



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TÍTULO:

“LA PSICOTERAPIA FAMILIAR Y EFECTOS EN EL MALTRATO INFANTIL DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “JUAN DE VELASCO DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA. PERÍODO 2009-2010. “

Autor (s): Luis Fray.

Jorge Gómez

TUTORA: Dra. Isabel Cando

RIOBAMBA

2011

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por los señores Luis Alberto Fray Salazar y Jorge Enrique Gómez Guadalupe para optar por el título de Psicólogo Clínico y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba,.....

.....

Dra. Isabel Cando

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, Luis Alberto Fray Salazar y Jorge Enrique Gómez Guadalupe somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo; los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional del Chimborazo.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo, a la Facultad de Ciencias de la Salud, a sus autoridades, al Dr. Miguel Ángel Cardoso, quien fue promotor para la creación de nuestra carrera de Psicología Clínica, a nuestros profesores Dra. Roció Tenezaca, Dra. Soledad Fierro, Dr. Byron Boada, Dr. José Morales quien siempre lo recordaremos por sus enseñanzas y su calidad humana.

En especial deseamos expresar un sentimiento de gratitud a nuestra tutora la Dra. Isabel Cando por sus comentarios y sugerencias relacionados a la elaboración de nuestro trabajo.

A la Escuela “Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba por abrirnos las puertas de su noble Institución por prestarnos todas las facilidades para llevar a cabo la elaboración de nuestra Tesina.

DEDICATORIA

Dedico la presente tesina a Dios por guiar mi sendero y fortalecer mi espíritu en cada paso que doy, a mis padres por brindarme la oportunidad de vivir por los valores inculcados, a mi esposa y a mi tierna hija por ser mi fuente de inspiración y la fuerza que motiva mi existencia.

Gracias por su apoyo incondicional y por la confianza que depositaron en mí.

A mi amigo y compañero por la paciencia y constancia en la elaboración de nuestro proyecto.

Luis Alberto

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios ser supremo que guía mi camino. A un ángel muy especial mi abuelita que en la tierra hizo de mi una persona de bien y que hoy desde el cielo se que me cuida y me protege siempre. A mis padres Jorge y Gladys por su comprensión y sacrificio, por brindarme la oportunidad de superarme día a día. En especial a mi esposa Ximena y a mi pequeña hija Valentina a quienes sacrifiqué por conseguir mis metas con el fin de darles un futuro mejor.

A mi amigo y compañero de investigación por su apoyo incondicional.

Gracias maestros por impartirme sus conocimientos los cuáles los llevare siempre y los pondré en práctica en mi vida profesional siguiendo siempre los preceptos básicos de ética y moral.

Jorge Enrique

INDICE GENERAL

PORTADA.....	i
ACEPTACIÓN DE TUTOR.....	ii
DERECHO DE TUTORÍA.....	iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE CUADRADOS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xv
SUMMARY.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
PROBLEMATIZACIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICO.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	6
POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL.....	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
PSICOTERAPIA FAMILIAR.....	7
Breve Historia de la Psicoterapia Familiar.....	7
La Familia como elemento primario de la Psicoterapia Familiar.....	8
La Familia.....	9
Tipos de Familia.....	10
Tipos de Conflictos en la Familia.....	11
Obstáculos que dificultan el cambio en las Familias.....	12
Definición de la Psicoterapia Familiar.....	14
Objetivos de la Psicoterapia Familiar.....	14
La Efectividad de la Psicoterapia Familiar en varios Trastornos Psicológicos.....	15
Consideraciones para el Terapeuta en las Intervenciones Psicológicas.....	16
Técnicas de Psicoterapia Familiar.....	17

Aplicación de las Técnicas de Psicoterapia Familiar (Escultura Familiar, Role Playing, Narración de Cuentos Metafóricos) a las familias de estudiantes victimas de maltrato	28
MALTRATO INFANTIL.....	31
Consideraciones Históricas, Sociales, y Culturales del Maltrato Infantil.....	31
Definición.....	32
Factores de Riesgo del Maltrato Infantil.....	33
Tipos de Maltrato	35
Consecuencias del Maltrato Infantil.....	37
DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.....	49
HIPOTESIS Y VARIABLES.....	53
HIPOTESIS.....	53
VARIABLES	53
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	54
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO.....	56
METODO.....	56
TIPO DE INVESTIGACION.....	56

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	56
TIPO DE ESTUDIO.....	56
POBLACION Y MUESTRA.....	56
POBLACION.....	56
MUESTRA.....	57
TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	58
TECNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	59
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	78

INDICE DE CUADROS

DATOS ESTADISTICOS DE LA APLICACIÓN DE LOS TEST ANTES DE LA PSICOTERAPIA

CUADRO N°1

ENCUESTA AL MAESTRO DE GRADO PARA IDENTIFICAR LA MUESTRA.....	59
---	----

CUADRO N°2

IDENTIFICACION DEL TIPO DEL MALTRATO.....	61
---	----

CUADROS COMPARATIVOS DE ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR

CUADRO N°3

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL

INDICADORES DE NIVEL DE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA.....	63
--	----

CUADRO N°4

INVENTARIO DE ANSIEDAD – ESTADO PARA NIÑOS

INDICADORES DE NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA.....	65
---	----

CUADRO N°5

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

INDICADORES DE NIVEL DE AUTOESTIMA ANTES Y DESPUES DE LA
TERAPIA..... 68

CUADRO N°6

INDICADORES DE NIVEL DE RENDIMIENTO ESCOLAR ANTES Y
DESPUES DE LA TERAPIA..... 71

INDICE DE GRAFICOS

DATOS ESTADISTICOS DE LA APLICACIÓN DE LOS TEST ANTES DE LA PSICOTERAPIA

GRAFICO N°1

ENCUESTA AL MAESTRO DE GRADO PARA IDENTIFICAR LA

MUESTRA..... 59

GRAFICO N°2

IDENTIFICACION DEL TIPO DEL MALTRATO..... 61

CUADROS COMPARATIVOS DE ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR

GRAFICO N°3

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL

INDICADORES DE NIVEL DE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA..... 64

GRAFICO N°4

INVENTARIO DE ANSIEDAD –ESTADO PARA LOS NIÑOS

INDICADORES DE NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA..... 66

GRAFICO N°5

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

INDICADORES DE NIVEL DE AUTOESTIMA ANTES Y DESPUES DE LA
TERAPIA..... 69

GRAFICO N°6

INDICADORES DE NIVEL DE RENDIMIENTO ESCOLAR ANTES Y
DESPUES DE LA TERAPIA..... 72

RESUMEN

El presente trabajo se lo realizó en la Escuela Fiscal “Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba, provincia del Chimborazo. Con una muestra de 16 niños que presentaban algún tipo de maltrato. Los resultados revelan que el maltrato infantil de estos estudiantes está íntimamente ligado a muchos problemas psicológicos, sociales y familiares. Los efectos más relevantes que se evidenciaron en los niños investigados fueron: baja autoestima, el desinterés por las tareas académicas, la falta de responsabilidad en sus tareas cotidianas, la falta de interés escolar, unidas a la sensación de soledad, de ansiedad, depresión. Con una dedicación especial hemos receptado las declaraciones, proposiciones y vivencias de nuestros investigados, compartiendo sus inquietudes y problemas aprovechando de su niñez para concientizarlos, motivarlos y apoyarlos en su deseo de superación y salida de estos problemas que han acarreado por algunos años; este objetivo lo cumplimos aplicando diferentes técnicas de Psicoterapia Familiar como: La Escultura Familiar, el Role Playing, Narración de Cuentos Metafóricos, evidenciado así que más de un 50% de los niños han reaccionado positivamente.

SUMMARY

This study was conducted in the Public School "Juan de Velasco" in the city of Riobamba, Chimborazo province. With a sample of 16 children who had some type of abuse. The results reveal that child abuse of these students is closely linked to many psychological, social and family. The most relevant effects were found in the children investigated were: low self-esteem, lack of interest in academic work, lack of responsibility in their daily tasks, lack of interest in school, coupled with loneliness, anxiety, depression. With a special dedication have receipted statements, propositions and experiences of our research, sharing their concerns and problems most of her childhood to raise awareness, motivate and support their desire to excel and out of these problems have led for some years, this goal We accomplish by applying different techniques of family psychotherapy as Sculpture Family, Role Playing, Storytelling Metaphorical, thus demonstrating that over 50% of children have reacted positively.

INTRODUCCIÓN

El término maltrato infantil hace referencia a cualquier forma de abuso ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar muchas veces en la familia, y como todo abuso implica un desequilibrio de poder y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin de ejercer un control o sometimiento. Por este motivo se llevo a cabo una intervención Psicoterapéutica Familiar, con el fin de llegar a un consenso entre todos los miembros de la familia, con el objeto de interrumpir las interacciones que provocan Maltrato Infantil, así aunque es más fácil centrarse en los síntomas clínicos del niño, la Psicoterapia Familiar va dirigida a todos los miembros de la familia, disminuyendo no solo sus síntomas o adecuando personalidades al ambiente en que deben actuar sino mas bien creando una nueva manera de vivir.

Este trabajo consta de IV capítulos, el Capítulo I detalla la Problematización, objetivos y justificación. Aquí se expondrá, el problema, el por qué y para qué, y la importancia de su estudio.

En el Capítulo II analizamos el Marco Teórico. Posicionamiento personal, fundamentación teórica, términos básicos, hipótesis y variables, operacionalización de variables. Se enunciaran contenidos científicos, psicológicos, filosóficos, que sustentaran la investigación de la Terapia Familiar y sus respectivas técnicas utilizadas en el Maltrato Infantil.

Capítulo III aquí definimos el Marco metodológico, método, tipo y diseño de investigación, población y muestra. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, de análisis e interpretación de resultados

Y finalmente en el Capítulo IV se recoge las conclusiones alcanzadas y se plantea las recomendaciones.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

Según estadísticas presentadas por esta unidad de atención MIES-INFA desde la creación del CPD(Centro de Protección de Derechos), en abril del 2009, se ha ingresado un total de 681 casos: 20,5 % de los casos se refiere a maltratos físicos en contra de niños, niñas y adolescentes, (NNA,) generado especialmente al interior de la familia. Le sigue la negligencia y el abandono en un 12,91%, abuso y acoso sexual en un 11,64%, reclamo de pensiones alimenticias con un 10,88% y trabajo infantil en un 10,63%.

En Chimborazo, un total de 253 casos han sido atendidos por el Centro de Protección de Derechos, (CPD), en lo que va del año 2010. (2)

La Escuela Juan de Velasco de la Ciudad de Riobamba, es una institución educativa ya posicionada hace varios años en la ciudad, no solo se preocupa de la Educación, sino también se preocupan del estado psicológico del niño, por esta razón nos hemos visto en la necesidad de orientar nuestra investigación en esta Institución.

