestra mayor sensación de bienestar personal; existe mayor participación en actividades que implican contacto social; presenta mayor tolerancia hacia situaciones frustrantes; muestra mayor aceptación de su situación familiar actual; ha disminuido su tendencia al llanto fácil y ha reducido sus niveles de impulsividad y agresividad. A nivel de personalidad se logró flexibilizar rasgos que provocaban malestar tanto consigo misma y con su ambiente.

Se realizó un re-test del *Inventario de Depresión Infantil – CDI*, en donde se obtuvo el siguiente puntaje:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI.			
ANTES DEL TRATAMIENTO		DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	
Disforia:	96	Disforia:	70
Autoestima negativa:	90	Autoestima negativa:	55
CDI total:	95	CDI total:	55
Diagnóstico:	Depresión leve.	Diagnóstico:	Sin sintomatología depresiva.

Por lo tanto, se puede evidenciar que inicialmente existía la presencia de un diagnóstico de depresión leve y a través de la intervención psicoterapéutica se logró disminuir la presencia de sintomatología depresiva.

4.2.3 ESTUDIO DE CASO # 3 “MARÍA DEL CARMEN” (nombre ficticio de la paciente).

1. DATOS INFORMATIVOS:

- **Nombre:** María del Carmen.
- **Edad:** 11 años.
- **Instrucción:** Quinto de Educación Básica.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

La niña es remitida por el educador de la Fundación, puesto que últimamente viene presentado problemas para la realización de sus tareas diarias, presenta dificultad para despertarse por las mañanas y muestra cierta apatía por su higiene y arreglo personal.

3. CONTEXTO FAMILIAR:

La niña es ingresada a la Fundación REMAR a la edad de los 10 años, debido al alcoholismo de sus progenitores. Durante su tiempo de permanencia en la Fundación sus padres han realizado visitas muy esporádicas, ya que continúan presentando dependencia

al alcohol; la niña tiende a reaccionar frente a las visitas de sus padres con indiferencia y rechazo.

La paciente procede de un hogar caracterizado por violencia intrafamiliar como consecuencia del alcoholismo de sus progenitores. Su padre (Manuel – nombre ficticio) una persona de 55 años, dedicado a actividades de agricultura; su madre (María – nombre ficticio) de 47 años que apoya a su esposo en tareas del campo; son cuatro hijos, José (nombre ficticio) de 25 años, casado; Hernán (nombre ficticio) de 21 años, casado; María del Carmen (nombre ficticio) de 11 años (paciente) y Marcelo (nombre ficticio) de 9 años. Actualmente María del Carmen y Marcelo se encuentran en acogimiento institucional durante el periodo de un año.

Si bien, la relación que mantiene la niña con sus padres y hermanos mayores es indiferente y hostil. No es así, la relación con su hermano menor (Marcelo – nombre ficticio), ya que existe una relación entre hermanos bastante afectuosa y cercana, existiendo entre ellos un fuerte vínculo de apoyo.

4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- **Cuestionario de maltrato infantil:** maltrato físico y emocional.
- **Inventario de Depresión Infantil (CDI):**
 - **Disforia:** 95
 - **Autoestima negativa:** 95
 - **CDI total:** 95

Diagnóstico: depresión leve.

5. DIAGNÓSTICO:

La niña ha venido presentando en los tres últimos meses, un cuadro depresivo leve, caracterizado por tristeza la mayor parte del día, despreocupación en su aseo y arreglo personal, con hipersensibilidad e irritabilidad a comentarios de su entorno, incapacidad para conciliar el sueño y fatiga durante el día. Además últimamente ha demostrado algo de desinterés por asistir a su escuela, aludiendo que se siente cansada.

Esto ha acarreado dificultades dentro de su convivencia diaria, puesto que su educador menciona que se vuelve en una riña diaria para que la niña realice ciertas actividades dentro del hogar. Así también, debido a su predisposición por reaccionar en ocasiones agresivamente con las demás niñas de la Fundación ha ocasionado dificultades en sus relaciones interpersonales.

Sus rasgos de personalidad se encuentran dentro de la tendencia afectiva; puesto que es una persona que presenta oscilaciones en su estado de ánimo, es decir, puede presentarse en ciertas ocasiones activa, optimista, abierta al diálogo y muy participativa. Pero así, también puede mostrarse triste, retraída, despreocupada y algo pesimista.

6. PLANIFICACIÓN:

6.1 Objetivo General:

- Restablecer el estado emocional y funcional de la paciente.

6.2 Objetivos Específicos:

6.2.1 Asesoramiento:

- Orientar sobre la problemática del paciente.
- Resolver conflictos intra e interpersonales.
- Promover el desarrollo personal en autoestima.

6.2.2 Sintomáticos:

- Brindar apoyo emocional.
- Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.
- Adquirir conductas adaptativas (asertividad).

6.2.3 Personalidad:

- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

6.3 Técnicas:

- Psicoeducación.
- Biblioterapia.
- Técnicas de autoestima.
- Técnicas de autocontrol.
- Detección de pensamientos irracionales.
- Programación de actividades agradables.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Reestructuración cognitiva.

7. RESUMEN DE SESIONES:

Sesión # 1.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Psicoeducación.

Inicialmente la paciente denota una actitud de irritabilidad, despreocupación en su arreglo personal y tendencia al llanto fácil. Se aplica la técnica del detective de las emociones, en donde se explica a la paciente sobre la naturaleza de sus síntomas depresivos; a través de esta técnica, la niña tiende a reaccionar con sentimientos de rechazo y hostilidad por el consumo crónico de alcohol de sus padres, puesto que considera que por culpa del alcohol sus padres se han olvidado de la paciente y de su hermano. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, manifestando su agrado por continuar con la psicoterapia.

Sesión # 2.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Psicoeducación.

Al iniciar la sesión se la nota algo cansada y con sueño; persiste su desarreglo personal. Durante el desarrollo de la sesión, se enseña a la niña a distinguir sus emociones, sus pensamientos y sus conductas, jugando con diferentes materiales. Mediante esta técnica, salen a relucir pensamientos y emociones de tristeza y soledad, relacionados por la ausencia de sus padres y presenta tendencia al llanto. Se tranquiliza a la niña, evocando recuerdos agradables de sus padres, calmándose y sintiéndose mejor. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, mostrando una actitud de tranquilidad al cierre de la sesión.

Sesión # 3.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

Muestra interés por la sesión y apertura al diálogo, se aprecia mayor dinamismo. En esta sesión se empieza explicando a la paciente sobre la importancia de realizar ciertas

actividades para mejorar su estado de ánimo y se aplica un registro de actividades agradables con la finalidad de determinar cuáles son las actividades que la paciente podría realizarlas, al mismo tiempo, comprometiéndole a la paciente a través de un formulario de compromiso personal a la realización de dichas actividades. Se envía tarea intersesión (TIS), que consiste en la realización de algunas actividades placenteras a través de un calendario diario. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, sobre lo positivo y negativo de la sesión.

Sesión # 4.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en asertividad.

Se aprecia en la paciente mayor tranquilidad, interés y apertura al diálogo. Se aplica técnicas de biblioterapia en asertividad (Act. # 1, Aprendiendo a respetar; Act. # 2, Puedo equivocarme), en donde se puede evidenciar que la niña presenta dificultades para resolver problemas de relación y tomar decisiones en grupo; por medio de estas técnicas, se trata de implementar en la niña nuevas formas constructivas para relacionarse con su entorno. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas. Se cierra la sesión, mostrando una actitud de serenidad al concluir la sesión.

Sesión # 5.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la detección de pensamientos irracionales.

Ha mejorado en su apariencia personal, es más participativa y colaboradora durante la sesión. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se registra pensamientos y emociones

experimentados en momentos reales, que causan cierto malestar en la paciente, y posteriormente se busca repuestas más adaptativas a dichos pensamientos y emociones; la paciente tiende a registrar situaciones de maltrato experimentados a temprana edad durante la convivencia con sus familiares y se obtiene respuestas adaptativas por la misma paciente a dichas situaciones. Se envía TIS, en donde la paciente tendrá que continuar registrando pensamientos y emociones experimentados en ciertos acontecimientos, sobre todo, aquellos relacionados con sus relaciones interpersonales, para poder discutirlos en la próxima sesión.

Sesión # 6.- Adquirir conductas adaptativas, a través del entrenamiento de habilidades sociales.

Ha disminuido los niveles de irritabilidad; refleja mayor alegría, optimismo y estabilidad en su desempeño diario. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica un programa de enseñanza en solución de conflictos, en donde se ve la necesidad de enseñar a la niña a respetar y a valorar a los demás, y con ello, se le enseña a resolver conflictos de relación y a desarrollar la tolerancia con su entorno; puesto que la niña manifiesta que le gustaría llevarse de mejor manera con las demás niñas de la Fundación. Se envía TIS en donde la paciente tendrá que identificar diversos problemas de relación y buscar soluciones por sí misma. Se cierra la sesión, mostrando la paciente quietud y calma al concluir la sesión.

Sesión # 7.- Brindar apoyo emocional.

Presenta mayor predisposición en la realización de tareas escolares; se aprecia tranquilidad, calma e interés en la niña. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, a través del mapa de emociones, se logra que la niña asocie sus emociones con diferentes situaciones de su vida diaria, sobre todo, experiencias relacionadas al maltrato que fue víctima a temprana edad; logrando con ello, un desahogo emocional completo en la niña.

Sesión # 8.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

Se muestra más participativa y colaboradora en la realización de actividades grupales; ha mejorado su arreglo personal y ha disminuido su nivel de irritabilidad. En esta sesión, se aplica técnicas de autoestima (Act. # 1, ¿Cómo soy yo?; Act. # 3, Sientes admiración por...), existiendo dificultad por parte de la niña en reconocer y expresar cualidades y habilidades de sí misma. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas.

Sesión # 9.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la reestructuración cognitiva y la biblioterapia en pérdida afectiva.

Ha desarrollado la autoconfianza, presenta mayor nivel de tolerancia hacia su entorno y existe mayor interés en sus actividades académicas. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica la técnica “someter a prueba de evidencia”, en donde se trata de investigar junto con la paciente la veracidad de sus pensamientos desagradables; por medio de esta técnica, salen a relucir sentimientos de culpa respecto al acoso sexual que fue víctima por parte de sus hermanos durante la convivencia con sus familiares. También se realiza biblioterapia relacionada a la

pérdida afectiva (Act. # 5, Tus recuerdos), evocando recuerdos agradables y desagradables de sus padres. Se envía TIS, relacionada a dicha actividad.

Sesión # 10.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en solución de conflictos.

La paciente ha mejorado en su arreglo personal; denota una actitud de calma, entusiasmo y colaboración durante la sesión. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica técnicas de biblioterapia en solución de conflictos (Act. # 1, Llevarse bien; Act. # 3, Así no), en donde se puede evidenciar su falta de tolerancia y su poca asertividad en la relación con su entorno, lo que ha perjudicado en sus relaciones interpersonales. Se envía TIS que consiste en sacar conclusiones de las actividades realizadas durante la sesión. Así también, se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas. Como última recomendación de esta sesión, se le solicita a la paciente asistir para la próxima sesión con ropa deportiva cómoda, para la realización de técnicas de autocontrol.

Sesión # 11.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

La niña ha adquirido formas constructivas de relacionarse con los demás, ha desarrollado mayor tolerancia con sus pares y muestra durante la sesión mayor interés y participación. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza con la niña en una posición cómoda y con música instrumental el entrenamiento en relajación progresiva, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente

dicha, se evalúa junto con la paciente el ejercicio de relajación, valorando el ejercicio con un nivel alto de relajación y reducción de estrés por parte de la paciente.

Sesión # 12.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

Existe mejoría en su estado de ánimo, puesto que la paciente muestra mayor optimismo, tranquilidad, entusiasmo y alegría en su desempeño diario. Se aplica una técnica de autoestima (Act. # 4, Tener vista), con la finalidad de enseñar a la niña a valorarse y aceptarse a sí misma, se puede observar durante el desarrollo de esta técnica, que le resulta difícil reconocer cualidades positivas de sí misma. Se envía TIS relacionado al desarrollo de la autoestima (Act. # 5, El pájaro y el pozo). Y se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, en donde la niña reconoce los avances alcanzados en su estado de ánimo.

Sesión # 13.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Se la nota más calmada y tranquila. Ha mejorado en su arreglo y aseo personal. De igual manera, existe un mejor rendimiento escolar y ha logrado establecer una mejor relación con su entorno. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza con la niña en una posición cómoda, el ejercicio en reeducación de la respiración, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con la paciente los ejercicios de respiración, valorando el ejercicio con un nivel alto de relajación y de reducción de estrés por parte de la paciente. Se envía TIS en

realizar estos ejercicios en situaciones cotidianas de estrés elevado. También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el posterior cierre del proceso psicoterapéutico, a lo cual, la niña tiende a reaccionar con tranquilidad.

Sesión # 14.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

La paciente ha disminuido notablemente su sintomatología depresiva y ha mejorado sus relaciones interpersonales; ya que se evidencia mayor alegría y optimismo en su desempeño diario. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se aplica un registro de actividades individuales y grupales, para que la paciente pueda registrar actividades que puede realizarlas sola o bien acompañada de otras personas. A través de la programación de actividades agradables, se aplica el termómetro del estado de ánimo, en donde se puede evidenciar que la niña ha mejorado su estado de ánimo, con la realización de actividades placenteras. Además, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre la culminación del proceso psicoterapéutico, en donde la niña menciona que ha adquirido nuevos aprendizajes gracias a la psicoterapia.

Sesión # 15.- Adquirir conductas adaptativas, a través de la biblioterapia.

Se ha disminuido en la niña sentimientos de minusvalía y tristeza; existe un cambio favorable en su comportamiento y rendimiento escolar; ha logrado establecer vínculos sociales sólidos; y por lo tanto, existe mayor estabilidad emocional en la paciente. Se aplica técnicas de biblioterapia (Act. # 1, El cuento del burro; Act. # 3, Tu valor), en donde se

enseña a la niña a desarrollar la perseverancia y a superar dificultades en su vida diaria. Así también, se concientizó a la paciente sobre los cambios y logros obtenidos durante el tratamiento, mencionando la niña que gracias a la psicoterapia ha mejorado en su estado de ánimo y en sus relaciones interpersonales. También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el cierre del proceso, brindando alternativas a la niña para mantener estabilidad en su estado de ánimo y evitar futuras recaídas.

8. CONCLUSIONES DEL CASO # 3, “María del Carmen” (nombre ficticio).

La intervención psicoterapéutica se enfocó en restablecer el estado emocional y funcional de la paciente; tuvo una duración de quince sesiones en donde se pudo lograr metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad. Se logró en la paciente disminuir su sintomatología depresiva (disforia); a través de una orientación completa sobre su problemática, con la implementación de estrategias específicas para resolver conflictos intra e interpersonales, y sobre todo, superar experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil; y con ello, lograr en la paciente un desarrollo personal y la adquisición de conductas adaptativas.

Específicamente se logró en la paciente los siguientes cambios: en la relación con su entorno ha disminuido sus niveles de impulsividad y agresividad mejorado sus relaciones interpersonales; muestra mayor interés en su arreglo y aseo personal; presenta mayor tolerancia hacia la frustración; muestra mayor aceptación de su situación familiar actual; manifiesta más disposición para acatar órdenes de figuras de autoridad; presenta un estado afectivo positivo, es decir, se muestra más activa y optimista, disminuyendo con ello, sentimientos de tristeza y soledad; ha mejorado su nivel de

autoconfianza, logrando adquirir habilidades para tomar decisiones por sí misma y mantener un estado de ánimo optimista.

Se realizó un re-test del *Inventario de Depresión Infantil – CDI*, en donde se obtuvo el siguiente puntaje:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI.			
ANTES DEL TRATAMIENTO		DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	
Disforia:	95	Disforia:	55
Autoestima negativa:	95	Autoestima negativa:	50
CDI total:	95	CDI total:	55
Diagnóstico:	Depresión leve.	Diagnóstico:	Sin sintomatología depresiva.

Por lo tanto, se puede evidenciar que inicialmente existía la presencia de un diagnóstico de depresión leve y a través de la intervención psicoterapéutica se logró disminuir la presencia de sintomatología depresiva.

4.2.4 ESTUDIO DE CASO # 4 “HENRY ADRIÁN” (nombre ficticio del paciente).

1. DATOS INFORMATIVOS:

- **Nombre:** Henry Adrián.
- **Edad:** 11 años.
- **Instrucción:** Quinto de Educación Básica.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

El niño es remitido por el educador de la Fundación, puesto que últimamente lo ha notado triste, con tendencia al llanto fácil, sin deseos de participar en actividades recreativas y con tendencia a aislarse por largos periodos de tiempo.

3. CONTEXTO FAMILIAR:

El niño es ingresado a la Fundación REMAR a la edad de 9 años, debido al abandono de su madre. Henry procede de un hogar monoparental, su madre (Ghisella – nombre ficticio) una persona de 33 años, dedicada a los quehaceres domésticos; que mantenía relaciones inestables y de las cuales procreó tres hijos, Luis Fernando (nombre ficticio) de 15 años, Henry de 11 años (paciente) y Brandy (nombre ficticio) de 9 años; los tres hermanos viven en la Fundación por tiempo de 2 años; durante este tiempo de acogimiento el niño no ha mantenido contacto con su madre y con ningún miembro familiar cercano; puesto que su madre carece totalmente de habilidades maternas reflejándose en el desinterés, abandono e indiferencia por sus hijos. Esto ha generado en el niño sentimientos de rencor, hostilidad y rechazo por su madre. Del padre se desconoce su existencia y no se dispone ningún tipo de información, puesto que la madre se niega a brindar información del padre del niño.

La relación que mantiene con sus hermanos (Luis Fernando y Brandy), es cercana y afectuosa, existiendo un fuerte vínculo de apoyo entre hermanos.

4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- **Cuestionario de maltrato infantil:** abandono y negligencia.
- **Inventario de Depresión Infantil (CDI):**

- **Disforia:** 96
- **Autoestima negativa:** 85
- **CDI total:** 95

Diagnóstico: depresión leve.

5. DIAGNÓSTICO:

Henry en los últimos cuatro meses ha venido presentado un cuadro depresivo leve, caracterizado por cambios frecuentes en su estado de ánimo; ya que anteriormente disfrutaba mucho de realizar actividades recreativas en grupo y ahora tiende a reaccionar con apatía y aislamiento a la realización de ciertas actividades y al contacto social. Además, presenta una alteración notoria en el patrón del sueño, como es su dificultad por las noches para conciliarlo. Dentro de su convivencia familiar y escolar se le ha observado en varias ocasiones cansado, triste, irritable y con tendencia al llanto fácil sin motivo aparente; mostrando una alta sensibilidad a la crítica y al fracaso escolar. Además, el no disponer de redes de apoyo familiar han generado en el niño sentimientos de minusvalía, soledad y vacíos afectivos.

Sus rasgos de personalidad se encuentran dentro de la tendencia afectiva; puesto que es una persona de contacto social fácil y agradable, sin embargo, presenta también periodos de retraimiento social, es decir, puede mostrarse en ciertas ocasiones triste, retraído, despreocupado y algo pesimista; su nivel de tolerancia es bajo frente a las frustraciones.

6. PLANIFICACIÓN:

6.1 Objetivo General:

- Restablecer el estado emocional y funcional de la paciente.

6.2 Objetivos Específicos:**6.2.1 Asesoramiento:**

- Orientar sobre la problemática del paciente.
- Resolver conflictos intra e interpersonales.
- Promover el desarrollo personal en autoestima.

6.2.2 Sintomáticos:

- Brindar apoyo emocional.
- Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.
- Adquirir conductas adaptativas (asertividad).

6.2.3 Personalidad:

- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

6.3 Técnicas:

- Psicoeducación.
- Biblioterapia.
- Técnicas de autoestima.
- Técnicas de autocontrol.
- Detección de pensamientos irracionales.
- Programación de actividades agradables.
- Entrenamiento de habilidades sociales.

- Restructuración cognitiva.

7. RESUMEN DE SESIONES:

Sesión # 1.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Psicoeducación.

Su apariencia es triste, presenta tendencia al llanto fácil y se muestra algo reservado. Se aplica la técnica del “detective de las emociones”, en donde se explica al paciente sobre la naturaleza de sus síntomas depresivos; a través de esta técnica, recuerda el niño el abandono de su madre, reaccionando con llanto y tristeza por la ausencia de su madre; logrando con ello, explicar al niño la naturaleza de sus síntomas y los diversos componentes de la depresión. También durante el desarrollo de la sesión, se enseña al niño a distinguir sus emociones, sus pensamientos y sus conductas, jugando con diferentes materiales. Se cierra la sesión con una verbalización por parte del paciente respecto a las técnicas realizadas, mostrando una actitud más tranquila al cierre de la sesión.

Sesión # 2.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Biblioterapia en sintomatología depresiva.

Persiste su tendencia al llanto fácil, se muestra triste y su apariencia es desaliñada. Se aplica la técnica de biblioterapia en sintomatología depresiva (Act. # 1, El cuento del burro), evidenciándose en el paciente una tendencia a descalificar fácilmente su experiencias propias y la presencia de marcados sentimientos de inferioridad respecto a sus propias capacidades y habilidades. Se envía tarea intersesión (TIS) que consiste en sacar conclusiones de la actividad realizada durante la sesión.

Sesión # 3.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

Presenta mayor disposición para trabajar durante la sesión y ha disminuido su tendencia al llanto fácil. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión se empieza explicando al paciente sobre la importancia de realizar ciertas actividades para mejorar el estado de ánimo y se aplica un registro de actividades agradables con la finalidad de determinar cuáles son las actividades que el paciente podría realizar; por medio de este registro, se puede observar en el niño interés y agrado por realizar actividades relacionadas con la pintura y el dibujo. Al mismo tiempo, a través de un formulario de compromiso personal se compromete al paciente en realizar dichas actividades. Se envía TIS, que consiste en la realización de algunas actividades placenteras a través de un calendario diario. Se cierra la sesión, observando en el paciente gran interés por la TIS enviada.

Sesión # 4.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

Ha mejorado en su arreglo personal y muestra mayor apertura al diálogo. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se aplican técnicas de autoestima (Act. # 1, ¿Cómo soy yo?; Act. # 2, Cualidades positivas), mediante estas técnicas se puede evidenciar en el paciente indicios negativos en su autoestima como es su tendencia a la hipersensibilidad a la crítica y dificultades para reconocer sus propias cualidades positivas. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas.

Sesión # 5.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en asertividad.