La investigación la realizamos en el Segundo Año de Educación Básica paralelo “B” de la Escuela Juan de Velasco debido a la preocupación de su maestra ya que este grado algunos niños presentan problemas emocionales, conductuales, sociales y de bajo rendimiento escolar. Por medio de una encuesta psicológica pudimos identificar que: 16 estudiantes sufrían maltrato físico, psicológico y en algunos de los casos ambos, constituyéndose estos estudiantes en nuestra muestra y objeto de estudio. Posteriormente trabajamos con cada estudiante y su familia ayudándonos de las diferentes técnicas de Psicoterapia Familiar con el fin de cambiar los estilos desadaptativos en las relaciones familiares y en la concientización de los efectos que causa el maltrato infantil a corto y largo plazo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Provoca la Psicoterapia Familiar efectos en el maltrato infantil en los estudiantes del Segundo Año de Básica de la Escuela “Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los efectos de la Psicoterapia familiar en el maltrato infantil de los estudiantes del Segundo Año de Educación Básica de la Escuela “Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba durante el período 2009- 2010.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Seleccionar a los estudiantes que sufren maltrato infantil del Segundo Año de Educación Básica de la Escuela “Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba.
- Identificar las consecuencias del maltrato infantil.
- Aplicar técnicas de Psicoterapia Familiar a estudiantes víctimas de maltrato infantil. (Técnica de Escultura Familiar, Role Playing, Narración de Cuentos Metafóricos)
- Establecer los resultados de la terapia familiar en los estudiantes víctimas de maltrato infantil.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Siendo el Maltrato Infantil un fenómeno multicausal y universal, e identificado en el Segundo Año de Educación Básica de la Escuela Juan de Velasco de la ciudad de Riobamba, es necesario dar a conocer que no sólo el trauma físico lesiona a un niño, sino que también los otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico y de conducta, aquí la importancia de identificar las causas de estos problemas.

La principal forma de agresión de los derechos de los estudiantes es la falta de cuidados, pues muchas madres dejan a sus hijos “abandonados a su suerte” en su casa cuando se van a trabajar. Lo que sí es evidente que el maltrato ocurre con mayor frecuencia en hogares de extrema pobreza, disfuncionales, con un solo padre y muchos hermanos, donde la omisión de los cuidados también es una forma de agresión a los menores.

En los casos de maltrato físico contra los estudiantes, la madre agrede a sus hijos con elevada frecuencia, muchas veces ellas no se dan cuenta del daño que causan porque creen que están haciendo lo mejor para ellos.

El hombre sigue siendo el principal agresor, debido a diferentes causas como: alcoholismo, drogadicción, baja tolerancia a la frustración, agresividad. De acuerdo a

investigaciones el 95% de quienes padecen de algunas de estas adicciones sufrieron durante los primeros años de su vida de maltratos físicos, o el abandono del ser querido como los padres o la pareja.

La falta de tolerancia que muchas mujeres muestran cuando golpean a sus hijos no es más que una muestra inconsciente de que ya no pueden con la carga extra de responsabilidades.

La mayoría de víctimas de maltrato infantil son niños de cero a trece años que no pueden denunciar la situación en que viven, siendo los maestros en la escuela los que notan los síntomas de estos niños, los mismos que se reflejan en la conducta y deficiencia en las calificaciones.

El reflejo directo de este fenómeno es el gran número de accidentes domésticos que son en realidad el disfraz que los padres cuentan cuando en la escuela los profesores preguntan que pasó en el hogar.

Todo niño maltratado necesita ayuda, y aún más el padre que agrede a su hijo. Hay que saber que el maltrato al niño es un problema muy grave y que éste debe recibir ayuda médica y psicológica para poder superarlo.

Por esta razón mediante una intervención de Psicoterapia Familiar se logrará realizar una reestructuración en estos estilos desadaptativos de la familia, desarrollando en ellos: comunicación, autoestima, reglas que rigen la vida familiar, y enlace con la sociedad.

Nosotros como Psicólogos Clínicos consideramos que la divulgación, instrucción, educación y abordaje terapéutico temprano en la población, son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia de las causas y efectos del maltrato

infantil, sabiendo que: “El niño maltratado de hoy, es el adulto conflictivo del mañana”.

Este trabajo fue factible con la colaboración de los estudiantes y sus familias, con las autoridades de la Institución los cuáles brindaron todo el apoyo logístico para la intervención psicoterapéutica.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL

Esta investigación esta basada en los estudios realizados por Joaquín De Paul (Doctor en Psicología Infantil. Profesor Titular de Universidad del Departamento de Psicología Infantil y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco), autor de varios libros sobre el Maltrato Infantil; quien se refiere al Maltrato Infantil como “Cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de acción u

omisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico, psicológico y emocional del niño” (1)

Nos enfocamos en el modelo de la Psicoterapia Familiar de Salvador Minuchin, definiendo que la Psicoterapia Familiar es un “proceso psicoterapéutico que tiene como fin cambiar las interrelaciones negativas dentro de la familia trabajando con cada uno de los miembros”. (3)

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Se realizó una revisión de trabajos investigativos en el campo de la Psicoterapia Familiar y efectos en el Maltrato Infantil, no existe mucha información referente al tema, sin embargo citamos las siguientes investigaciones:

- Niños Maltratados: Programa de Diagnostico y Terapia Familiar. De Cirillo Stefano. Publicado Barcelona: Paidós, 1999. Se hizo una investigación sobre los tipos de maltratos que eran víctimas niños comprendidos entre 5 a 9 años de edad, los resultados fueron: niños con autoestima baja, rendimiento escolar bajo, encerrados en sí mismos, poco comunicativos. En función a estos resultados se creó el Programa de Psicoterapia Familiar con el fin mejorar la calidad de vida de la familia, a través de un cambio de conducta, actitudes, pensamientos o afectos. (4)
- Psicoterapia Familiar: Propuesta para el tratamiento en la comunidad de los Agresores : diseñada para familias, De Santiago Redondo Illescas y Vicente Garrido Genovés. Programa de quince horas orientado a la discusión y afrontamiento de las situaciones familiares más proclives a crear estrés. Incluye técnicas de cuidado de los hijos, en especial los relacionados con la educación y la disciplina. (5)

- Introducción al maltrato infantil desde una perspectiva teórica, normativa y su incidencia en Santa Fe de Bogotá, de Iván Darío Guerra M, Carlos Felipe Manuel Remolina . Se hizo una investigación en la cual observaron como lamentablemente en nuestras ciudades "se juega con el niño", puesto que es tomado como objeto de las más diversas formas de maltrato, hasta el punto que se le niega su individualidad y dignidad, considerándolo poco menos que un animal. Esta situación en Santa Fe de Bogotá D.C., se torna preocupante si tenemos en cuenta que el 35.5% de la población es menor de edad, lo que indica que nos encontramos frente a un futuro nada alentador, ya que se está conformando una sociedad cuyos miembros serán personas con todo tipo de problemas, que influirán negativamente tanto en lo individual como en lo colectivo; es por lo tanto, que debemos actuar de inmediato para evitar la catástrofe social que se avecina. (6)

2.2.1. PSICOTERAPIA FAMILIAR

2.2.1.1. Breve Historia de Terapia Familiar

El movimiento familiar empezó entre principios y mediados de la década de 1950 y se desarrollo debido a la tentativa de buscar métodos de terapia más eficaces en los casos de graves trastornos emocionales. Prosperó como una extensión de psicoanálisis, que durante la década de 1930 logró el conceso general como método terapéutico.

El actual movimiento familiar fue iniciado por muchos y diferentes investigadores que, partiendo de un concepto teórico o clínico, comenzaron a afirmar que la familia era importante dentro del tratamiento terapéutico.

Desde el momento en que la atención se desplazó del individuo a la familia, todos ellos tuvieron que afrontar el dilema de describir y conceptualizar el sistema de relaciones de la familia. La teoría conceptual carecía de un modelo conceptual en cuanto al sistema de relación. Cada investigador conceptualiza, por su cuenta las, observaciones.

Uno de los progresos más interesantes se refiere, en primer término, al modo en que los investigadores conceptualizan el sistema y después, a los diferentes modos en que se modifican esas conceptualizaciones y dieron origen a diversos modelos terapéuticos de atención familiar, como por ejemplo a W. Ackerman, que integra la concepción dinámica en lo teórico y sistemática en lo técnico. Basteson que incorpora la teoría de sistemas para entender el proceso de comunicación humana. Watzlawick para quien la familia es el recorte pregnante del contexto y se convierte en el foco de atención terapéutica, Minuchin quien habla de terapia familiar tradicional, existencia y la estructura sistemática, entre otros autores que representan otros enfoques de terapia familiar. (7)

2.2.1.2. La Familia como Elemento Primario de la Terapia Familiar

Al hablar de Terapia Familiar debemos entender lo que es una familia, sus tipos e interacciones que esta posee, ya que en la familia, nace la terapia familiar como un enfoque psicológico.

La Familia

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el

grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales. (9)

La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.

La familia se subdivide en sub-sistemas. Estos, a su vez, se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen entre sí.

Las relaciones que se establecen en la familia son:

- **Simétricas:** aquellas en las que se actúa de manera **igualitaria**. Por ejemplo, el sub-sistema de los hermanos o el subsistema marido-mujer.
- **Complementarias:** aquellas en las que hay **asimetría** en la relación. Por ejemplo, las relaciones madre-hijo.(9)

Los conflictos y los cambios forman parte de la vida familiar. Cada familia se transforma con el correr del tiempo y debe adaptarse y reestructurarse para seguir desarrollándose.

Pero siempre existe cierta fuerza llamada “**homeostasis**” que dificulta el cambio. La homeostasis es la tendencia de la familia a permanecer igual, a no cambiar. A su vez, también existe la “**morfofostasis**” que es la que posibilita el cambio, es decir, permite que la familia se adapte a nuevas situaciones.

La familia puede identificar a uno de sus miembros como “el que causa el conflicto”, al que se suele señalar como “**el portador del síntoma**”. Este suele ser el más

vulnerable. En la terapia familiar se lo denominará paciente identificado o chivo emisario. (9)

Tipos de Familia

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro tipos de familias:

- **La Familia Nuclear o Elemental:** es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- **La Familia Extensa o Consanguínea:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
- **La Familia Monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- **La Familia de Madre soltera:** Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no

reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

- **La Familia de Padres Separados:** Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

Tipos de Conflictos en la Familia:

A pesar de que cada crisis es única, se las puede dividir en 4 tipos diferentes. Si bien se separan en categorías pueden aparecer superpuestas. (9)

- **Crisis de evolución o del ciclo vital:** Es inevitable una crisis en cada etapa vital. Son los conflictos más esperados y universales, pero que requieren de cambios dentro del sistema familiar. Algunos de estos cambios pueden ser repentinos o dramáticos y otros leves y graduales. Son crisis **reales**, y deberían ser **manifiestas**. Están determinadas social o biológicamente. No se pueden prevenir. Los problemas aparecen cuando la familia intenta impedir las crisis, en lugar de definirla y adaptarse; o cuando intentan que sean detenidas o que se produzcan en forma prematura. Algunos ejemplos son: jubilación, matrimonio de uno de los hijos, entrada en la pubertad, vejez.
- **Crisis externas:** Son sucesos inesperados. Son las más simples. El gran peligro aparece cuando se buscan culpables y se comienza a pensar en lo que se podría haber hecho para evitar la crisis en lugar de tratar de adaptarse a la situación. Algunos ejemplos son: pérdida repentina del empleo, muerte imprevista de un miembro, un accidente.

- **Crisis estructurales:** Son las más complicadas. Hay crisis reiteradas (la familia repite antiguas crisis). Lo más factible es que la tensión surja de fuerzas **encubiertas e internas**. Estos conflictos tratan de evitar que se produzca un cambio. Por ejemplo: familias con miembros violentos, alcohólicos, con un miembro que tiene reiterados intentos de suicidio.
- **Crisis de atención:** Se presenta en familias con uno o más miembros desvalidos o dependientes. Este miembro mantiene a toda la familia aferrada con sus reclamos de cuidado y atención. Las crisis más graves se presentan cuando se requiere una ayuda tan especializada que no se puede sustituir la labor en caso de ser necesario. Por ejemplo si no viene la enfermera alguien debería ausentarse de su trabajo (la tensión es generalmente externa). Ejemplos de estas de estas crisis involucran a personas que dependen de algo externo para su sostén económico, o las que dependen de personas externas para el cuidado de uno de los miembros, etc.

El conflicto es menos problemático si es manifiesto, ya que la familia puede recurrir a personas externas e incluso unirse para recibir ayuda. Si es oculto nadie se entera y resulta más difícil su solución.

Si la tensión es habitual (siempre sucede lo mismo), puede resultar ser molesta, más que preocupar a la familia. Por ejemplo, cuando un miembro que se alcoholiza a diario.

Las familias que identifican la tensión como proveniente desde **afuera** son familias en las que nadie acepta la responsabilidad del cambio. (9)

Obstáculos que Dificultan el Cambio en las Familias

Es difícil que la familia reconozca los obstáculos que les impiden avanzar, debido a que suelen estar encubiertos. Estos obstáculos serán expuestos en la terapia, y es el terapeuta quien se los remarcará.

Algunos obstáculos aparecen:

- **En la comunicación:** secretos familiares (cuestiones encubiertas dentro de la familia que pueden o no ser explícitas). En estas familias no está aprobado expresarse abiertamente y hablar de “ciertas cosas”, palabras o cuestiones que no pueden ni siquiera ser mencionadas.
- **En la intimidad:** Es importante que los miembros de la familia sepan que las conductas que realizan influirán a otros. En estos casos son frecuentes las coaliciones, alianzas, madres que sofocan a sus hijos, y todo tipo de relaciones que dificulten el cambio.
- **En los roles:** Cada familia asigna roles a sus miembros (que determinar quién hace qué). Lo disfuncional es la rigidez en la asignación de estos roles. Es decir, por ejemplo, si el hombre y la mujer cocinan, y alguno de los dos llega a tener algún inconveniente el otro podrá reemplazarlo (por considerar que desempeñar el rol del otro no es apropiado), así aparecerá el conflicto. Otro obstáculo son los roles que no son tenidos en cuenta. Por ejemplo, nadie lava los platos y el conflicto aparece cuando ya no hay más platos limpios, o cuando la piletta rebalsa de vajilla sucia. Hay familias que otorgan cierta susceptibilidad a uno de sus miembros, y sólo esa persona es vista como

portador del problema, creyendo que si se logra cambiarlo desaparecerá el conflicto.

- **En las reglas:** Las reglas son las que prohíben hacer determinadas cosas. Y son disfuncionales cuando se rigidizan y se vuelven intolerantes.
- **En los objetivos:** Cuando la familia se propone metas que rara vez son alcanzables. Por ejemplo, cuando la familia pretende que su único hijo estudie en una universidad prestigiosa y exigente académicamente. Pero ¿Qué pasa si éste no lo logra? Estar en contra del divorcio y tener que enfrentarse a esta situación puede ser catastrófico.
- **En la historia de la familia:** Aparecen cuestiones que no han sido resueltas. Y se escuchan frases como la de “María nunca...” o “Juan siempre...”. Pero, por supuesto, cada miembro va a tener su propia versión de los hechos que muchas veces puede no coincidir con la de los demás.(9)

2.2.1.3. Definición de la Terapia Familiar:

- La Psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario, la familia. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir.(7)
- La Psicoterapia Familiar concibe a la familia como un microcosmos que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. La vida de la

familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos. (8)

2.2.1.4. Objetivos de la Psicoterapia Familiar:

- Movilizar los puntos fuertes internos de la familia y sus recursos funcionales.
- Reestructurar los estilos desadaptativos
- Explorar la dinámica de interacción familiar y su relación con la psicopatología

2.2.1.5. La efectividad de la Psicoterapia Familiar en algunos trastornos psicológicos

Se han publicado varios estudios que indican la efectividad de la Psicoterapia Familiar en varios trastornos psicológicos, entre los más importantes podemos citar:

- La esquizofrenia, (Recuperación en Esquizofrenia y efectividad de la Terapia Familiar 2009) Trabajo realizado por: María Virginia Rangel Gómez. En el cual destaca que la condición patológica influye sobre la familia y la influencia que la familia tiene es indispensable para la aparición de la esquizofrenia y su evolución ya que es una unidad de patología, también añade que cada una de las partes o miembros de la familia se encuentran relacionados de tal forma que un cambio en una persona originaría cambios en todos los demás. (11)

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (Análisis del contexto familiar de niños con TDAH) Valencia 2006 Trabajo de Dolores Grau Sevilla afirma que las características constitucionales de los niños, influyen en las relaciones padres hijos, son rasgos de personalidad de aparición temprana que consolidan las peculiaridades de cada persona y perduran a lo largo del tiempo. En general, se puede afirmar que los hallazgos sobre el tema reflejan un mayor riesgo de interacciones negativas entre los miembros de la familia y el niño, problemas de relación con los hermanos, tensiones e incluso rupturas de la pareja. (12)
- Adicciones (Un enfoque práctico con resultados prácticos). Trabajo de Miguel Alberto Ramírez Villaseñor; En el presente trabajo, se describe el fenómeno de la adicción cómo un problema familiar. No sólo por cómo la familia es afectada, sino por la manera en que ésta participa, no en la génesis de la misma sino en el mantenimiento de las conductas consideradas como parte de la enfermedad.(13)
- Abuso Sexual (Terapia Familiar Conjunta y Revinculación en Abuso Sexual Infantil) Irene Loyácono. Nos explica que una familia en la que ocurrió un abuso sexual es una familia vulnerada, que requiere un largo proceso de fortalecimiento y recuperación para restablecer los lazos de amor y confianza y para recuperar sus funciones. (14)

Consideraciones para el Terapeuta en las Intervenciones Psicológicas

Antes de entrar a comentar algunas técnicas de intervención específicas, haremos algunas consideraciones de tipo general, que el terapeuta debe tener presente en sus intervenciones. Estas son:

- a) Debe intervenirse respetando a las personas y al sistema familiar en su estilo, ideología y valores. Un desafío frontal a cualquiera de estos puntos lleva al fracaso o a un rechazo que provoca tensión.
- b) No entrar en la familia nada más que hasta donde ellos quieran y puedan dejar entrar en cada momento. Hay que ir entrando conforme ellos van "abriendo las puertas", al ritmo de su confianza y de verse respetados.
- c) Usar un lenguaje acomodado al nivel sociocultural de la familia.
- d) Mantener una actitud neutral ante todos los miembros.
- e) Hay que estar pendiente de no realizar intervenciones "antiterapéuticas", pues serán ineficaces. (15)
- f) Manejo de resistencias: La resistencia es una propiedad que pertenece al sistema terapéutico. La mayoría de las familias acuden a los terapeutas para restaurar su estabilidad que ha sido amenazada. Sea frente a la inevitable progresión del ciclo vital, o a los acontecimientos vividos individualmente por sus miembros, las familias demandan asistencia cuando tienen que adaptarse a algo nuevo y experimentan dificultades para hacerlo. Es lógico, por lo tanto, que resistan los esfuerzos del terapeuta destinados a cambiar aún más el estado de cosas. Si el terapeuta presupone que la familia no es ambivalente (paradójica) en la demanda del cambio, no percibirá las dificultades de ésta para aceptar la terapia, y acaso la "ahuyente" con un proceder apresurado. (16)

2.2.1.6. Técnicas de Psicoterapia Familiar

Entre las técnicas de Psicoterapia Familiar tenemos las siguientes:

1. Acomodo y Unión.- Debido a que cada familia llega al consultorio con unos patrones rígidos y una homeostasis inflexible, el terapeuta debe de acomodarse como un experto empático entre los demás miembros de la familia. Una vez que este acomodo se realiza, es importante confrontar y retar los estilos y hábitos anquilosados de la familia. Esta labor es sólo posible si el terapeuta le demuestra a la familia que él puede desarmar sus defensas, pero de tal manera en que no se sientan amenazados y en donde cada miembro se sienta que el terapeuta los acepta y los entiende. Por lo tanto, el terapeuta no debe aliarse de manera permanente con un solo miembro o con un solo subsistema, sino que sus confrontaciones o alianzas temporales están condicionadas de manera estratégica para ir debilitando coaliciones disfuncionales y fortalecer subsistemas deteriorados. (17)

2. Realineamiento de Fronteras. Las familias disfuncionales usualmente presentan dinámicas en donde sus fronteras o son muy flexibles (o abiertas) o muy inflexibles (o cerradas). El terapeuta debe entonces de intentar realinear dichas fronteras incrementando o la proximidad o la distancia entre los subsistemas familiares. Si la familia está muy enredada, el terapeuta usará intervenciones que irán creando fronteras donde no las había para ir creando la independencia de sus miembros. (17)

3. Reinterpretar el Síntoma. Aquí el terapeuta redefine el síntoma del paciente identificado (el chivo expiatorio) dándole a su vez un nuevo significado, el cual el terapeuta usará para lidiar con algún problema estructural. El propósito de esta técnica no es sólo remover o desenfocar el síntoma de la depresión, sino más importante aún, el abrir nuevos canales que permitirán una nueva estructura de subsistemas en la familia. (17)

4. Clarificar: es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes.

La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que...?" o "¿Lo, que tratan Uds. de decirme es que...?"

El empleo de la técnica de la "clarificación" se aconseja, lógicamente, siempre que no estemos seguros de haber captado el sentido del mensaje del paciente y siempre que deseemos evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas. En la primera entrevista suele emplearse con más frecuencia esta técnica. (17)

5. La Recapitulación consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella.

Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos. Así, pues, los objetivos que permite alcanzar esta técnica son: enlazar diversos elementos dispersos a lo largo de la comunicación de algún miembro de la familia; identificar un tema o estructura común a una serie de enunciados; interrumpir una divagación excesivamente larga.

Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente; en este último caso, cumple una función muy próxima a la técnica de la "clarificación". (10)

6. Preguntas Circulares

Podemos definir la "pregunta" como una oración (estructura sintáctica) en la que el hablante (terapeuta) se dirige a uno o varios interlocutores (miembros de la familia) con el deseo de que completen una información con su respuesta.

En las "Preguntas Circulares" se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia. Siguiendo a Bate son cuando expresa que "la información es la diferencia que produce modificaciones podemos afirmar que mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye en un meta nivel (meta comunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la comprensión del carácter circular de las relaciones de la familia. (10)

Las Técnicas de Psicoterapia Familiar Utilizadas en la presente Investigación fueron:

7. Escultura Familiar

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, á través de la formación de un cuadro físico. (18)

La técnica fue ideada por Kantor y Duhl ("Boston Family Institute") y desarrollada por Papp ("Family Institute" de Nueva York) y por Virginia Satir.

La escultura familiar es un instrumento de diagnóstico y una técnica terapéutica: se visualizan y se experimentan, espacial y concretamente, la configuración relacional de la familia. En la escultura familiar queda simbolizada la posición emocional de cada miembro de la familia respecto de los otros.

La forma de llevar a cabo esta técnica es la siguiente: el terapeuta pide a un miembro de la familia que sea "escultor", mientras que el resto del grupo constituye su "arcilla"

humana. La invitación a esculpir puede dirigirse a cualquier miembro de la familia que al terapeuta le parezca que responde más espontáneamente. Por ejemplo, puede pedir al paciente identificado que sea el escultor teniendo en mente la capacidad que este miembro a menudo tiene para captar niveles profundos de la dinámica familiar. O puede elegir a uno de los niños, tal vez porque como el resto de la familia no lo identifica con "el problema", no participa demasiado en las sesiones. También es posible que sean todos y cada uno de los miembros los que en la misma sesión hagan su escultura".