Se ha establecido con el paciente un buen ambiente de confianza, lo cual, ha permitido mayor colaboración e interés del niño durante la sesión psicoterapéutica. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica técnicas de biblioterapia en asertividad (Act. # 1, Aprendiendo a respetar; Act. # 2, Puedo equivocarme), a través de estas técnicas, el niño expresa sus motivos por los cuales tiende a aislarse socialmente en ciertas ocasiones, ya que no sabe cómo defenderse ante las críticas y malos tratos de algunos niños de la Fundación; se le brinda al niño nuevas estrategias para hacer frente a sus conflictos de interacción social. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas.

Sesión # 6.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en solución de conflictos.

Durante la sesión psicoterapéutica se evidencia en el paciente mayor apertura al diálogo e interés por la realización de actividades. Ha disminuido notablemente su tendencia al llanto fácil y refleja en su apariencia mayor tranquilidad. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica técnicas de biblioterapia en solución de conflictos (Act. # 1, Llevarse bien; Act. # 2, Ayudando a los demás), por medio de estas técnica se puede evidenciar dificultades de relación con algunos de sus compañeros (Gabriel y Marcelo) y se concientiza la niño de la necesidad de desarrollar una actitud no violenta con sus compañeros. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas.

Sesión # 7.- Brindar apoyo emocional.

Muestra mayor participación en actividades grupales, ha implementado la cortesía y la amabilidad en sus relaciones interpersonales. Además, denota una actitud de calma y tranquilidad durante la sesión. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, a través del mapa de emociones, se logra que el niño exprese libremente sus pensamientos y emociones, sobre todo, aquellas situaciones que le preocupan respecto a su familia; logrando con ello, un desahogo emocional completo en el niño.

Sesión # 8.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la detección de pensamientos irracionales.

Muestra mayor autocontrol en sus emociones y su participación es mucho más activa durante la sesión. En esta sesión, se registra pensamientos y emociones experimentados en momentos reales, que causan cierto malestar en el paciente, y posteriormente, se busca repuestas más adaptativas a dichos pensamientos y emociones; el paciente tiende a registrar situaciones conflictivas con su entorno, sobre todo, problemas con sus pares y se obtiene soluciones a dichas situaciones por parte del mismo paciente. Se envía TIS, en donde el paciente tendrá que continuar registrando pensamientos y emociones experimentados en ciertos acontecimientos, sobre todo, aquellos relacionados con sus relaciones interpersonales, para poder discutirlos en la próxima sesión. Se cierra la sesión con una verbalización por parte del paciente respecto a las técnicas utilizadas, manifestando agrado por las técnicas trabajadas en esta sesión.

Sesión # 9.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la reestructuración cognitiva.

Ha desarrollado autoconfianza, presenta mayor nivel de tolerancia hacia su entorno y existe más interés en sus actividades académicas por parte del paciente. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica la técnica mis pensamientos mariposa, en donde se trabaja sobre los pensamientos automáticos relativos a las situaciones que al niño le preocupan; en el desarrollo de esta técnica, se puede evidenciar la presencia de pensamientos relacionados con pérdidas afectivas y conflictos interpersonales. También se aplica la técnica “someter a prueba de evidencia”, en donde se trata de investigar junto con el paciente la veracidad de sus pensamientos desagradables, por medio de esta técnica, salen a relucir resentimientos por la ausencia de su madre. Y se cierra la sesión con una verbalización por parte del paciente respecto a las técnicas realizadas; se brinda una recomendación para la próxima sesión, de asistir con ropa deportiva cómoda, para realización de técnicas de autocontrol.

Sesión # 10.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Denota una actitud de calma, entusiasmo y colaboración durante la sesión. Ha mejorado su arreglo y aseo personal. Se realiza con el niño en una posición cómoda y con música instrumental el entrenamiento en relajación progresiva, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con el paciente el ejercicio de relajación, valorando el ejercicio con un nivel alto de relajación y reducción de estrés por parte del paciente.

Sesión # 11.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Se evidencia mayor interés, participación y entusiasmo en el paciente. Manifiesta que por las noches ya no le resulta difícil conciliar el sueño. Se realiza con el niño en una posición cómoda, el ejercicio en reeducación de la respiración, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa con el paciente los ejercicios de respiración realizados, logrando con estos ejercicios un nivel alto de relajación y de reducción de estrés; se le recomienda al paciente realizar estos ejercicios en situaciones con un nivel alto de estrés.

Sesión # 12.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la biblioterapia en pérdida afectiva.

Existe mejoría en su estado de ánimo; ha disminuido su tendencia a reaccionar agresivamente con su entorno. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se realiza biblioterapia en pérdida afectiva (Act. # 2, Tu dolor; Act. # 4, Tu fe), en donde comparte el niño sin dificultad experiencias vividas a temprana edad con su familia. Se envía TIS, relacionada a dichas actividades. Se cierra la sesión con una verbalización por parte del paciente respecto a las técnicas utilizadas, en donde el niño reconoce los avances alcanzados con la psicoterapia.

Sesión # 13.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la biblioterapia en maltrato infantil.

Se le nota más calmado y tranquilo; ha mejorado en su rendimiento escolar y ha logrado establecer una mejor relación con su entorno. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza biblioterapia relacionada al maltrato infantil (Act. # 8, Las palabras mágicas de Puchungo), mencionando el niño que los padres no deben por ningún motivo maltratar a sus hijos y no emite comentarios respecto a sus propias experiencias referente al maltrato infantil. También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el posterior cierre del proceso psicoterapéutico, a lo cual, el niño tiende a reaccionar con tranquilidad.

Sesión # 14.- Adquirir conductas adaptativas, a través del entrenamiento de habilidades sociales.

Ha disminuido notablemente su sintomatología depresiva y ha mejorado sus relaciones interpersonales. Ya que se evidencia mayor alegría y optimismo en su desempeño diario. En esta sesión, se aplica un programa de enseñanza en solución de conflictos, en donde el niño plantea su necesidad de mejorar sus relaciones interpersonales, ya que le agradaría llevarse de mejor manera con otros niños de la Fundación. Se envía TIS en donde el paciente tendrá que identificar diversos problemas de relación y buscar soluciones por sí mismo. También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el posterior cierre del proceso psicoterapéutico, asumiendo con tranquilidad el cierre del proceso.

Sesión # 15.- Adquirir conductas adaptativas, a través de la biblioterapia.

Han disminuido sentimientos de minusvalía y tristeza en el paciente; existe un cambio favorable en su comportamiento y rendimiento escolar; ha logrado establecer vínculos sociales sólidos; por lo tanto, existe mayor estabilidad emocional en el paciente. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplican técnicas de biblioterapia (Act. # 5, El pájaro y el pozo; Act. # 7, Tu crecimiento), en donde se enseña al niño a superar las dificultades en su vida diaria. Así también, se concientizó al paciente sobre los cambios y logros obtenidos durante el tratamiento, mencionando el niño que le gustó mucho trabajar en la psicoterapia y que gracias a ella, ha adquirido nuevos aprendizajes y ha mejorado sus relaciones interpersonales. Se trabaja también en asesoramiento psicológico sobre el cierre del proceso, brindando alternativas al niño para mantener estabilidad en su estado de ánimo y evitar futuras recaídas.

8. CONCLUSIONES DEL CASO # 4, “Henry Adrián” (nombre ficticio).

La intervención psicoterapéutica se enfocó en restablecer el estado emocional y funcional del paciente; tuvo una duración de quince sesiones en donde se pudo lograr metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad. Se logró en el paciente disminuir su sintomatología depresiva (disforia); a través de una orientación completa sobre su problemática, con la implementación de estrategias específicas para resolver conflictos intra e interpersonales, y sobre todo, superar experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil; y con ello, lograr en el paciente un desarrollo personal y la adquisición de conductas adaptativas.

Específicamente se logró cambios en el paciente, tales como: muestra mayor participación e interés por integrarse en actividades recreativas que requieran de contacto social; ha adquirido mayor autocontrol de sus emociones, disminuyendo con ello, su tendencia al llanto fácil y adquiriendo mayor tolerancia hacia las frustraciones; presenta mayor sensación de bienestar personal, es decir, se muestra más activo, optimista y alegre; muestra mayor aceptación de su situación familiar actual; ha disminuido sus niveles de irritabilidad e impulsividad mejorando la relación con su entorno. A nivel de personalidad se logró modificar positivamente su retraimiento social, logrando con ello, un contacto social fácil y agradable con su ambiente.

Se realizó un re-test del *Inventario de Depresión Infantil – CDI*, en donde se obtuvo el siguiente puntaje:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI.			
ANTES DEL TRATAMIENTO		DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	
Disforia:	96	Disforia:	50
Autoestima negativa:	85	Autoestima negativa:	45
CDI total:	95	CDI total:	50
Diagnóstico:	Depresión leve.	Diagnóstico:	Sin sintomatología depresiva.

Por lo tanto, se puede evidenciar que inicialmente existía la presencia de un diagnóstico de depresión leve y a través de la intervención psicoterapéutica se logró disminuir la presencia de sintomatología depresiva.

4.2.5 ESTUDIO DE CASO # 5 “VERÓNICA ELOÍSA” (nombre ficticio de la paciente).

1. DATOS INFORMATIVOS:

- **Nombre:** Verónica Eloísa.
- **Edad:** 12 años.
- **Instrucción:** Noveno de Educación Básica.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente remitida por el educador de la Fundación, refiriendo que la niña tiende a reaccionar con temor y llanto frente al contacto con ciertos adultos. Además, últimamente le ha observado triste y sin deseos de realizar sus tareas escolares.

3. CONTEXTO FAMILIAR:

A la edad de los 5 años la niña fue separada de su familia por propia decisión de su madre y enviada a vivir con una familia totalmente desconocida; situación que la niña recuerda con llanto y rabia hacia su madre; puesto que extrañaba mucho a sus hermanas y en aquel hogar recibía constante gritos, insultos y golpes por parte de su nueva madre. El tiempo de permanencia en este hogar fue de tres años, tiempo en el cual la niña no llegó a tener contacto con su verdadera familia.

A la edad de 8 años, la niña fue retirada de su actual hogar, por su madre biológica y llevada a vivir con un tío materno; en este hogar la niña era querida y bien tratada por parte de su tío, pero cuando la niña se quedaba sola con su tía, era víctima de constantes amenazas, insultos y golpes, por no hacer correctamente las tareas del hogar. Situación que

la ponía en sobresalto cuando se quedaba sin el cuidado de su tío. Comenta la niña que pocas veces llegaba su madre biológica a visitarla durante los tres años de permanencia en este hogar.

A la edad de 11 años, nuevamente su madre biológica, retira una vez más a la niña de su actual hogar y la ingresa a la Fundación REMAR; en donde se reencuentra con sus tres hermanas, las cuales también su madre las había ingresado hace 8 meses.

Su ingreso a la Fundación REMAR, se da por propia decisión de su madre. La niña procede de un hogar monoparental; su madre (Luz – nombre ficticio) una persona de 53 años, de profesión comerciante; que mantenía relaciones inestables y de las cuales procreó cuatro niñas: Gabriela (nombre ficticio) de 15 años, Verónica de 12 años (paciente), Noemí (nombre ficticio) de 10 años y Daniela (nombre ficticio) de 8 años.

Actualmente la niña no mantiene contacto con su madre y con ningún miembro familiar. Ya que su madre, no presenta ningún tipo de interés por restablecer algún tipo de contacto con la niña. Siendo así, que por más de un año existe ausencia total de la madre.

En cuanto a la existencia del padre (Fernando – nombre ficticio), la niña no conoce a su progenitor y de su existencia solo tiene vagas referencias brindadas por parte de su madre. La relación de la niña con sus hermanas es distante y carente de afecto, puesto que previo a su ingreso a la Fundación, las niñas vivían separadas en diferentes hogares temporales.

4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- **Cuestionario de maltrato infantil:** maltrato físico y emocional.
- **Inventario de Depresión Infantil (CDI):**

- **Disforia:** 96
- **Autoestima negativa:** 85
- **CDI total:** 95

Diagnóstico: depresión leve.

5. DIAGNÓSTICO:

Factores como la inestabilidad familiar, el maltrato físico y emocional vividos a temprana edad, su permanencia en un hogar acogiente y el no disponer de una red de apoyo familiar; han desencadenado en la niña un cuadro depresivo leve; generando problemas de autoestima, desencadenando sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza y soledad; lo que ha provocando cambios en su estado de ánimo, ya que en las últimas semanas ha venido presentando cansancio la mayor parte del día, dificultad para concentrarse, sueño en horas no indicadas y pérdida del apetito. También frente a situaciones ambientales amenazantes existe la aparición de nerviosismo y tendencia al llanto fácil. Todo esto, ha generado gran malestar en la vida diaria de la niña.

Sus rasgos de personalidad se encuentran dentro de la tendencia afectiva; pues es una niña de contacto social fácil, agradable y alegre; sin embargo, también suele mostrarse triste, callada, desmotivada e irritada. Es muy sensible frente a la crítica y posee un bajo nivel de tolerancia a la frustración. Existe una tendencia a fantasear con mucha facilidad y a descalificar fácilmente lo positivo de sí misma y de sus experiencias propias.

6. PLANIFICACIÓN:

6.1 Objetivo General:

- Restablecer el estado emocional y funcional de la paciente.

6.2 Objetivos Específicos:**6.2.1 Asesoramiento:**

- Orientar sobre la problemática del paciente.
- Resolver conflictos intra e interpersonales.
- Promover el desarrollo personal en autoestima.

6.2.2 Sintomáticos:

- Brindar apoyo emocional.
- Disminuir sintomatología depresiva especialmente disforia.
- Adquirir conductas adaptativas (asertividad).

6.2.3 Personalidad:

- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

6.3 Técnicas:

- Psicoeducación.
- Biblioterapia.
- Técnicas de autoestima.
- Técnicas de autocontrol.
- Detección de pensamientos irracionales.
- Programación de actividades agradables.
- Entrenamiento de habilidades sociales.

- Restructuración cognitiva.

7. RESUMEN DE SESIONES:

Sesión # 1.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Psicoeducación.

Inicialmente la paciente se muestra temerosa, insegura y presenta tendencia al llanto fácil al entablar un diálogo. Se aplica la técnica del detective de las emociones, en donde se explica a la paciente sobre la naturaleza de sus síntomas depresivos; a través de esta técnica, la niña tiende a reaccionar con llanto al recordar episodios dolorosos y que expresa que le causa mucha tristeza el no tener familiares cercanos que se interesen por ella. También durante el desarrollo de la sesión, se enseña a la niña a distinguir sus emociones, sus pensamientos y sus conductas, jugando con diferentes materiales. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas, mostrando una actitud más tranquila al cierre de la sesión.

Sesión # 2.- Orientar sobre la problemática de la paciente, a través de la Biblioterapia en sintomatología depresiva.

Persiste su tendencia al llanto fácil, se muestra triste, temerosa y su apariencia es desaliñada. Se aplica la técnica de biblioterapia en sintomatología depresiva (Act. # 1, El cuento del burro), evidenciándose en la niña la presencia de indicios de autoestima negativa, pues emite comentarios despreciativos respecto a sus propias capacidades y habilidades. Se envía TIS que consiste en sacar conclusiones de la actividad realizada durante la sesión. Y se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas; mostrando mayor confianza y seguridad al cierre de la

sesión. Se brinda una recomendación para la próxima sesión, de asistir con ropa deportiva cómoda, para realización de técnicas de autocontrol.

Sesión # 3.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Se muestra más tranquila al iniciar la sesión, ha mejorado en su arreglo personal y denota curiosidad e interés por iniciar la terapia. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se realiza con la niña en una posición cómoda y con música instrumental el entrenamiento en relajación progresiva, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa junto con la paciente el ejercicio en relajación, valorando el ejercicio por parte de la paciente con un nivel alto de relajación y reducción de estrés.

Sesión # 4.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

Presenta mayor disposición para trabajar durante la sesión, ha disminuido su tendencia al llanto fácil y se muestra más relajada durante la sesión. En esta sesión se empieza explicando a la paciente sobre la importancia de realizar ciertas actividades para mejorar el estado de ánimo y se aplica un registro de actividades agradables con la finalidad de determinar cuáles son las actividades que la paciente le interesa realizarlas; a través de este registro se puede observar en la paciente el interés por realizar actividades relacionadas con la lectura y el dibujo. Al mismo tiempo, a través de un formulario de compromiso personal

se compromete a la niña en realizar dichas actividades. Se envía tarea intersesión (TIS), que consiste en la realización de algunas actividades placenteras a través de un calendario diario. Se cierra la sesión con una verbalización por parte de la paciente respecto a las técnicas realizadas; observando en la paciente interés por la TIS enviada.

Sesión # 5.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la detección de pensamientos irracionales.

Muestra mayor autocontrol en sus emociones, su participación es mucho más activa durante la sesión y ha mejorado en su arreglo personal. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se registra pensamientos y emociones experimentados en momentos reales, que causan cierto malestar en la paciente, y posteriormente, se busca repuestas más adaptativas a dichos pensamientos y emociones; durante la sesión la paciente tiende a registrar recuerdos tristes vividos a temprana edad con su madre, reaccionado con llanto al recordar ciertas situaciones. Se envía TIS, en donde la paciente tendrá que continuar registrando pensamientos y emociones experimentados en ciertos acontecimientos, para poder discutirlos en la próxima sesión.

Sesión # 6.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la reestructuración cognitiva.

Ha disminuido notablemente su tendencia al llanto fácil al establecer un diálogo, su apariencia es más calmada y denota una actitud de interés y entusiasmo por la sesión psicoterapéutica. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el

cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica la técnica mis pensamientos mariposa, en donde se trabaja sobre los pensamientos automáticos relativos a las situaciones que a la niña le preocupan; en el desarrollo de esta técnica, se puede evidenciar la presencia de pensamientos relacionados con pérdidas afectivas y su temor al fracaso escolar. También se aplica la técnica “someter a prueba de evidencia”, en donde se trata de investigar junto con la paciente la veracidad de sus pensamientos desagradables, por medio de esta técnica, salen a relucir resentimientos por la ausencia y el abandono de su madre y demás familiares.

Sesión # 7.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la aplicación de técnicas de autocontrol.

Se evidencia mayor interés, participación y entusiasmo en la paciente. Manifiesta que ha mejorado en sus hábitos alimenticios, pues se está alimentando más de lo que habitualmente lo hacía. Se realiza con la niña en una posición cómoda, el ejercicio en reeducación de la respiración, mostrando colaboración y enfocando su atención en cada una de las indicaciones que se le brinda. Una vez terminada la sesión propiamente dicha, se evalúa con la paciente los ejercicios de respiración realizados, logrando con estos ejercicios un nivel alto de relajación y de reducción de estrés; se le recomienda a la paciente realizar estos ejercicios en situaciones con un nivel alto de estrés.

Sesión # 8.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

Ha mejorado en su arreglo personal y muestra mayor apertura al diálogo. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se aplica técnicas de autoestima (Act. # 1, ¿Cómo soy yo?; Act. # 2, Cualidades

positivas), mediante estas técnicas se puede evidenciar en la paciente que tiende a desvalorizar sus experiencias propias y habilidades personales, resultándole difícil reconocer sus propias cualidades positivas. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas.

Sesión # 9.- Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la biblioterapia en pérdida afectiva.

Existe mejoría en su estado de ánimo; ha disminuido su tendencia a reaccionar con llanto frente a las frustraciones con su entorno y su arreglo personal es adecuado. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se realiza biblioterapia en pérdida afectiva (Act. # 2, Tu dolor; Act. # 4, Tu fe), en donde se puede evidenciar que la niña expresa situaciones de su vida con mayor tranquilidad y calma. Se envía TIS, relacionada a dichas actividades. Se cierra la sesión, en donde la niña muestra su agrado por continuar trabajando con la terapia.

Sesión # 10.- Resolver conflictos intra e interpersonales, a través de la biblioterapia en solución de conflictos.

Durante la sesión psicoterapéutica se evidencia en la paciente mayor apertura al diálogo e interés por la realización de actividades, denota una apariencia de alegría y tranquilidad. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. Se aplica técnicas de biblioterapia en solución de conflictos (Act. # 1, Llevarse bien; Act. # 2, Ayudando a los demás), por medio de estas técnicas se concientiza a la niña de la necesidad de ser parte de un grupo social y de disponer vínculos sociales sólidos. Se envía TIS relacionada a dichas técnicas. Se cierra la sesión con una verbalización por parte

de la paciente respecto a las técnicas realizadas, mostrando una actitud de calma y quietud al cierre de la sesión.

Sesión # 11.- Brindar apoyo emocional.

Muestra mayor participación en actividades grupales, denota una actitud de calma y tranquilidad durante la sesión. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, a través del mapa de emociones, se logra que la niña exprese libremente sus pensamientos y emociones, sobre todo, aquellas situaciones que le preocupan respecto a lo familiar, social y escolar; logrando con ello, un desahogo emocional completo en la niña.

Sesión # 12.- Adquirir conductas adaptativas, a través del entrenamiento de habilidades sociales.

La paciente refleja mayor alegría, optimismo y estabilidad en su desempeño diario. Se aplica un programa de enseñanza en solución de conflictos, en donde se ve la necesidad de enseñar a la niña a resolver conflictos de relación y a desarrollar la tolerancia con su entorno. Se envía TIS en donde la paciente tendrá que identificar diversos problemas de relación y buscar soluciones por sí misma.

Sesión # 13.- Promover el desarrollo personal en autoestima.

Ha mejorado en su arreglo y aseo personal; muestra una actitud de mayor tranquilidad y alegría consigo misma. Se trabaja sobre la TIS enviada en la sesión anterior, evidenciándose el cumplimiento eficaz de la tarea. En esta sesión, se aplica una técnica de

autoestima (Act. # 3, Sientes admiración por...). También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el posterior cierre del proceso psicoterapéutico, a lo cual, la niña tiende a reaccionar con algo de preocupación por final de la terapia.

Sesión # 14.- Disminuir sintomatología depresiva (disforia), a través de la programación de actividades agradables.

La paciente ha disminuido notablemente su sintomatología depresiva y ha mejorado sus relaciones interpersonales; ya que se evidencia mayor alegría y optimismo en su desempeño diario. En esta sesión, se aplica un registro de actividades individuales y grupales, para que la paciente pueda registrar actividades que puede realizarlas sola o bien acompañada de otras personas. A través de la programación de actividades agradables, se aplica el termómetro del estado de ánimo, en donde se puede evidenciar que la niña ha mejorado su estado de ánimo, con la realización de actividades placenteras. Además, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre la culminación del proceso psicoterapéutico, en donde la niña reconoce los logros obtenidos a través de la psicoterapia.

Sesión # 15.- Adquirir conductas adaptativas, a través de la biblioterapia.