Una vez seleccionado el escultor, el terapeuta pide al resto del grupo que se ponga de pie y que realice los movimientos que el escultor indique. Después de haber establecido las reglas básicas, el terapeuta deja lugar al escultor, quien inicia la construcción del cuadro; en adelante, el terapeuta toma la posición de observador y comentarista. Debe dejarse que la escultura se desarrolle a su propio ritmo y luego se pide a los participantes que compartan algunos de los sentimientos acerca de las posiciones físicas en que se encuentran. Cuando se pide a los miembros de la familia compartir dichos sentimientos con el escultor, es útil que el terapeuta los oriente a que expresen cómo se sienten en ese preciso momento, respecto de su posición física; esto evita que los miembros de la familia se vuelvan a sumergir en una discusión intelectual sobre sus relaciones.

Cuando el escultor ha terminado, el terapeuta puede pedirle que encuentre una posición para sí mismo en la escultura, ubicándose él mismo dentro del cuadro.

La técnica de la escultura familiar se puede emplear ya desde la primera sesión, pidiendo a los miembros de la familia que esculpan sus diferentes visiones de la familia en vez de "hablar" sobre sus problemas. En una sesión ulterior, puede solicitar a los miembros que esculpan su visión "idealizada" de la familia; de esta manera el terapeuta utiliza esta técnica con el fin de elucidar los objetivos familiares del

tratamiento. El terapeuta puede utilizar la técnica de la escultura familiar como un medio de enfrentar un período de resistencia en el que pareciera no existir evolución. Puede ser particularmente eficaz, por ejemplo, para quebrar la intelectualización defensiva de algunos grupos familiares altamente verbales.

Resumiendo: una escultura familiar es una "metáfora" espacial: se obtiene y se transmite información sobre la familia sin requerir comunicación lingüística. La "comunicación analógica" de la escultura familiar sirve para abordar directamente el plano experimental sin la intervención del lenguaje. (18)

a) Finalidad de la escultura

En cuanto utilizamos una vez la escultura nos quedamos prendados de ésta técnica. De un modo inmediato recibimos el impacto de una revelación directa del esquema vincular del grupo en juego.

Esta capacidad de mostrar en un vistazo lo que por otras vías nos exigiría un proceso largo y premioso de análisis hace que la escultura sea una de las técnicas cada vez más usadas en el tratamiento de todo tipo de grupos, entre ellos el familiar. Se muestra como un instrumento muy eficaz para el diagnóstico, la comprensión y la reconstrucción del sistema familiar.

Para el diagnóstico del esquema vincular de una pareja o familia no hay más que construir una (o varias desde distintos puntos de vista) escultura. La toma de contacto con la estructura general de la familia es inmediata, se muestra al primer vistazo. Como dice Minuchin da "indicaciones sobre alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento". y más concretamente Simón, Stierlin y Wynne: "Entre los tipos de configuraciones interaccionales que pueden ilustrarse figuran la proximidad y la distancia entre los miembros de la familia, la estructura de la jerarquía familiar y los modelos de comunicación no verbal".

Este aspecto diagnóstico interesa sobre todo al terapeuta, aunque también afecta a la familia en estudio.

La comprensión más profunda, el insight emocional de todos y cada uno de los componentes de la familia de lo que "esta ocurriendo" aquí entre nosotros" nos parece un paso importante más allá de aquel primer entendimiento racional que compete al diagnóstico. Significa comenzar a abrir los caminos a un posible cambio.

Esta segunda función de la escultura puede cumplirse también con la simple construcción y el soliloquio consiguiente.

Un salto a lo propiamente terapéutico, a una reconstrucción a través de un cambio, suele exigir la utilización de las técnicas auxiliares que hemos descrito.

Las "técnicas elementales" del doble, cambio de roles, espejo y lo que denominamos "pasos" o técnicas de tránsito de una a otra escultura, pueden llevar a lo que se denomina en psicodrama una catarsis de integración total, que implica una explicación o toma de conciencia racional, una comprensión emocional que suele acompañarse de los fenómenos emocionales de la abre acción y un reajuste, un cambio profundo de la estructura de tipo cualitativo; es decir una reconstrucción o reestructuración del sistema.(18)

De un modo muy breve podemos obtener las siguientes conclusiones:

- La escultura es una de las técnicas de mayor utilidad en terapia familiar.
- Puede utilizarse tanto en los tratamientos de pareja como de familia, sea en el sistema total familiar o en distintos subsistemas.
- La combinación con otras técnicas psicodramáticas multiplica la efectividad de la escultura.

- La escultura puede cubrir funciones de diagnóstico, comprensión y reestructuración.

8. Narración de cuentos metafóricos

Definición:

- Son todas las formas, que incluyen la alusión, la alegoría, la analogía, el símbolo y los tropos o figuras del lenguaje, que pueden involucrar a todos los sentidos físicos y psicológicos. (18).
- Desde los tiempos de los filósofos griegos, se ha elucubrado sobre las metáforas intentando definir las. Aristóteles definió la metáfora como una serie de palabras en las que se da una comparación entre dos o más entidades que son literalmente diferentes (Lyddon, Clay y Sparks, 2001). Y fue más allá afirmando que la capacidad de generar metáforas nos descubría el poder de la mente sobre la posibilidad de las cosas (Sims, 2003).

Aunque podríamos establecer distinciones entre conceptos como metáfora, parábola, alegoría, etc., en este trabajo el término metáfora lo utilizaremos de una manera amplia, genérica. Nos centraremos en la clave del concepto; esto es, en el traslado de un significado (Mosterín, 2003)

La técnica de "narración de cuentos metafóricos" cumple una doble función, tanto si el cuento es narrado entre todos los miembros de la familia, como si es el terapeuta quien lo cuenta a la familia. En el primer caso, su función será más diagnóstica que terapéutica, y en el segundo caso, a la inversa.

La familia narra el cuento: El terapeuta propone a todos los miembros de la familia que se coloquen en posición relajada y se les recomienda cerrar los ojos. Se les pide que uno de ellos empiece el cuento con la frase "Erase una vez..." continuando con algo más. El siguiente miembro deberá continuar con otra frase, más o menos larga. Así, sucesivamente, y entre todos irán construyendo un cuento en el que, sin salirse del tema, cada miembro lo va enriqueciendo con nuevos personajes y situaciones.

Después de varias vueltas, cada miembro habrá aportado cinco o siete frases, dependiendo, lógicamente del número de miembros que esté compuesta la familia.

La metáfora sirve al terapeuta como obtención de claves para entender algo más de la familia, y a los miembros del sistema familiar como aportación de visiones nuevas sobre la situación.

Una vez narrado el cuento, el objetivo no será tanto el "analizarlo" racionalmente, sino "dejarlo ahí" como semilla que dará su fruto más adelante. A veces, algún miembro querrá hacer algún comentario sobre el cuento; ese comentario lo podrá utilizar el terapeuta como elemento para la interacción familiar. (18)

a) Las metáforas en terapia

Las metáforas que se emplean en terapia se podrían clasificar en dos grandes grupos:

- A.** las que expone el terapeuta
- B.** las que identificamos en el relato del cliente

A) Las que emplea el terapeuta, pueden ser originales del terapeuta o bien extraídas de otras fuentes. De hecho la vida misma es una inagotable fuente de metáforas. Los terapeutas experimentados ya van con una carpeta repleta de útiles metáforas bajo el brazo, y con su creatividad también a cuestas para inventarse las que convenga durante el transcurso de la terapia.

B) Para trabajar con las metáforas que se encuentran en el relato del cliente, nos propone una serie de pasos a seguir:

1.- Escuchar la metáfora. En muchos casos, los psicoterapeutas escuchan directamente el significado de las palabras del cliente, pero no las palabras mismas que es donde se encuentra la metáfora. Así que el primer paso debe consistir en entrenarnos para escuchar esas palabras que conforman la metáfora.

2.- Validar la metáfora. Este paso consiste en "marcar" la metáfora ante el cliente como algo interesante a investigar.

3.- Expandir la metáfora. En este momento se debe invitar al cliente a dar las asociaciones que le produzcan la metáfora (las emociones e imágenes que le suscita).

4.- Jugar con las posibilidades. Aquí ya se pregunta sobre lo que debe significar la metáfora. Cuantos más significados emergen más caminos de actuación aparecen. Tanto para expandir como para jugar con las posibilidades de la metáfora hemos de luchar contra el hábito endémico de darles una interpretación, nuestra interpretación.

5.- Marcar y seleccionar. Una vez vistas diferentes posibilidades, se trata de escoger la que más se adapte al objetivo del tratamiento.

6.- Conectar con el futuro. Hablar del futuro del cliente a través de la metáfora. (15)

b) La importancia de la narración metafórica en la depresión

Las metáforas pueden constituir un buen inicio de las terapias. En cualquier forma de terapia, el primer paso suele constituir en explicarle al paciente en qué va consistir la terapia. Las técnicas psicológicas suelen ser algo nuevo para el paciente, así que una forma de que las entiendan es compararlas con algo que ya conocen, lo que ayuda en la depresión.

El uso de las metáforas es otra forma de contemplar el problema, una nueva forma de hacerlo para el cliente. Y está claro que si las viejas estrategias no le servían, bienvenidas deben ser las nuevas. Con las metáforas de repente se fomenta la imaginación y la creatividad, motivando y disminuyendo los síntomas en la depresión, una comprensión analógico-metafórica puede, constituir una solución, iniciar el camino hacia la misma o cambiar substancialmente el enfoque del problema. En definitiva, las metáforas pueden constituir trampolines heurísticos.

Si necesitamos de la imaginación y la creatividad del cliente, su papel de repente se convierte en más activo. La movilización del cliente es siempre el primer y a veces el único objetivo de la mayoría de las terapias. La participación activa la fomenta.

Las metáforas presentan otras ventajas. Una de ellas es que resultan fáciles de recordar. La literatura sobre memoria de la información verbal concluye que el material se recuerda mejor si está organizado y es interesante, si provoca emociones no demasiado intensas y utiliza anclajes sensoriales. Como vemos, todas estas características las encontramos en las metáforas. Las metáforas suelen gustar, sólo hemos de fijarnos en la mayoría de adjuntos que se mandan en los correos electrónicos con todo tipo de metáforas. Que gustan no cabe duda y que son fáciles de recordar tampoco. Los publicistas saben muy bien las ventajas que presentan las metáforas para ser recordadas, fijémonos en la cantidad de anuncios que las emplean.

Otra de las ventajas que presentan las metáforas es que no provocan resistencias. Si el terapeuta sugiere al cliente cuál es la forma correcta en la que debería comportarse,

probablemente aparecerán algunas resistencias, sin embargo si le cuenta una fábula al respecto, es probable que no se cree resistencia. (17)

9. Role Playing

A finales de los años 60 se desarrolló en [Estados Unidos](#) un nuevo concepto de juego. Concretamente, se atribuye al profesor de sociología del [Boston College](#) [William A. Gamson](#), creador en [1966](#) del SimSoc ([Simulated Society](#)), juego utilizado en universidades y otros grupos para enseñar diversos aspectos de la sociología, ciencia política y habilidades de comunicación y en psicología. En un mundo cada vez basado en la comunicación audiovisual, este nuevo tipo de técnica, en especial en la psicoterapia Gestáltica. El intercambio de rol es una técnica interpretativo-narrativo en el que las personas asumen el «rol» de [personajes](#) imaginarios o de personas en conflicto a lo largo de una historia o trama en la que interpretan sus diálogos y describen sus acciones.