Se ha disminuido en la niña sentimientos de minusvalía y tristeza; existe un cambio favorable en su estado de ánimo; ha logrado establecer vínculos sociales sólidos; y por lo tanto, existe mayor estabilidad emocional en la paciente. Se aplica técnicas de biblioterapia (Act. 8, Las palabras mágicas de Puchungo; Act. # 3, Tu valor), en donde se enseña a la niña a desarrollar la perseverancia y a superar dificultades en su vida diaria. Así también, se concientizó a la paciente sobre los cambios y logros obtenidos durante el tratamiento.

También, se trabaja en asesoramiento psicológico sobre el cierre del proceso, brindando alternativas a la niña para mantener estabilidad en su estado de ánimo y evitar futuras recaídas.

8. CONCLUSIONES DEL CASO # 5, “Verónica Eloísa” (nombre ficticio).

La intervención psicoterapéutica se enfocó en restablecer el estado emocional y funcional de la paciente; tuvo una duración de quince sesiones en donde se pudo lograr metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad. Se logró en la paciente disminuir su sintomatología depresiva (disforia); a través de una orientación completa sobre su problemática, con la implementación de estrategias específicas para resolver conflictos intra e interpersonales, y sobre todo, superar experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil; y con ello, lograr en la paciente un desarrollo personal y la adquisición de conductas adaptativas.

Específicamente se logró en la paciente los siguientes cambios: ha desarrollado mayor autoconfianza y ha aprendido a valorarse como miembro de un grupo, mejorando con ello sus relaciones interpersonales; muestra mayor sensación de bienestar personal, reflejando mayor optimismo y seguridad en sí misma; existe mayor aceptación de su situación familiar actual; ha desarrollado habilidades sociales que le ha permitido ser más asertiva y empática en sus relaciones sociales y ha disminuido su tendencia al llanto fácil. A nivel de personalidad se logró flexibilizar rasgos que provocaban malestar tanto consigo misma y con su ambiente.

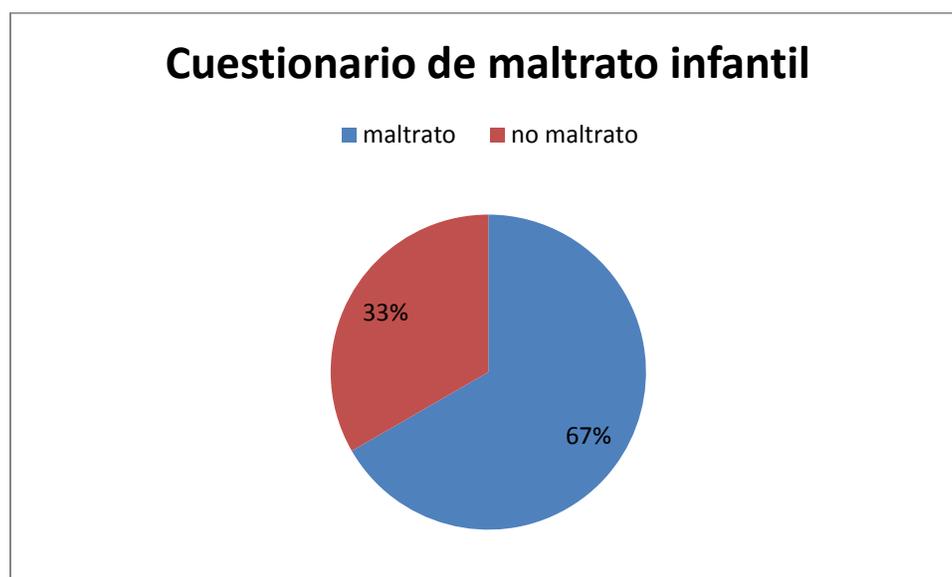
Se realizó un re-test del *Inventario de Depresión Infantil – CDI*, en donde se obtuvo el siguiente puntaje:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI.			
ANTES DEL TRATAMIENTO		DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	
Disforia:	96	Disforia:	50
Autoestima negativa:	85	Autoestima negativa:	45
CDI total:	95	CDI total:	55
Diagnóstico:	Depresión leve.	Diagnóstico:	Sin sintomatología depresiva.

Por lo tanto, se puede evidenciar que inicialmente existía la presencia de un diagnóstico de depresión leve y a través de la intervención psicoterapéutica se logró disminuir la presencia de sintomatología depresiva.

4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS CASOS ESTUDIADOS.

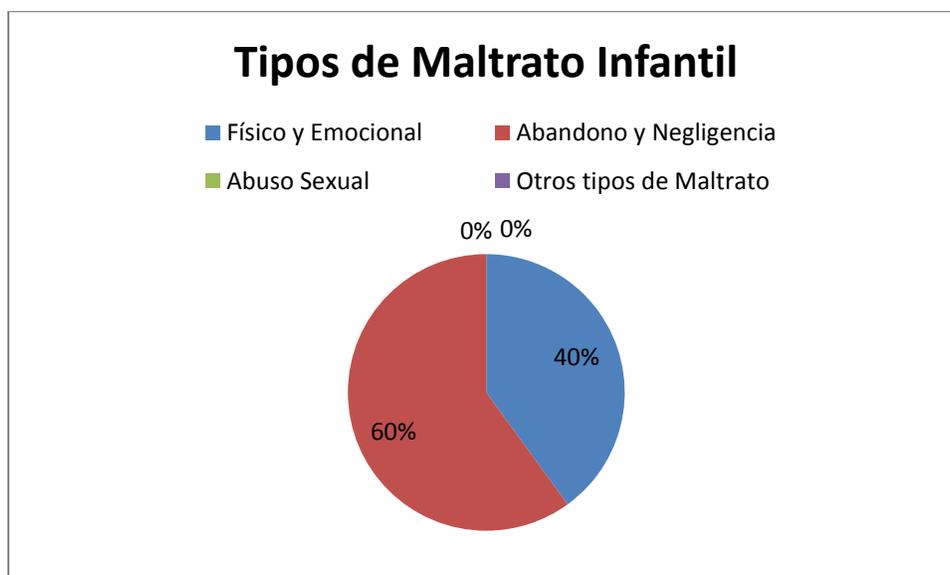
4.3.1 Cuestionario de Maltrato Infantil.- Este cuestionario se aplicó con el objetivo de obtener muestras, es decir, determinar qué niños son víctimas de maltrato en el hogar y que se encuentran en acogimiento institucional. De los 15 niños y niñas, acogidos en la Fundación REMAR, se detectó 10 casos de maltrato infantil equivalente al 67%; mientras que el 33% correspondiente a 5 casos, no presentan sintomatología de maltrato infantil.



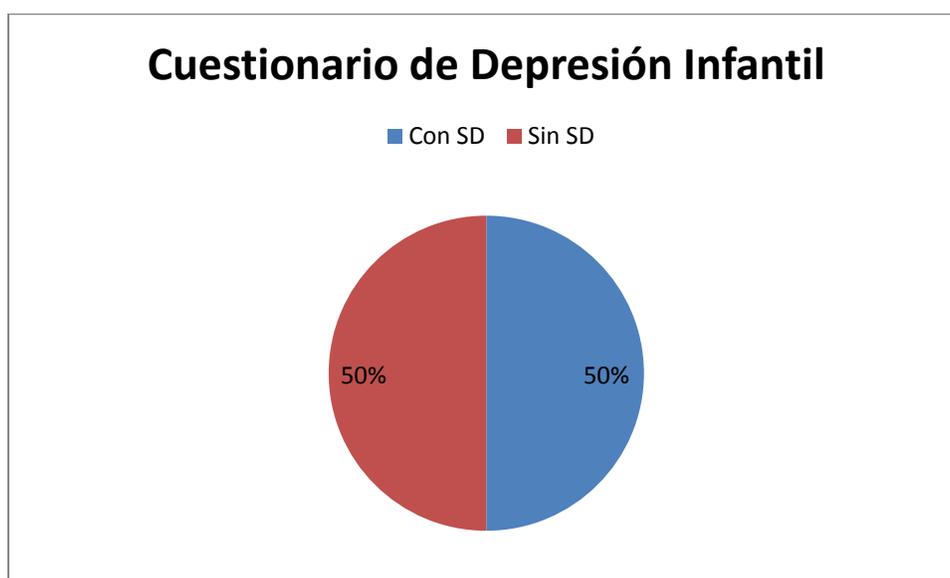
Con los datos obtenidos, a través del Cuestionario de Maltrato Infantil, los resultados de la frecuencia de los tipos de maltrato infringidos en el hogar y que ha sido motivo de acogimiento institucional en los niños y niñas, son los siguientes:

- El Abandono y Negligencia es el más frecuente, presentándose en un 60% de los casos estudiados.
- El maltrato Físico y Emocional, que generalmente se encuentran vinculados, ocupa el segundo lugar en ocurrencia, con un 40%.

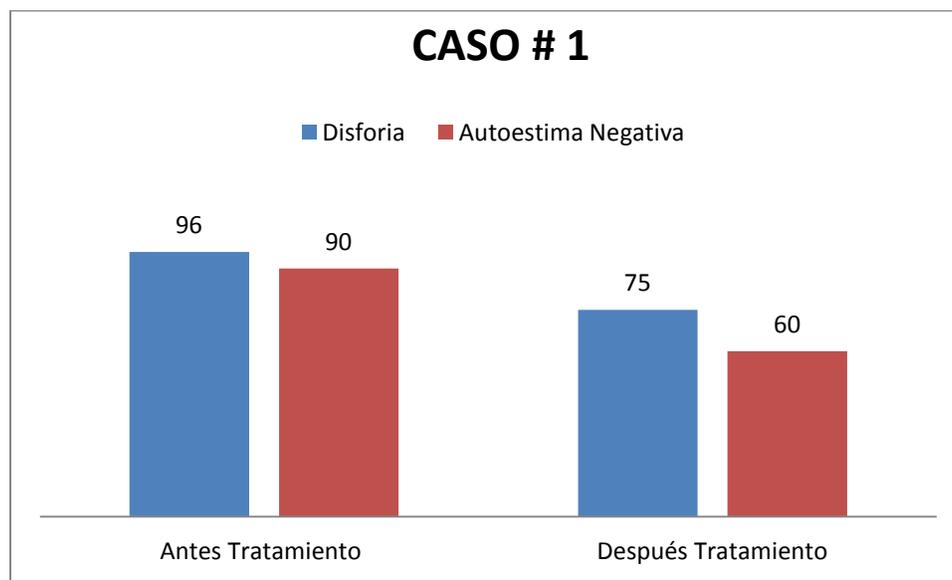
- Finalmente, el Abuso Sexual y otras formas de maltrato, no se encontró en este grupo de estudio, equivalente al 0%.



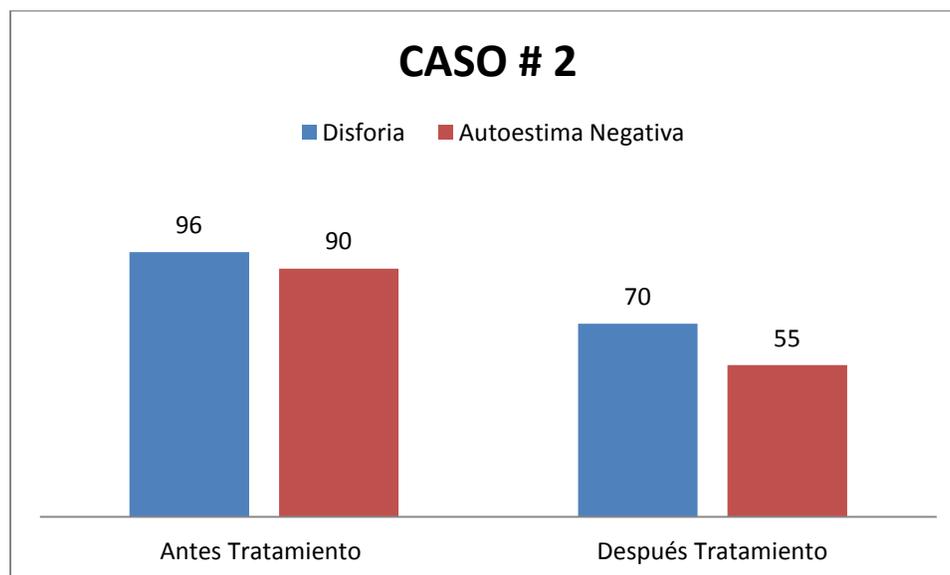
4.3.2 Inventario de Depresión Infantil (CDI).- Este cuestionario se aplicó a la muestra obtenida de maltrato infantil. De los 10 niños y niñas, víctimas de maltrato en el hogar, se detectó 5 casos que presentan sintomatología depresiva equivalente al 50%; mientras que el otro 50% correspondiente a 5 casos, no presentan ningún tipo de sintomatología depresiva.



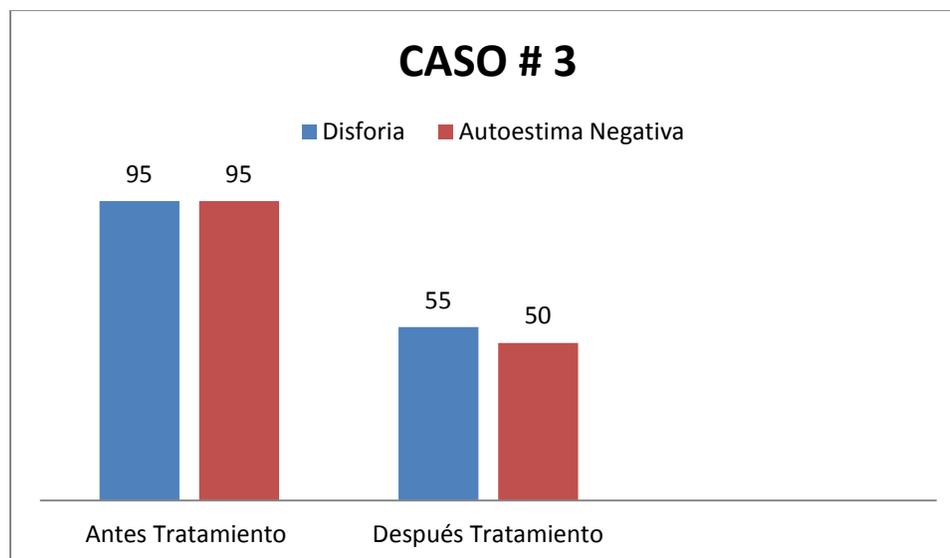
Con la aplicación del Inventario de Depresión Infantil (CDI), se pudo explorar específicamente en los casos de estudio, síntomas de disforia y autoestima negativa, obteniendo los siguientes resultados antes y después del tratamiento:



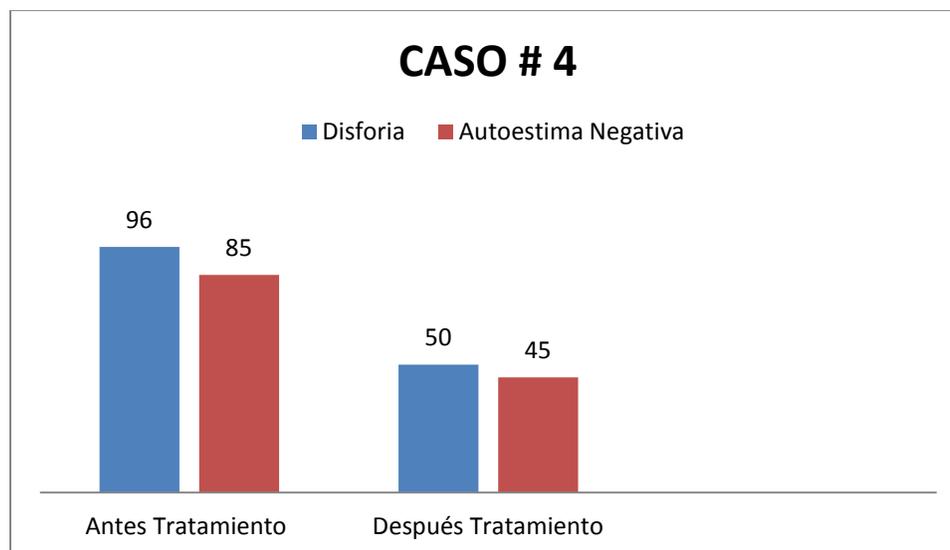
En el caso # 1, “Leonor Alejandrina” (nombre ficticio de la paciente), antes del tratamiento en la escala de disforia obtuvo un percentil de 96/99, mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 75/99, disminuyéndose así los niveles de disforia. En la escala de autoestima antes del tratamiento obtuvo un percentil de 90/99, siendo necesario recordar que esta escala representa la autoestima negativa y, por tanto, las puntuaciones altas son indicativas de una falta de autoestima; mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 60/99, existiendo una mejoría en su autoestima.



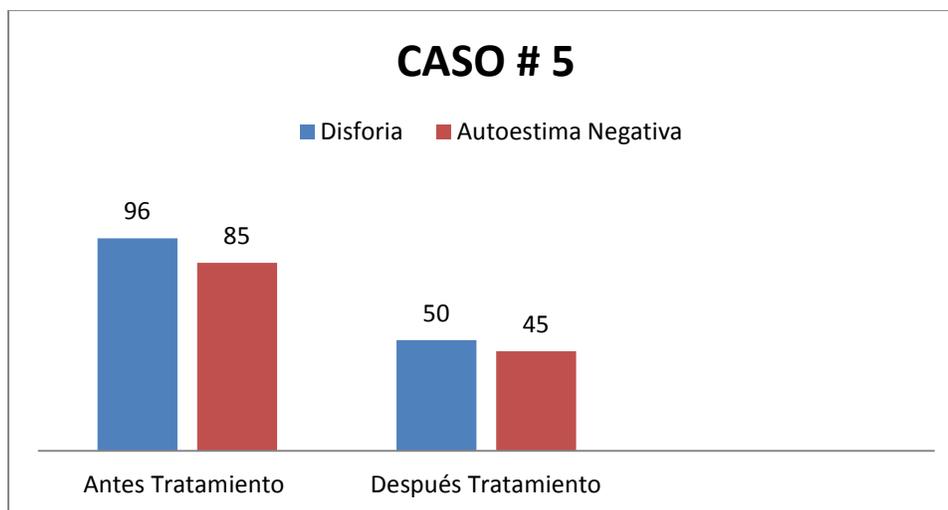
En el caso # 2, “Celia Lucía” (nombre ficticio de la paciente), antes del tratamiento en la escala de disforia obtuvo un percentil de 96/99, mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 70/99, disminuyéndose así los niveles de disforia. En la escala de autoestima antes del tratamiento obtuvo un percentil de 90/99, siendo necesario recordar que esta escala representa la autoestima negativa y, por tanto, las puntuaciones altas son indicativas de una falta de autoestima; mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 55/99, existiendo una mejoría en su autoestima.



En el caso # 3, “María del Carmen” (nombre ficticio de la paciente), antes del tratamiento en la escala de disforia obtuvo un percentil de 95/99, mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 55/99, disminuyéndose así los niveles de disforia. En la escala de autoestima antes del tratamiento obtuvo un percentil de 95/99, siendo necesario recordar que esta escala representa la autoestima negativa y, por tanto, las puntuaciones altas son indicativas de una falta de autoestima; mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 50/99, existiendo una mejoría en su autoestima.



En el caso # 4, “Henry Adrián” (nombre ficticio del paciente), antes del tratamiento en la escala de disforia obtuvo un percentil de 96/99, mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 50/99, disminuyéndose así los niveles de disforia. En la escala de autoestima antes del tratamiento obtuvo un percentil de 85/99, siendo necesario recordar que esta escala representa la autoestima negativa y, por tanto, las puntuaciones altas son indicativas de una falta de autoestima; mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 45/99, existiendo una mejoría en su autoestima.



En el caso # 5, “Verónica Eloísa” (nombre ficticio de la paciente), antes del tratamiento en la escala de disforia obtuvo un percentil de 96/99, mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 50/99, disminuyéndose así los niveles de disforia. En la escala de autoestima antes del tratamiento obtuvo un percentil de 85/99, siendo necesario recordar que esta escala representa la autoestima negativa y, por tanto, las puntuaciones altas son indicativas de una falta de autoestima; mientras que después del tratamiento obtuvo un percentil de 45/99, existiendo una mejoría en su autoestima.

4.4 CONCLUSIÓN.

La intervención psicoterapéutica se enfocó en restablecer el estado emocional y funcional de los pacientes; tuvo una duración de quince sesiones en donde se pudo lograr metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad. Se logró en los pacientes disminuir su sintomatología depresiva (disforia); a través de técnicas específicas de psicoeducación, biblioterapia, autoestima, apoyo emocional, autocontrol, detección de pensamientos irracionales, programación de actividades agradables, entrenamiento de habilidades sociales y reestructuración cognitiva.

Específicamente se logró en cada paciente mayor conocimiento sobre la depresión y su sintomatología; se promovió el desarrollo personal en autoestima; se logró la adquisición de nuevas habilidades para resolver conflictos intra e interpersonales y con ello, mejorar sus relaciones interpersonales y sobre todo, se ayudó a los pacientes a superar experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil.

Se puede concluir, que la aplicabilidad del programa de intervención psicoterapéutico es viable para niños y niñas víctimas de maltrato infantil con sintomatología depresiva, obteniéndose cambios favorables en su estado de ánimo.

CONCLUSIONES GENERALES

El maltrato infantil ha sido considerado como un acto normal y necesario para ejercer disciplina sobre un niño, sin considerar las secuelas físicas y emocionales que trae consigo el maltrato infantil; desafortunadamente en la actualidad y en nuestra sociedad sigue presente este problema.

Razón por la cual, se tomó este tema de investigación, puesto que actualmente se presta mayor interés por contrarrestar esta problemática y ayudar a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido algún tipo de maltrato.

Esta investigación permitió explorar las características del maltrato, así mismo, los tipos de maltrato que se dan en los niños y las consecuencias, sobre todo aquellas relacionadas con el estado de ánimo, ya que se puede evidenciar que existe una correlación negativa entre maltrato infantil y depresión.

Para esta investigación, fue necesario realizar un diagnóstico de niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar y que se encuentran en Acogimiento Institucional en la Fundación REMAR. Se determinó en base a la aplicación del Cuestionario de Maltrato Infantil, que el 67% de niños en acogimiento institucional fueron víctimas de maltrato infantil en sus hogares.

La forma de maltrato más frecuente que recibieron estos niños, es el Abandono y Negligencia que se presenta en un 60% de los casos y en un 40% el Maltrato Físico y Emocional.

Se determinó que el 50% de casos de maltrato infantil, presentan sintomatología depresiva especialmente disforia y autoestima negativa.