La técnica cambio de roles o "ponte en mi lugar", facilita a los que lo realizan una comprensión profunda e inmediata de lo que significa para el otro el lugar que ocupa en el esquema relacional, tanto en la pareja, como en la familia, donde se puede practicar un cambio de roles múltiple, es decir pasando por todos los personajes de la familia.

De menor entidad, pero también muy útiles cuando se recurre a ellas en el momento oportuno son el resto de las técnicas elementales. (18)

a) Aporte del cambio de roles, en el maltrato infantil

- Al desarrollo de la [empatía](#) y la [tolerancia](#): mediante estos juegos se aprende a meterse en la piel de “otro” y empezar a plantearse qué sienten los demás en situaciones que como el maltrato infantil.

- A la [socialización](#): la técnica de Rol fomenta el apoyo mutuo y la relación en términos de igualdad. Como ya se ha dicho: no se trata de una técnica de competencia de quien tiene la razón, sino cooperación.
- A la potenciación de habilidades no explotadas y comprensión de aspectos no desarrollados de la personalidad.
- Al encuentro de intereses y gustos personales.
- A la toma de [conciencia](#) y [responsabilidad](#): a lo largo de la técnica, los participantes se enfrentan a decisiones que llevan a sus correspondientes consecuencias. Esto es importante para crear en el individuo una consciencia más amplia de sus actos.
- A la [sublimación](#) de los aspectos reprimidos de la [personalidad](#): al ser una técnica en el que cada uno interpreta un personaje, en la mayoría de los casos el personaje encarnado es una proyección de ciertos aspectos reprimidos en el paciente como es el miedo la frustración.
- A la capacidad de trabajo en grupo y toma de decisiones, habilidades que son de gran importancia en la sociedad, y muy valoradas a la hora de buscar ayuda.
- A la capacidad de improvisación y resolución de problemas, pues se basan en plantear situaciones que han de ser resueltas en función de las habilidades de un personaje. (18)

b) El role playing y su aporte en la ansiedad

- El role playing de fantasía han servido para ayudar a grupos de niños con cuadros de ansiedad ya que por el papel que representas sacan sus

frustraciones provocando un desahogo de modo que los niveles de ansiedad bajan o desaparecen

- Los resultados obtenidos de la investigación sobre el valor de la técnica de rol de fantasía como estrategia para desarrollar la creatividad de los niños, demuestra un mayor desarrollo para niños con ansiedad ya que se desarrollo habilidades para expresarse, y la organización de estructuras verbales.

Aplicación de las Técnicas de la Psicoterapia Familiar (Escultura Familiar, Narración de Cuentos Metafóricos, Role Playing), a las familias de los estudiantes víctimas de maltrato:

El diagnóstico fué: niños con bajo rendimiento escolar, ansiedad, depresión, y baja autoestima, que manifiestan sentimientos de soledad, culpa, signos y síntomas de ansiedad grave, moderada y leve de origen psicológico, signos y síntomas de depresión grave, moderada y leve, como consecuencia del maltrato físico y psicológico. Estos datos los obtuvimos aplicando los respectivos test (CDI; IDAREN; ROSEMBERG) y como instrumento para obtener información del rendimiento escolar utilizamos la libreta de calificaciones.

En base a este diagnóstico se realizaron las sesiones psicoterapéuticas que tendrían una duración de una hora cada sesión, en un total de ocho sesiones una vez por semana, el objetivo de esta fue: buscar el bienestar de la familias reestructurando los estilos desadaptativos, crear condiciones psicológicas favorables estableciendo un ambiente protegido en donde sus miembros se sientan escuchados, comprendidos, aceptados y apoyados; disminuir el nivel de ansiedad, depresión, en los niños y elevar el autoestima en las familias en tratamiento.

El número de familias que asistieron a la Psicoterapia Familiar fueron 16. A continuación se detalla las sesiones realizadas:

Sesión N° 1

La intervención terapéutica comienza creando un ambiente de empatía, con un saludo de bienvenida y presentación, resaltando la importancia de asistir a Psicoterapia Familiar más aun cuando existe maltrato infantil. Esta primera sesión nos ayudó a la recolección de datos de cada una de las familias en conflicto.

Sesión N° 2

El tema de esta intervención fué “La Comunicación”, trabajamos con la técnica de la Escultura Familiar, esta técnica fue abordada de la siguiente manera: le pedimos al niño que esculpa sus diferentes visiones de su familia en vez de hablar de sus problemas, para lo cual se tomó a la familia como un cuadro vivo, en que el niño iba colocando de acuerdo a su proyección del problema.

Luego fuimos explicando lo que significaba cada representación que hacia el niño de una forma que se haga consiente la importancia de la comunicación en el hogar sin llegar al maltrato.

Sesión N° 3

En esta sesión el tema a tratar fue los “Roles de la Familia” para lo cual se trabajó con la técnica “Role Playing” de la siguiente manera: Se le pide a los padres que libre y espontáneamente hagan mímicas expresando, enojo, tristeza, miedo, preocupación envidia, etc. El niño debe adivinar las emociones y lo que sintió durante el juego. Esto permitió a los padres darse cuenta que cada acción tiene una reacción

en este caso si muestra enojo el padre el niño tiene miedo, pero cuando el niño muestra enojo el padre es indiferente.

Sesión N°4

El tema de esta sesión fue “El Perdón”, para esto seguimos trabajando con la técnica Role Playing de la sesión anterior aquí le pedimos a la familia que cierren los ojos y que imaginen que es lo que nos esta faltando en la vida para ser felices y que es lo que debemos desechar para encontrar la paz.

Sesión N°5

El tema de esta sesión fue el “Autoestima” aquí aplicamos la técnica del Role Playing de la siguiente manera: Se le pide al padre que ocupe el lugar de su hijo y viceversa, diciendo que es lo positivo de la persona representada, de esta manera trabajamos en la forma de verse a sí mismo (autoimagen).

Sesión N°6

En esta sesión el tema fue “El Maltrato Infantil” para lo cual utilizamos la técnica de La Narración de Cuentos Metafóricos en la misma que narramos una historia de Maltrato Infantil que reproduce la ansiedad de los niños y la tristeza de que los padres los golpeen, luego de esto luego de esto pedimos que expresen como se sintieron cada uno de ellos al mismo tiempo exponen sus conclusiones y que van hacer de hoy en adelante.

Sesión N°7

En esta sesión nos dedicaremos a evaluar con las familias cuanto ayudó la Psicoterapia Familiar en sus problemas y a prepararles para el cierre de las terapias pidiéndoles que escriban que fue lo positivo en este caso como se sintieron y que alcanzaron en la Psicoterapia Familiar.

Sesión N°8

En esta sesión fue la finalización de la Psicoterapia Familiar la misma que la culminamos con la aplicación de los respectivos Test con el fin de comprobar si la Psicoterapia Familiar ayudó a disminuir los síntomas de maltrato en los niños. Nos despedimos de las familias utilizando la técnica de Narración de Cuentos Metafóricos para fortificar lo aprendido de la Psicoterapia Familiar.

Cabe recalcar que estas técnicas (Escultura Familiar, Role Playing, Narración de Cuentos Metafóricos), no están diseñadas para que los síntomas del maltrato infantil desaparezcan, sino que al cambiar la estructura familiar cambiará también los estímulos negativos que causan la ansiedad, depresión, baja autoestima y bajo rendimiento escolar.

2.2.2 MALTRATO INFANTIL

2.2.2.1 Consideraciones Históricas, Sociales y Culturales del Maltrato Infantil

La mayoría de los datos históricos que se tienen respecto a los malos tratos recibidos por niños y niñas, muestran que la resolución de los conflictos mediante el castigo severo constituye una práctica arraigada desde la antigüedad.

Actualmente, en muchas familias, cuando alguien quiere intervenir a favor de un niño, se dice: “el es mi hijo y yo hago lo que quiero con él”; es decir, el concepto de

"propiedad privada" está internalizado en nuestra forma de ver y entender las relaciones con nuestros hijos. Sin lugar a dudas, estamos inmersos en una milenaria cultura impregnada de pautas de crianza mal tratante de los hijos, social y culturalmente aceptadas. Entonces, es muy normal que quienes ejercen violencia no sean capaces de vislumbrar el maltrato como una práctica inadecuada, dañina y con consecuencias nefastas para los niños constituidos en víctimas.

Las causas que explican este fenómeno de violencia responden a múltiples factores. Entre ellos se pueden mencionar: factores propios del agresor, como son: sus características culturales, biológicas o psiquiátricas; factores propios del agredido, como son las desventajas del niño en términos de problemas físicos, mentales o el desapego afectivo; factores ambientales, como la pobreza y factores culturales, tales como la creencia que el castigo es parte de la crianza de los hijos, en una sociedad centrada en los derechos de los adultos.

Son estas condiciones las que dificultan establecer nuevos paradigmas en las relaciones humanas y sociales, dado que implica replantearse, flexibilizarse, sensibilizarse y aceptar que todos somos iguales y que, por lo tanto, cada persona, sea niño, joven, mujer, adulto o anciano, merece la igualdad de espacios para desarrollarse, el respeto a sus derechos más elementales, una libertad plena para pensar diferente y un trato digno y sin violencia. (20)

2.2.2.2 Definición:

- El maltrato infantil es "cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de acción u omisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico, psicológico y emocional del niño" (Martínez y De Paul, 1993).(1)

- A su vez, la Organización de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 1989, define al maltrato de la siguiente manera : Niños que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial.(20)
- Finalmente, la última definición considerada en este trabajo, es la planteada en el Comité Intersectorial de Maltrato Infantil, que en su informe final de 1996 entrega una definición única: Una condición evitable que perjudica el bienestar psicosocial del niño y del adolescente que puede ser atribuida a la acción u omisión de personas, instituciones u otros.(21)

2.2.2.3. Factores de riesgo del maltrato infantil

Los factores de maltrato en la infancia es compleja dado el carácter psicosocial de este problema. De las investigaciones realizadas para identificar los factores de riesgo o indicadores específicos, podemos referirnos a los siguientes:

- **Relaciones entre padres:** Segundas nupcias, disputa maritales, padrastros cohabitantes, o padres separados solteros.
- **Relación con el niño:** Espaciamiento entre nacimientos, tamaño de la familia, apego de los padres al niño y expectativas de los padres ante el niño.
- **Estrés estructural:** Malas condiciones de vivienda, desempleo aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.
- **Estrés producido por el niño:** Niño no deseado, niño problema, un niño que no controla su orina o su defecación, difícil de disciplinar, a menudo enfermo,

físicamente deforme o retrasado. Las posibilidades de que estos "factores de estrés" situacionales desemboquen en el maltrato infantil o el abandono, determinan la relación padres-hijo y dependen de ella. Una relación segura entre éstos amortiguará a cualquier efecto del estrés y proporcionará estrategias para superarla, a favor de la familia. En cambio, una relación insegura o ansiosa no protegerá a la familia que esté bajo tensión; la "sobrecarga de acontecimientos", como las discusiones o el mal comportamiento del niño, pueden generar diversos ataques físicos o emocionales. En suma, lo anterior tendrá un efecto negativo en la relación existente entre los padres y el hijo, y reducirá los efectos amortiguadores aun más. Así, se establece un círculo vicioso que, a la larga, lleva a una "sobrecarga sistemática", y en que el estrés constante ocasiona agresiones físicas reiteradas. La situación empeora en forma progresiva, sin la intervención pertinente, y podría calificarse como una "espiral de violencia".(20)

- **Modelamiento de los padres hacia el hijo:** Como sugiere el modelo, el grado de involucramiento de los padres en la relación con el niño dependerá de la personalidad o el carácter y su patología, como sería el mal control del temperamento y los desordenes psiquiátricos. Estos factores de personalidad pueden ser resultado de las experiencias sociales tempranas del padre o la madre; de hecho, muchos padres que maltratan informan que ellos mismos fueron víctimas del maltrato cuando eran niños.
- **Padres maltratados:** Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de crianza, inseguridades, y perspectivas o expectativas que no se ajustan a lo que es de esperar en cada etapa evolutiva de sus hijos. Como señala Kempe,

estas características psicológicas en sus padres, son un importante potencial del maltrato. De tal forma que:

"Cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas anímicas y con dificultades para requerir apoyo externo, puede desatar la violencia". (23)

2.2.2.4. Tipos de maltrato

- a) **Maltrato físico:** comprende cualquier acción no accidental que provoque daño físico o enfermedad en el niño, adolescente o lo que coloque en grave riesgo de padecerlo. Existen varias formas de agresión: golpes de puño, golpes con objetos, palmadas, patadas, entre otros todos estos conllevan a la formación de hematomas, tumefacciones. Maltrato que afecta a los huesos, masa encefálica que por su gravedad requieren internamiento, este maltrato se caracteriza por ser permanente, constante que produce afecciones emocionales y somáticas. (23)

Signo de maltrato físico:

- Considere la posibilidad de maltrato físico en el niño cuando estén presentes:
- Quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados, o dolores en el niño que aparecen bruscamente y no tienen una explicación convincente.
- Hematomas u otras [marcas](#) evidentes luego de haber faltado a clases.
- Parece temerle a sus padres y protesta o llora cuando es hora de dejar el colegio para ir a su casa.

- Le teme al acercamiento o contacto de otros mayores.
- Nos dice que le han pegado en su casa.

b) Maltrato psicológico: Es la hostilidad verbal crónica y bloque constante de las iniciativas de interacción infantil y juvenil. Dentro de las cuáles tenemos amenaza de abandono, rechazo, despreocupación, aislamiento, vejámenes con epítetos impronunciables, no compartir juegos, no proporcionar cariño, producidos por los padres o adultos cuidadores y que los dañan en su esfera emocional. (23)

Signos de maltrato psicológico:

Considere la posibilidad de maltrato psicológico cuando el niño:

- Muestra comportamientos extremos, algunas veces una conducta que requiere llamados de atención y otras pasividad extrema.
- Asume tanto roles o actitudes de "adulto", como por ejemplo cuidar de otros niños, como otras demasiado infantiles para su edad.
- Muestra un desarrollo físico o emocional retrasado.
- Ha tenido intentos de [suicidio](#).
- Constantemente los padres menosprecian, o culpan al niño.
- Abiertamente los padres rechazan al niño

c) Abuso sexual: comprende las acciones recíprocas entre un niño y un adulto, en los que el niño está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño. (23)

Signos de abuso sexual:

Es necesario remarcar que el grado de afectación o impacto sobre el niño depende de varios factores como quien perpetró el abuso, la cronicidad del hecho, la utilización de fuerza, la personalidad particular del niño abusado, su edad o sexo, etc. Es por ello que el niño abusado puede responder de variadas formas. Teniendo en cuenta ello, considere la posibilidad de abuso sexual cuando el niño:

- Tiene dificultades para sentarse o caminar.
- Repentinamente no quiere hacer ejercicios físicos.
- Demuestra comportamientos o conocimientos sexuales inusuales o sofisticados para la edad.
- Tiene o simula tener actividad sexual con otros compañeros menores o de la misma edad.
- Queda embarazada o contrae enfermedades de transmisión sexual antes de los 14 años.
- Hay antecedentes de haber huido de la casa.
- Dice que fue objeto de abuso sexual por parte de parientes o personas a su cuidado.
- Ninguno de estos signos por si solo demuestra o prueba que el maltrato físico esta presente en la casa de este niño. Alguno de estos signos suelen hallarse en algún momento, en algún niño o familiar. Cuando los mismos aparecen en forma repetida o se combinan entre sí, es necesario que el docente considere la posibilidad que este niño este sufriendo algún tipo de maltrato e intente algún acercamiento más íntimo con él y su situación.

d) Abandono y Negligencia: Se refiere a la falta de protección, cuidados básicos, supervisión, atención que afecte el desarrollo físico, emocional o

intelectual del niño, `por parte de padres o cuidadores. El máximo grado es el abandono, que tiene repercusiones psicológicas y características somáticas. (23)

2.2.2.5. Consecuencias del Maltrato Infantil

Por consecuencias entendemos toda serie de alteraciones en el funcionamiento individual, familiar y social de las víctimas de maltrato, siendo los aspectos más conocidos la [reproducción](#) del mismo y las alteraciones en el rendimiento académico, en el ajuste psíquico individual y en el tipo de relaciones en las que el sujeto participa.(23)

Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico.

a) Consecuencias Somáticas:

- **Abandono Físico:** retraso pondoestatural, cronificación de problemas por falta de tratamiento físico, vitaminopatías, eritemas de pañal, aplanamiento del occipucio, aparición de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación y [producción](#) de quemaduras y otras lesiones por [accidentes](#) familiares debidas a una falta de supervisión.(25)
- **Maltrato Físico:** lesiones cutáneas, quemaduras, lesiones bucales (que pueden afectar a la posición de los dientes), lesiones óseas (que pueden afectar el crecimiento y la movilidad articular), lesiones internas (traumatismos craneales y oculares) entre las que destacan aquellas que producen edemas cerebrales puesto que pueden tener secuelas neurológicas.(25)

Al hablar de consecuencias psicológicas se refieren a la variedad de comportamientos que pueden aparecer, sean alterados o como ellos los llaman "excesos conductuales" y también los retrasos o "déficits" en ciertos repertorios que se esperarían en los niños en [función](#) de sus edades respectivas. Estas consecuencias pueden manifestarse a corto, a mediano y largo plazo, es decir, en la infancia, [adolescencia](#) y edad adulta. Las consecuencias serían las siguientes:

b) Consecuencias durante la infancia:

A corto plazo: Incluye los efectos que estos pueden tener sobre el desarrollo físico del niño en el periodo comprendido entre los cero y los ocho años de edad, esto debido a que, según el autor este es el periodo en donde los cambios más rápidos y drásticos se producen en el periodo de cero a seis/ocho años.

La principal y secuela que los malos tratos producen en el desarrollo de los niños es precisamente su retraso que se nota alrededor de la edad de un año, y ya es muy claro a los veinticuatro meses. (25)

Las áreas comportamentales que se encuentran más afectadas en este periodo son las siguientes:

- **Área cognitiva:** presentan un menor desarrollo cognitivo, se muestran más impulsivos, menos creativos, más distraibles y su persistencia en las tareas de [enseñanza](#) aprendizaje es menor. Son menos habilidosos resolviendo problemas y cuando llegan a la [edad escolar](#) muestran peores resultados en las [pruebas](#) de CI y tienen malas ejecuciones académicas. Los niños maltratados funcionan cognitivamente por debajo del nivel esperado para su edad, ya que sus puntuaciones en escalas de desarrollo y tests de [inteligencia](#) son menores que en los niños no maltratados, sus habilidades de resolución de problemas

son menores y hay déficit de atención que comprometen el rendimiento en las tareas académicas.

- **Área social:** a los 18 y 24 meses sufren un apego ansioso y presentan más rabia, frustración y conductas agresivas ante las dificultades que los niños no maltratados. Entre los 3 y 6 años tienen mayores problemas expresando y reconociendo afectos que los controles.

También expresan más [emociones](#) negativas y no saben animarse unos a otros a vencer las dificultades que se presentan en una tarea. Por último, presentan patrones distorsionados de interacción tanto con sus cuidadores como con sus compañeros. Se han identificado seis patrones distorsionados de comunicación afectiva entre los niños maltratados y sus cuidadores: eran retraídos o distantes afectivamente, mostraban falta de placer o bienestar, eran inconsistentes en la interacción, presentaban ambigüedad, frivolidad y una comunicación afectiva negativa. Estos niños se acercan menos a los cuidadores, evitan más a los adultos y a los compañeros y son más agresivos con los adultos. También se descubrieron que los niños maltratados físicamente eran más agresivos que los controles y que los que padecían abandono interaccionaban menos de lo normal estos mismos autores, pero en el año de 1988 indican que los niños maltratados han mostrado falta de empatía. Son niños que entre 1-3 años de edad no mostraban interés por escapar a las situaciones molestas de la guardería y cuando lo hacían eran violentos, reaccionaban con ataques físicos, [cólera](#) o miedo. También se ha visto que los niños maltratados son menos recíprocos en las interacciones con sus iguales y mencionan que estas dificultades en habilidades de empatía perduran hasta la edad adulta.

- **Área del lenguaje:** ha revisado varios estudios al respecto se ha encontrado lo siguiente: los niños que padecen de maltrato físico, a los 30 meses, no se diferencian de los niños control en cuanto a [lenguaje](#) comprensivo pero si en el productivo, en lo que se refiere a sensaciones, sentimientos y necesidades y los niños que padecen abandono y maltrato físico presentan un déficit en la expresión de este tipo de verbalizaciones referentes a estados internos. Coster, Gersten, Beeghl y Cicchetti (1989) estudiaron la interacción verbal madre e hijo en niños de 31 meses. Observaron que los niños maltratados físicamente utilizan un lenguaje menos complejo sintácticamente, tienen menos vocabulario expresivo y conocen menos palabras que los normales. Burgess y Conger (1978), observaron que las madres de los niños que padecen abandono y maltrato físico hablan menos con sus hijos que las controles, en los casos de abandono físico las madres dan menos recompensas verbales y aprobación a sus hijos, y se muestran más propensas a criticarlos. En los casos de maltrato físico se ha visto que utilizan menos instrucciones verbales para ayudar a sus hijos a superar las dificultades normales de su ambiente. Inician menos interacciones de [juego](#) e ignoran más a sus hijos. Estas dificultades de lenguaje no desaparecen a lo largo del tiempo, sino que perduran hasta la edad escolar. Los niños maltratados, tal como lo señala Blager y Martín (1976), los niños maltratados presentan dificultades de comunicación y de habilidades de expresión.
- **Área de autonomía funcional:** Pino y Herruzo (2000) señalan que por un lado, puede haber conductas de cuidado personal (aseo, vestido, [nutrición](#), etc.) que en condiciones normales deben ser aprendidas en el seno familiar y, por otro lado, están las habilidades de la vida en [comunidad](#), es decir, la capacidad que el sujeto tiene de funcionar de forma independiente a sus progenitores o cuidadores y señalan que los resultados de Egeland et al.

(1981, 1983) muestran que los niños que padecían diferentes formas de maltrato presentaban un apego ansioso, en especial los que sufrían abandono emocional. Estos niños tendían a ser menos obedientes a sus padres y educadores que los controles y presentaban menor repertorio de autocontrol. El grupo de abandono físico resultó especialmente dependiente del educador para aquellas tareas propias de la nutrición que se llevan a cabo en el colegio. Sin embargo en cuanto a los comportamientos de funcionamiento independiente con respecto a los padres en su medio, estos niños llegan a estar al nivel o por encima de los controles (Pino, 1995). Esto podría ser consecuencia directa del número de horas que estos pasan solos, muchas veces en la calle, desde edades muy tempranas.