En base al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, se desarrolló una propuesta de intervención psicoterapéutica, y se aplicó a niños y niñas víctimas de maltrato infantil con sintomatología depresiva; enfocando el trabajo psicoterapéutico en metas de asesoramiento, alivio sintomático y de personalidad, con sus respectivos objetivos, obteniéndose resultados favorables en cada uno de los objetivos planteados. Es así que, el 100% de los casos estudiados, logró disminuir su sintomatología depresiva (disforia y autoestima negativa), consiguiendo con ello, en cada uno de los casos pasar de la escala de sintomatología depresiva leve a la escala de sin sintomatología depresiva, gracias al tratamiento psicoterapéutico; logrando así, restablecer el estado emocional y funcional de los pacientes, por medio del cumplimiento de objetivos específicos tales como:

- A través de técnicas de psicoeducación y biblioterapia, se logró en cada uno de los pacientes, que adquieran conocimientos básicos sobre la depresión y sus síntomas.
- Mediante técnicas de biblioterapia centrada en asertividad y solución de conflictos, se logró en los pacientes que adquieran nuevas habilidades sociales, que les permita resolver conflictos intra e interpersonales; mejorando con ello, la convivencia con su entorno.
- También se logró en los pacientes mejorar su autoestima, promoviendo su desarrollo personal.
- Se logró disminuir su sintomatología depresiva, a través de la utilización de técnicas de autocontrol, la detección de pensamientos irracionales y la programación de actividades agradables, logrando con ello, estabilidad en su estado de ánimo.

- Los pacientes a través del entrenamiento en habilidades sociales, lograron adquirir conductas más adaptativas, lo cual, les ha permitido mejorar sus relaciones interpersonales.
- Se logró que los pacientes superen experiencias pasadas vinculadas al maltrato infantil, a través de la reestructuración cognitiva y la biblioterapia centrada en pérdida afectiva y maltrato infantil; logrando en los pacientes mayor sensación de bienestar y alegría consigo mismo y con su entorno.

Para concluir, en base a los resultados obtenidos con el grupo de estudio, se puede concluir que el programa de intervención psicoterapéutico es eficaz y viable para el tratamiento de niños y niñas víctimas de maltrato infantil con sintomatología depresiva.

RECOMENDACIONES

Como resultado del trabajo investigativo y en base a los resultados obtenidos, se puede realizar las siguientes recomendaciones:

- Las Instituciones que se encargan de acoger a niños/as víctimas de maltrato infantil, deben capacitarse permanentemente sobre esta problemática y disponer de profesionales adecuados, para poder abordar y brindar ayuda de la manera más apropiada a un niño, niña o adolescente víctima de maltrato infantil, sin olvidar que dentro del proceso de recuperación de la víctima se debe también integrar la familia del NNA, con miras a una restitución de sus derechos y la posibilidad de una reinserción familiar.
- Las entidades públicas y privadas que están a cargo directa e indirectamente de niños, niñas y jóvenes, deben realizar frecuentemente diversas formas de prevención sobre el maltrato infantil, ya sea por medio de charlas, conferencias, talleres, etc.
- Es necesario concientizar a la población adulta sobre las secuelas físicas y psicológicas que trae consigo el maltrato infantil.
- Y por último, se podría recomendar al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, que fomente más trabajo metodológico con respecto al maltrato infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, J. (2001, febrero). *Salud mental y violencia*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, Cuenca, Ecuador.
- Arón, A. (2001). *Violencia en la familia*. Chile: Edit. Galdoc. ISBN: 956-276-045-6
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Edit. Unigraf. ISBN: 978-9942-03-001-6
- Bloomfield, H. & McWilliams P. (1997). *¿Cómo curar la depresión?* España: Edit. Obelisco S.A. ISBN: 84-7720-492-6
- Brenson, G. & Sarmiento, M. (1987). *Y ahora... ¿Cómo hago?* Quito: Edit. Eirene.
- Dután, H. (2001, febrero). *Crisis social y maltrato*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, Cuenca, Ecuador.
- Ecuador, Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Cultura de crianza*. CONFIE: Autor.
- Estado Ecuatoriano. (2012). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Edit. Jurídica EL FORUM. ISBN 978-9942-07-123-1
- Fernandez, J. (2004). *Autoestima y Maltrato*. Cuenca: Edit. Biblioteca nueva.
- Friedberg, R. & McClure J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Edit. Paidós. ISBN: 8449316898
- Goleman, D. (2001). *Dinámicas y actividades para sentir y pensar*. España: Edit. SM. ISBN: 84-348-8018-0

- Iñiguez, L. (2001, febrero). *Tratamiento del maltrato infantil a través de la terapia bioenergética o expresiva*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, Cuenca, Ecuador.
- Kempe, R. & Kempe, H. (1985). *Niños maltratados*. Madrid: Edit. Morata. ISBN 84-7112-126-3
- Kovacs, M. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil: manual*. España: Edit. TEA. ISBN: 8471747898
- López, J. & Valdés, M. (2004). *DSM-IV-TR - Breviario*. (1º Ed.). Barcelona-España: Edit. MASSON S.A. ISBN: 84-458-1103-7
- Loredo, A. (1994). *Maltrato al menor*. México: Edit. Nueva Editorial Interamericana S.A. ISBN: 968-25-2056-8
- Machargo, S., Alonso, E., Quintana, R., Rojas, M., Santana, A., y Santana, M. (1996). *Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima*. España: Edit. Escuela Española S.A. ISBN: 84-331-0709-1
- Pacurucu, S. (2001, febrero). *Alcohol, violencia y maltrato*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Nacional y Sexto Latinoamericano de prevención y atención a niños, niñas y adolescentes maltratados, Cuenca, Ecuador.
- Proaño, M. (2002). *Apuntes de psicomotricidad*. Cuenca: Universidad del Azuay.

ANEXOS

- 1. DISEÑO DE TESIS.**
- 2. FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.**
- 3. CUESTIONARIO DE MALTRATO INFANTIL.**
- 4. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.**



DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

**ESPECIALIZACIÓN:
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

**ALUMNA:
TANIA MERCEDES NIETO CAMPOVERDE**

**DIRECTOR DE TESIS:
MASTER. MARIO MOYANO**

**CUENCA – ECUADOR
2012**

1.- TEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

Intervención psicoterapéutica en niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar, con sintomatología depresiva desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El maltrato trae consigo una serie de consecuencias psicológicas, las que repercuten negativamente en el desarrollo del niño y lo afecta en su vida futura. Existen diversos factores que propician el maltrato al menor, los cuales pueden ser una baja condición cultural y/o social; abandono de los padres; alcoholismo; drogadicción; trastornos de personalidad en la familia; negligencia por parte de los padres, etc.

Un niño maltratado puede presentar problemas en su autoestima, conductas agresivas, problemas en el aprendizaje, ansiedad, angustia, conductas pasivas, depresión, entre otros problemas. Manteniéndose las secuelas del maltrato en etapas posteriores de la vida del niño y convirtiéndose de maltratado en maltratante, continuando con una cadena de abusos.

Por todo esto, es de vital importancia intervenir psicoterapéuticamente las secuelas que presentan los niños/as víctimas de maltrato infantil. Proponiéndose a través del presente trabajo mejorar la calidad de vida de estos niños y propiciar un sano desarrollo físico y psicológico.

3.- OBJETIVOS.

a) Objetivo General:

- Diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica en niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar que presentan síntomas depresivos desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

b) Objetivos Específicos:

- Diagnosticar la sintomatología depresiva en niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar.
- Diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica para niños y niñas víctimas de maltrato en hogar y que presentan síntomas depresivos.
- Aplicar la propuesta de intervención en niños y niñas con sintomatología depresiva.

4.- JUSTIFICACIÓN:

Lastimosamente en nuestra sociedad existen niveles altos de maltrato infantil; sus causas son diversas, quizá la más recurrente y preocupante es el círculo generacional del abuso que se repite una y otra vez; siendo necesario abordar esta problemática que, aunque bien arraigada se encuentra en nuestro medio, debe ser intervenida.

En los últimos años, el motivo más frecuente de ingreso de niños y niñas en la Fundación REMAR (Hogar de NNA de acogimiento institucional), ha sido el ser víctimas de maltrato en sus hogares; lo cual trae consigo, secuelas emocionales profundas en el desarrollo de éstas víctimas de maltrato. A través de la experiencia profesional en la Fundación REMAR, considero que es de vital

importancia la acción oportuna en el niño maltratado de forma temprana, para que supere las secuelas del maltrato y obtenga mayor estabilidad emocional y con ello, romper el círculo generacional del maltrato. Siendo por esta razón, necesario aportar en su tratamiento.

5.- MARCO TEÓRICO:

El Código de la Niñez y Adolescencia (2003)¹ define al maltrato como toda conducta de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente; por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta clasificación el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas o adolescentes; relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Ruth S Kempe y Henry Kempe (2000)² consideran que el maltrato infantil supone la presencia de un niño golpeado, pero la conexión de causa y efecto no se conoce perfectamente. Un modo de consideración es el estudio de los síntomas que presenta el niño; otro consiste en tener en cuenta las acciones de los adultos que lo tienen a su cargo (padres, encargados y amigos). Distinguiendo diferentes formas de maltrato infantil como son el maltrato físico, emocional, abuso sexual, negligencia entre otras formas de maltrato.

¹ *Código de la Niñez y Adolescencia*, Ecuador, EdiGab Ediciones, 2003.

² Ruth S Kempe y Henry Kempe, *Niños Maltratados*, Madrid – España, Editorial Morata, 2000.

Harold Bloomfield (2001)³ considera que el maltrato infantil trae consigo una serie de consecuencias a nivel físico y psicológico; puesto que los niños sólo reciben un mensaje “no son dignos de amor y respeto”; su autoestima es afectada; su carácter suele ser triste, melancólico, frustrado y débil; presentan un estado de ánimo persistentemente triste o vacío; pierden el interés en las actividades placenteras; presentan desórdenes en el sueño, fatiga frecuente, disminución del apetito, irritabilidad y acompañado sobre todo pensamientos de muerte. Por ende, manifestando una sintomatología depresiva en muchos de los casos de maltrato infantil.

Si bien, las definiciones son diversas acerca del maltrato infantil; todas llegan a un punto común en la presencia de un abusado y un abusador; y, sobre la necesidad de intervenir en los desencadenantes y secuelas que trae consigo el maltrato a temprana edad.

Siendo así, que los niños maltratados son más propensos a tener retrasos en el desarrollo del conocimiento que los no maltratados; el niño que no es amado tiene una mala imagen de sí mismo y percibe un ambiente amenazante y poco seguro; y son más propensos a sufrir a temprana edad depresiones.

En general, todas las consecuencias del maltrato influyen tanto en la juventud, como en la edad adulta de todo niño maltratado. Siendo necesario una detección temprana de las consecuencias e intervención oportuna en las mismas.

Por todo lo ya expuesto, la realización de este trabajo brindaría la oportunidad de trabajar el tratamiento de las secuelas del maltrato físico en niños institucionalizados, para ayudarlos a solucionar esta problemática.

³ Harold Bloomfield, *Depresión Infantil*, California, Editorial Natl, 2002.