- **Área Motora:** Pino y Herruzo (2000) ha encontrado diversas investigaciones al respecto y varias de ellas son las siguientes. Esta es el área que se encuentra menos afectada (Pino, 1995). En el estudio de Egeland et al. (1981, 1983) los niños maltratados se mostraron menos hábiles que los controles, en el uso de [herramientas](#) a los 24 meses de edad. En Pino y Herruzo (1993) los niños que padecían abandono físico se mostraban más tardíos en adquirir la locomoción y se apreciaban también déficits en motricidad fina.
- **Problemas de Conducta:** Se refiere a los problemas de comportamiento en general (conductas agresivas, hiperactivas y disruptivas). Como ya se ha mencionado, los problemas de conducta agresiva se presentan principalmente en los niños maltratados físicamente. Hallaron en estos niños más síntomas depresivos (mayor externalidad en la atribución de control, más baja autoestima y desesperanza en cuanto al futuro). Pino y Herruzo (1993) observaron una inusual aparición de comportamientos sexuales precoces

(frotis, masturbaciones con una alta frecuencia, en presencia de otros niños) en niños que padecían abandono.

Los efectos más relevantes que se evidenciaron en los niños investigados son:

- **Ansiedad :**

Consiste en una crisis de pánico en la que el niño presenta palpitaciones y sudores (consecuencia de un aumento en la secreción de adrenalina), a veces una gran palidez, junto con quejas de dificultades en la respiración, de opresión en el pecho, o de dolores de cabeza, estomago y vientre, la ansiedad es un miedo o la realidad o frente a la amenaza del maltrato, desde el punto de vista analítico, la elaboración del estado de ansiedad originara en consecuencia, cuadros neuróticos mas o menos definidos o graves.

En la ansiedad, los síntomas van a menudo asociados a sentimientos de auto extrañamiento o despersonalización y de muerte y puede darse bajo la forma de ataques a compañeros, con acusaciones de que les van hacer daño, a la vez se refugian en los adultos que le rodean. (28)

El sentimiento de angustia es característico de la mayoría de las neurosis, pero a veces las manifestaciones de angustia en el niño no ese liga necesariamente a un específico cuadro neurótico, aunque si suponen un mayor o menor grado de organización neurótica: se trata de los ataques de ansiedad aguda, de los estados de ansiedad crónica y de reacciones hipocondriacas.

La angustia ha sido definida como un sentimiento de miedo en descuerdo con la realidad, o exagerado en relación con la amenaza real. Desde un punto de vista analítico, la angustia siempre es miedo a la separación o pérdida de un objeto amado, y se manifiesta tanto en el niño como en el adulto.

Las manifestaciones de ansiedad en el niño plantean la cuestión, mas genérica, de que como puede haber angustia cuando la organización neurótica se construye precisamente para evitarla. Si se entienda al hecho de que el síntoma es un compromiso o transacción, se comprenderá el relativo fracaso de las defensas contra la ansiedad. Pero si se atiende igualmente al hecho de que, mediante el síntoma, el niño pasa a temer un sustituto del objeto realmente temido, se comprenderá también el relativo éxito de la elaboración neurótica. En todo caso, en los estados de ansiedad aquí considerados, dicha elaboración neurótica no es todavía tan compleja como en los cuadros neuróticos más definidos de las fobias, la histeria o la obsesión

Los estados de ansiedad, se dan en niños con una actividad defensiva permanente, niños generalmente infelices o maltratados los mismos que tienen miedo a todo y pueden presentar los siguientes síntomas:

Síntomas emocionales:

- Enojo
- Ira
- Irritabilidad
- Agresividad
- Conducta Impositiva, autoritaria
- Exaltación del ego

Síntomas somáticos

- Temblor

- Tensión o dolor muscular
- Cefaleas
- Fatiga excesiva
- Dificultad para respirar
- Sensación de ahogo
- Manos frías y sudorosas
- Boca seca
- Micción frecuente
- Taquicardia, mareos y escalofríos

Síntomas psíquicos:

- insomnio
 - agitación-desasosiego
 - inquietud-hiperquinético
 - exageración en la respuesta de alarma
 - sentirse atrapado o acorralado
 - falta de concentración,
 - preocupación (29)
-
- **Depresión:**

Los niños pueden sufrir de depresión al igual que los adultos. Esta alteración se presenta de muchas formas con grados y duración variados. Se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acción de la persona. Normalmente todo ser humano tiene depresión en situaciones de Maltrato, lo que es muy importante de considerar tanto para su tratamiento como para su prevención.

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje, de la conducta, corren mayor riesgo de sufrir depresión. La depresión afecta en gran medida a la esfera psíquica, el niño deprimido presenta en esta época una alta sensibilidad, dificultad de contacto, irritabilidad que a veces irrumpe en formas de suicidio, tiene un semblante triste y muestra un escaso interés hacia el entorno, rechaza la ayuda que se le ofrece y abandona prontamente todo aquello que le decepciona. Junto a estos síntomas, puede aparecer síntomas de base somática como: enuresis, onicofagia, cefalea, insomnio.

Algunos niños enmascaran su depresión mediante un auto crítica exagerada, un fracaso en la escuela, las dificultades que presentan en el manejo de la agresividad o de irrupciones agresivas, de carácter episódico que toma la forma de expresión de deseos inconscientes reprimidos. (30)

Caracterizan a la depresión los siguientes síntomas:

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo
- Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.
- Desesperanza
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas.
- Alteración notoria en los patrones de comer y de dormir
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, por ejemplo dolor de cabeza o estómago
- Concentración deficiente.
- Deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela.

- Aislamiento social, comunicación pobre.
- Problemas para relacionarse acrecentados.
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa.
- Ataques de rabia u hostilidad persistente.
- Baja autoestima y sentimientos de culpabilidad
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo

- **Autoestima:**

Un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es la autoestima; es decir el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor.

Daremos una serie de definiciones de la autoestima:

- La capacidad que tiene la persona de valorarse, amarse, apreciarse y aceptarse a sí mismo.
- El conjunto de las actitudes del individuo hacia si mismo.
- Es la percepción evaluativa de uno mismo.
- Conozco una sola definición de la felicidad: ser un buen amigo de si mismo” (P.Solignac).
- Es el amor que cada persona tiene de si mismo.

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja.

De modo similar, las personas con una autoestima elevada pueden manejar mejor el estrés y cuando son expuestas al mismo, experimentan menos efectos negativos en la salud.

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. El niño, aquí compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña.

Las opiniones de los niños acerca de sí mismos tienen un gran impacto en el desarrollo de la personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual.

Por todo lo anterior, es importante el estudio de la autoestima, así como la presentación de patrones de conducta que lleven al individuo a establecer una autoestima elevada, que le permita un mejor desarrollo de sí mismo.

Por tanto, la autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos. (31)

Características de las personas con Baja autoestima (Campos y Muñoz 1992).

- Son indecisos, se les dificulta tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Solo toman una decisión cuando tienen seguridad en un 100 por ciento que obtendrán los resultados.
- Piensan que no pueden, que no saben nada.

- No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños, y los de los otros los ven grandes.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- Son aisladas y casi no tienen amigos.
- Siento que realmente soy mi mejor amigo.
- Cree que nunca se equivoca, pero ataca a los demás cuando se equivocan.
- Siento que nadie es más que como yo como persona.
- Casi siempre tengo una actitud amigable con los demás; los acepto sin juzgarlos.
- Me siento feliz y plenamente a gusto conmigo mismo.
- Cuida en forma enfermiza de su salud.
- Optimista en extremo.
- Siente que merece tener más que los demás.
- Quiere tener lo mejor en ropa, perfume, y objetos materiales.(31)
- **Problemas Escolares:**

La diversidad de secuelas emocionales que conlleva para un niño el estar expuesto a una situación de maltrato y las consecuentes manifestaciones conductuales que acarrea, habitualmente influye en problemas de adaptación en su medio escolar, de distinta magnitud. Esto, sumado a los efectos cognitivos específicos que se pueden producir en un niño/a maltratado/a: problemas de atención y concentración, desmotivación y sentimientos de ineficacia, se constituyen en elementos que alteran su desarrollo escolar normal, influyendo negativamente en su desempeño. Debido a esto,

frecuentemente un niño/a o joven agredido/a presenta continuos problemas conductuales, bajo rendimiento o rendimiento oscilante (etapas que alcanza buenas calificaciones y etapas en que estas descienden sin motivo aparente), conflictos con profesores y con los demás compañeros, por lo cual es calificado como “niño/a problema”, aumentando la conflictiva a la cual está expuesto. (32)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adaptación. Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social.

Afectividad. Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive

Agitación. Estado de inquietud o de actividad continua no enfocada hacia objetivo alguno.

Agresividad. Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien.

Aislamiento afectivo. Es la separación por parte del individuo de las ideas y los sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).

Alcoholismo. Conjunto de trastornos físicos y psíquicos ocasionados por el consumo excesivo y continuado de bebidas alcohólicas.

Angustia. Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

Ansiedad. Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

Aprendizaje. Es un cambio permanente de la conducta de la persona como resultado de la experiencia. Se refiere al cambio en la conducta o al potencial de la conducta de un sujeto en una situación dada, como producto de sus repetidas experiencias en dicha situación. Este cambio conductual no puede explicarse en base a las tendencias de respuesta innatas del individuo, su maduración, o estados temporales (como la fatiga, la intoxicación alcohólica, los impulsos, etc.).

Autoestima: es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad

Carácter. Conjunto de características que distinguen a una persona de otra.

Catarsis. Liberación, a través de la palabra, de las ideas relegadas al inconsciente por un mecanismo de defensa.

Compensación. Mecanismo psicológico inconsciente mediante el cual el sujeto intenta contrarrestar su inferioridad real o imaginaria.

Conducta. Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales.

Crisis de angustia. Consiste en la aparición repentina de la ansiedad en su máxima intensidad. La típica crisis se presenta generalmente de modo repentino, sin síntomas previos de aviso. Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar. Se acompaña de síntomas corporales de pánico: taquicardia, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas o molestias abdominales, mareo, desmayo o aturdimiento, palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir.

Depresión: trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a la alteración del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Desarrollo psicosocial. Crecimiento de la personalidad de un sujeto en relación con los demás y en su condición de miembro de una sociedad, desde la infancia y a lo largo de su vida.

Emoción. Estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

Familiar, terapia. Método psicoterapéutico para el tratamiento de familias.

Lustración: Situación que no permite al sujeto satisfacer un deseo o alcanzar una meta.

Inmadurez. Insuficiente grado de desarrollo afectivo que puede darse en personas cronológica e intelectualmente adultas.

Insomnio. Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño.

Infantil, Psicología. Rama de la Psicología que estudia los procesos de desarrollo del niño y su conducta

Introspección. Proceso mental a través del cual el sujeto observa atentamente sus propias experiencias

Psicoterapia: Es cualquier proceso de reeducación que tiene por objeto ayudar a una persona con problemas, recurriendo fundamentalmente a las intervenciones psicológicas, en contraste con los tratamientos orgánicos, como la administración de drogas.

Psicoterapeuta: persona con habilidades con habilidades obtenidas a través del conocimiento, en una o más áreas de asistencia sanitaria, que ofrece apoyo.