Para la elaboración de la propuesta de Intervención Psicoterapéutica en el tratamiento de niños y niñas maltratados con sintomatología depresiva; se trabajará a través del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad⁴; modelo en el cual, enfatiza la importancia del estudio de la personalidad, la misma que está formada por factores biológicos, psicológicos y sociales en continua interacción; lo que hace que cada ser humano tenga distintas maneras de pensar, percibir, actuar y de interrelacionarse con los demás. Reconociendo el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad y en la génesis de los trastornos. El abordaje de la personalidad permite una adecuada delimitación del problema o trastorno; además, nos facilita asumir una postura equilibrada frente al manejo de la relación y la aplicación de técnicas más apropiadas. Ya que este Modelo considera al ser humano desde una perspectiva integral, es decir, como una entidad biopsicosocial, lo que permite determinar factores desencadenantes, detonantes y mantenedores de las diferentes problemáticas. Razón por la cual, el Modelo Integrativo será el eje fundamental de este trabajo de investigación.

⁴ Balarezo Chiriboga Lucio, *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*, Quito – Ecuador, Editorial UNIGRAF.

6.- CONTENIDOS:

Capítulo I.

El maltrato al menor en el hogar y sus incidencias psicológicas.

1.1 Introducción.

1.2 Definición de maltrato.

1.2.1 Tipos de maltrato.

1.2.2 Indicadores de la existencia de maltrato.

1.2.3 Causas de maltrato al menor.

1.2.4 Consecuencias del maltrato al menor.

1.2.5 Perfil del niño maltratado.

1.2.6 Perfil de los padres o familiares maltratantes.

1.3 Definición de Depresión.

1.3.1 Tipos de Depresión.

1.3.2 Indicadores de la existencia de la Depresión.

1.3.3 Consecuencias de la Depresión en los niños maltratados.

1.4 Conclusión.

Capítulo II.

Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

2.1 Introducción.

2.2 Definición del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

2.3 Estructura de la Personalidad según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

2.4 Influencias sociales tempranas en los estilos de personalidad y su influencia en el estado emocional de los niños.

2.5 El valor del pasado y las crisis en la estructuración de la personalidad y su influencia en la sintomatología depresiva a temprana edad.

2.6 Conclusión.

Capítulo III.

Investigación de campo: Diseño de propuesta de intervención psicoterapéutica en niños maltratados con sintomatología depresiva.

3.1 Introducción.

3.2 Diagnóstico del niño maltratado con sintomatología depresiva.

3.2.1 Aplicación del cuestionario para detectar casos de maltrato infantil.

3.2.2 Aplicación del inventario de depresión infantil (CDI), para detectar sintomatología depresiva en niños maltratados.

3.3 Diseño de propuesta de intervención psicoterapéutica para trabajar la sintomatología depresiva en niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar.

3.3.1 Elaboración de fichas integrativas de evaluación psicológica (FIEPS.)

3.4 Conclusión.

Capítulo IV.

Evaluación del Plan de Intervención Psicoterapéutico.

4.1 Introducción.

4.2 Intervenciones individuales a los niños y niñas con sintomatología depresiva.

4.3 Conclusión.

7.- METODOLOGÍA:

- Método práctico de análisis y estudio de casos relacionados con sintomatología depresiva en niños y niñas maltratados.
- Método bibliográfico referente a temas específicos que traten sobre el maltrato infantil y sintomatología depresiva en niños.
- Encuestas estructuradas dirigidas a niños y niñas víctimas de maltrato.
- Inventario de Depresión Infantil (CDI), para el diagnóstico de síntomas depresivos a temprana edad.
- Aplicación de Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS); con la finalidad de poder llevar la información y práctica psicoterapéutica de manera organizada y sistematizada.
- Diseño de una propuesta de intervención, aplicando el Modelo Integrativo.
- Evaluación de resultados.
- El universo, lo comprende el total de niños y niñas víctimas de maltrato en el hogar y que se encuentren en acogimiento en la Fundación REMAR. Del mismo, que se seleccionará una muestra de estudio con sintomatología depresiva.
- Los beneficiarios de este estudio serán los niños y niñas acogidos en la Fundación REMAR, que hayan sido víctimas de maltrato en el hogar.

8.- CRONOGRAMA:

Actividad	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6			
	1	2	3	1	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- Corrección del protocolo.	■	■																						
- Aprobación protocolo.			■	■																				
- Marco teórico.					■	■	■																	
- Diagnóstico.									■	■	■													
- Plan metodológico.											■	■	■											
- Aplicación de la intervención.													■	■	■	■	■	■	■	■				
- Evaluación de la intervención.																					■	■	■	■

9.- PRESUPUESTO:

El presente trabajo investigativo tendrá un costo total de \$1.000 dólares, el mismo que cubrirá gastos de material bibliográfico, transporte, papelería, impresiones, entre otros gastos. Cuyo valor total será financiado en su totalidad por la investigadora.

10.- BIBLIOGRAFÍA:

Fuentes principales:

- Aron Ana María, *Violencia en la familia*”, Editorial Galdoc; Primera Edición; Septiembre de 2001.
- Balarezo Lucio, *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*, Quito, UNIGRAF, 2010.
- Balarezo Lucio; *Psicoterapia, asesoramiento y consejería*; Quito, UNIGRAF, 2007.

- L. Balarezo, S. Mancheno; *Guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico*, Quito, UNIGRAF, 2003.
- Balarezo Lucio, *Apuntes de sistemas contemporáneos de psicología*, Quito, UNIGRAF.
- Calle Hugo, *El maltrato a los niños, de la práctica a la teoría*, Ediciones de la Universidad de Cuenca; Sexta edición; Cuenca – Ecuador.
- *CIE-10*, Editorial Masson S.A., Barcelona – España, versión española, reimpresión, 2004.
- Cornejo Loretta, *Manual de terapia infantil gestáltica*, Bilbao, Editorial Descleé de Wrouwer.
- *DSM-IV-TR, Breviario*, Editorial Masson S.A., Barcelona – España, versión española, reimpresión, 2004.
- Gil Eliana, *Tratamiento de adolescentes abusados*, Editora Argudo Hnos, Primera Edición, Octubre 1998.
- Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo, Albert Ellis; *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo – conductual*; México – DF, Editorial Siglo XXI, 2002.
- Loredó Abdalá Arturo, *Maltrato al menor*; Editorial Interamericana, DF – México, 2000.
- Millon Theodore, *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*, México DF, Editorial Masson, 1998.
- Obst Camerini Julio, *La terapia cognitiva integrada y actualizada*, Buenos Aires, C.A.T.R.E.C, 2008.

- Papalia Diana, *Psicología del Desarrollo*, Bogotá – Colombia, Editorial McGRAW HILL, 2001.
- Tito Mendoza Rebeca, Escartín Maggie, Gómez Juan Fernando; *“Del Maltrato a la Ternura”*; Ediciones Sociedad de San Pablo, Colección Salud Mental. Bogotá – Colombia. Primera edición, 2006.

Fuentes auxiliares:

- Sitios de internet:
 - a. [http://www.google.com/maltrato infantil/.htm](http://www.google.com/maltrato%20infantil/.htm)
 - b. [http://www.google.com/depresi3n infantil/.htm](http://www.google.com/depresi3n%20infantil/.htm)

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No. _____

Fecha: _____ Elaborada por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: _____

Edad: _____ años Estado Civil: _____ Religión: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

Tipo de consulta:

Ambulatorio	Acogida	
Hospitalizado	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?		

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

CUESTIONARIO DE MALTRATO INFANTIL

Nombre: _____

Fecha: _____

1.- ¿Cuándo has sido desobediente o al portarte mal, qué te hacían tus papás, hermanos o los que te cuidaban?

CASTIGOS VERBALES Y PSICOLÓGICOS		
	SI	NO
Te regañaban		
Te criticaban		
Te amenazaban		
Te rechazaban		
Se burlaban de ti		
No te hablaban		
No te dejaban jugar		
Te insultaban		
Te amenazaban con dejarte de querer		
Te decían que te iban a regalar o a vender.		
Te dejaban encerrando en tu casa.		
Total:		

CASTIGOS FÍSICOS		
	SI	NO
Te dejaban de comer cosas feas		
Te jalaban de las orejas		
Te jalaban del pelo		
Te golpeaban con la mano		
Te pegaban con la correa		
Te amarraban a una silla, mesa, cama, etc.		
Te empujaban		
Te pegaban con un palo.		
Te pegaban con cucharas, cuchillos, tazas, etc.		
Te golpeaban contra la pared.		
Te quemaban con cigarrillos, agua fuerte, en la cocina, etc.		
Te bañaban en agua fría.		
Total:		

ABANDONO Y NEGLIGENCIA		
	SI	NO
Estaban pendientes de tus necesidades, te cuidaban y te protegían.		
Te compraban ropa cuándo necesitabas.		
Te daban el desayuno, almuerzo y merienda.		
Te han vacunado.		
Cuando te enfermabas te llevaban al doctor.		
Te llevaban al dentista.		
Te enviaban a la escuela.		

Te hacían faltar a la escuela sin ningún motivo		
Visitaban a la escuela a reuniones o cuándo los llamaba el profesor.		
Te ayudaban a hacer los deberes de la escuela.		
Prestaban interés en tus amistades, calificaciones y gustos.		
Te dejaban solo en tu casa por varios días.		
Has sido expulsado de tu hogar.		
Total:		

ABUSO SEXUAL		
	SI	NO
Alguien te ha tocado o acariciado tus partes íntimas.		
Alguien te ha pedido hacer cosas que te den miedo y que crees que son prohibidas.		
Tienes dificultad para caminar o sentarte.		
Has huido de casa.		
Has presentado sangrado en tus partes íntimas.		
Sientes comezón o dolor en tus partes íntimas.		
Total:		

OTRAS FORMAS DE MALTRATO		
	SI	NO
Te hacen trabajar en exceso en tu casa o en la calle.		
Te han enseñado a robar, golpear, a tomar alcohol, drogas o fumar.		
Te han obligado a tomar medicinas sin que estés enfermo.		
En la escuela te pegan o te insulta tu profesor.		
Total:		

Resultados:

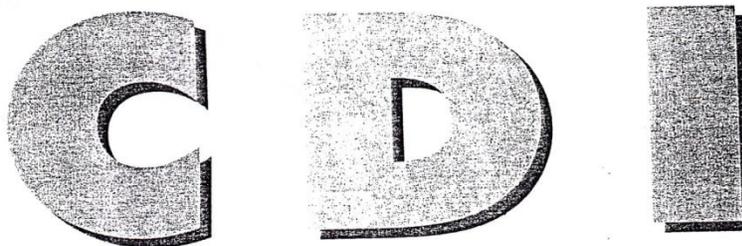
- **Castigos verbales y psicológicos:** _____
- **Castigos físicos:** _____
- **Abandono y negligencia:** _____
- **Abuso sexual:** _____
- **Otras formas de maltrato:** _____

Diagnóstico: _____

Nombre y apellidos: _____

Sexo: Varón Mujer Edad: _____ años Fecha: _____ / _____ / _____

Centro: _____ Examinador: _____



INSTRUCCIONES

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un aspa (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE



Autora: María Kovacs - Copyright de los elementos © 1982 by María Kovacs.
 Copyright © 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.
 Copyright internacional en todos los países según la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.
 Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **ORO TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión / en el año 2004 **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España

CDI



Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente.

- 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 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 vez en cuando.

- 11**
- Las cosas me preocupan siempre.
 - Las cosas me preocupan muchas veces.
 - Las cosas me preocupan de vez 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 o fea.

- 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 veces me cuesta dormirme.
 - Duermo muy bien.

- 17**
- Estoy cansado de vez 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.

**No te detengas,
continúa en la
página siguiente.**