Resistencia. Oposición inconsciente o quizá consciente a llevar al nivel de la conciencia experiencias, ideas, afectos, etc., pasados, que provocarían ansiedad

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Somatización: Proceso por el cual se transforman o convierten problemas emotivos en síntomas somáticos.

Timidez. Tendencia por parte de la persona a sentirse incómodo, inhibido, torpe y muy consciente de sí mismo en presencia de otras personas. Esto produce incapacidad para participar en la vida social, aunque se desee hacerlo y se sepa cómo. (6)

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

La Psicoterapia familiar disminuye y evita los efectos psicosociales del maltrato infantil en los estudiantes del segundo Año de Básica de la Escuela “Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba.

2.4.2. VARIABLES

Variable Independiente

La Psicoterapia Familiar

Variable Dependiente

Efectos en el Maltrato Infantil

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Variable Independiente		Proceso Psicoterapéutico	La Escultura Familiar	Ficha de seguimiento Psicoterapéutico
PSICOTERAPIA FAMILIAR	Proceso Psicoterapéutico que tiene como fin cambiar las interrelaciones negativas dentro de la familia trabajando con cada uno de los miembros.		Role Playing	Cuestionario de Depresión para niños (CDI).
			Narración de Cuentos Metafóricos	Inventario de Ansiedad rasgo- estado (IDAREN)
				Escala de Autoestima de Rosemberg
				Libreta de

				Calificaciones
Variable Dependiente MALTRATO INFANTIL	Cualquier daño físico y/o psicológico producida de forma no accidental a un menor de 18 años	Daño físico o psicológico	Daño físico y psicológico Psicológico: Depresión Ansiedad Baja Autoestima Bajo Rendimiento	Encuesta al maestro Cuestionario de Depresión para niños (CDI) Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDAREN) Escala de Autoestima de Rosenberg Libreta de Calificaciones

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

3.1.1. Tipo de Investigación Descriptiva: se utilizó este tipo de investigación porque no se manipula ninguna variable, se limita a observar y describir los fenómenos. Se incluyen dentro de la investigación descriptiva a los estudios de desarrollo, estudios de casos, encuestas, estudios correlacionados, estudios de seguimiento, investigación histórica, etc. En nuestro caso determinaremos los efectos de la psicoterapia familiar en los niños de Segundo Año de Educación Básica de la Escuela Juan de Velasco.

3.1.2 Diseño de la Investigación: Causi-Experimental.- Este tipo de investigación podemos aproximarnos a los resultados de una investigación experimental en situaciones en las que no es posible el control y manipulación absolutos de las variables.

3.1.3 Tipos de Estudio: Es un estudio transversal mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra en un solo momento temporal. Esta permite

estimar magnitud, la condición, la distribución de la enfermedad en un momento dado. Nuestro estudio se realizó desde octubre a enero del 2010.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACION

La población está constituida por 40 estudiantes de Segundo Año de Educación Básica de la Escuela “Juan de Velasco “ período 2009-2010.

3.2.2. MUESTRA

Hemos considerado a 16 niños, comprendidos entre las edades de 7 a 8 años, los cuáles han sido identificados como niños víctimas de maltrato, constituyéndose estos en nuestra muestra y objeto de nuestro estudio.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICAS

Encuesta al maestro.-Nos proporciona datos de estudiantes que sufren maltrato infantil los cuales serán considerados nuestra muestra y objeto de estudio. Anexo (1)

Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico.- Técnica que permite realizar la evaluación del comportamiento de los niños de Segundo Año de la Escuela Juan de Velasco. Anexo (2)

3.3.2 INSTRUMENTOS.

Para la investigación se aplicaron los siguientes instrumentos:

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI)

Se trata de un cuestionario auto administrado, mide la depresión manifiesta en los niños. Cada ítem responde a una escala, donde 0 indica normalidad, 1 indica cierta intensidad y 2 indica presencia inequívoca de depresión. Anexo (3)

M The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacology Bulletin.1985. 21:995-8 Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI) Manual.1992. Toronto: Milti Health Systems, Inc.Del Barrio V, Moreno-Rosset C & López-Martínez R. El "Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs,1992). Su aplicación en la población española. Clínica y Salud. 1999.10(3): 393-416.

TEST DE ANSIEDAD (IDAREN)

Este test mide el rasgo ansiedad el mismo que consta de dos partes, en la primera parte: como te sientes a hora mismo, y en le segunda parte: como te sientes en forma general. Anexo (4)

Modificado en 1992 por A Lorens, J Grau, Ma. De los A Viscaino, A Fumero de la versión puertorriqueña IDAREN del STAIC de Spielberger 1982.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG, RSES

Cuestionario para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Anexo (5)

(Rosenberg, M: Society and the adolescent self-image) Revised edition. Middletown, C. T.: Wesleyan University Press 1989. La traducción utilizada actualmente es de la siguiente publicación: Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F.: The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation

in University Students. The Spanish Journal of Psychology 2007; 10(2):458-467.

LIBRETA DE CALIFICACIONES

Nos dará datos sobre el rendimiento escolar de los niños investigados, ya que el rendimiento escolar manifiesta un síntoma de maltrato infantil. Anexo (6)

3.4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Los datos recolectados de la investigación se obtuvieron realizando encuestas y test, para su digitalización se utilizó Word 2007.
- Los datos obtenidos en esta investigación fueron procesados a través de la hoja electrónica Excel, se realizaron representaciones de los resultados en tablas y gráficos en porcentajes, para finalmente realizar sus respectivos análisis.

3.4.2. TECNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO N°1

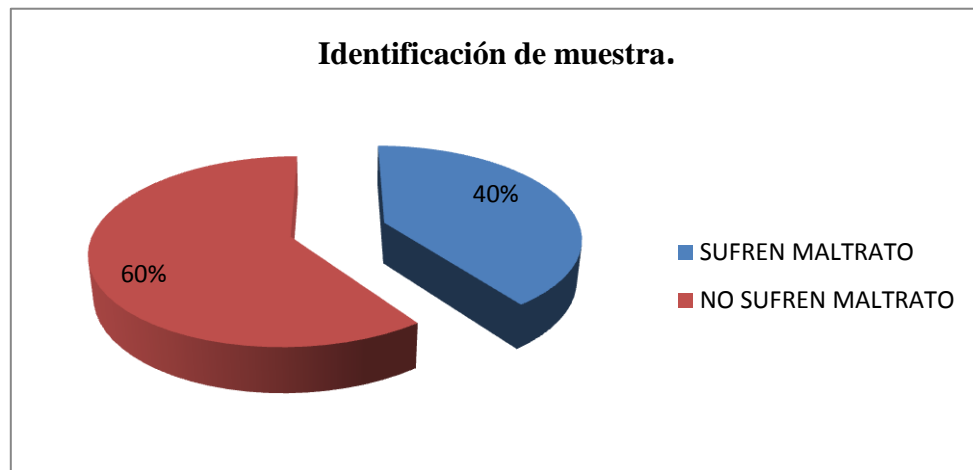
ENCUESTA AL MAESTRO DE GRADO PARA IDENTIFICAR LA MUESTRA

NIÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
SUFREN MALTRATO	16	40%
NO SUFREN MALTRATO	24	60%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta realizada a los maestros de la Escuela Fiscal Juan de Velasco de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Luis Fray y Jorge Gómez

GRAFICO.-1



Análisis: Al realizar la encuesta al maestro de Segundo Año de la Escuela Juan de Velasco, se evidenció que : 24 niños que representa el 60% no han sufrido ningún tipo de maltrato, mientras que 16 niños que representa el 40% han sufrido maltrato algún tipo de maltrato, los cuáles constituirán nuestra muestra y serán nuestro grupo de estudio.

Considerando como maltrato “cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de acción u omisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico, psicológico y emocional del niño" (De Paul, Joaquín 1993).(6)

Las causas que explican este fenómeno de violencia responden a múltiples factores. Entre ellos se pueden mencionar: factores propios del agresor, como son: sus características culturales, biológicas o psiquiátricas; factores propios del agredido,

como son las desventajas del niño en términos de problemas físicos, mentales o el desapego afectivo; factores ambientales, como la pobreza y factores culturales, tales como la creencia que el castigo es parte de la crianza de los hijos, en una sociedad centrada en los derechos de los adultos.(6)

CUADRO N°2

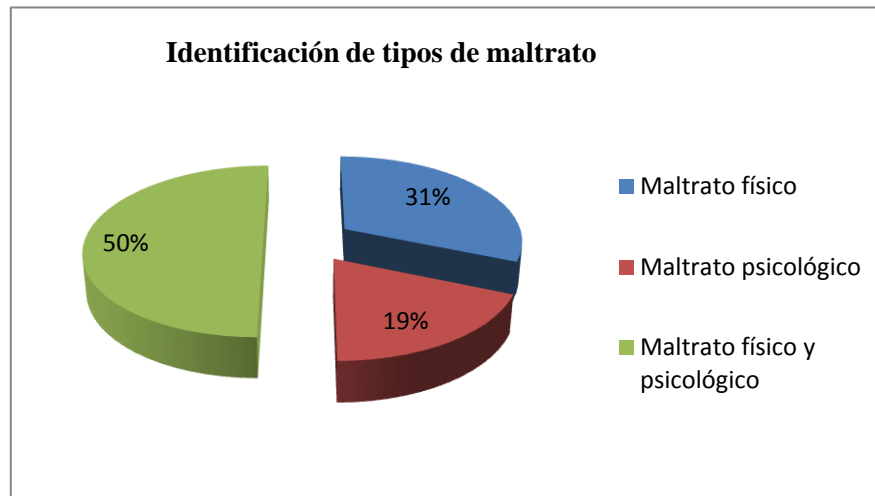
IDENTIFICACION DEL TIPO DE MALTRATO

MALTRATO	NUMERO	<i>PORCENTAJE</i>
Maltrato físico	5	31%
Maltrato psicológico	3	19%
Maltrato físico y psicológico	8	50%
TOTAL	16	100%

Fuente: Encuesta realizada a los maestros de la Escuela Fiscal Juan de Velasco de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Luis Fray y Jorge Gómez

GRAFICO N.-2



Análisis: De los 16 niños que sufren maltrato, se pudo observar que 5 estudiantes que representa el 31% presentaron únicamente maltrato físico, 3 estudiantes que representa el 19% presentaron maltrato psicológico, 8 estudiantes que representan el 50% eran víctimas de maltrato físico y psicológico a la vez.

El Maltrato físico comprende cualquier acción no accidental que provoque daño físico o enfermedad en el niño, o lo que coloque en grave riesgo de padecerlo. Existen varias formas de agresión: golpes de puño, golpes con objetos, palmadas, patadas, entre otros todos estos conllevan a la formación de hematomas, tumefacciones. Maltrato que afecta a los huesos, masa encefálica que por su gravedad requieren internamiento, este maltrato se caracteriza por ser permanente, constante que produce afecciones emocionales y somáticas. (6)

Y el Maltrato psicológico es la hostilidad verbal crónica y bloque constante de las iniciativas de interacción infantil y juvenil. Dentro de las cuáles tenemos amenaza de abandono, rechazo, despreocupación, aislamiento, vejámenes con epítetos impronunciables, no compartir juegos, no proporcionar cariño, producidos por los padres o adultos cuidadores y que los dañan en su esfera emocional. (6)

**ANALISIS DE CUADROS COMPARATIVOS ANTES Y DESPUES DE LA
APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR**

CUADRO N°3

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI)

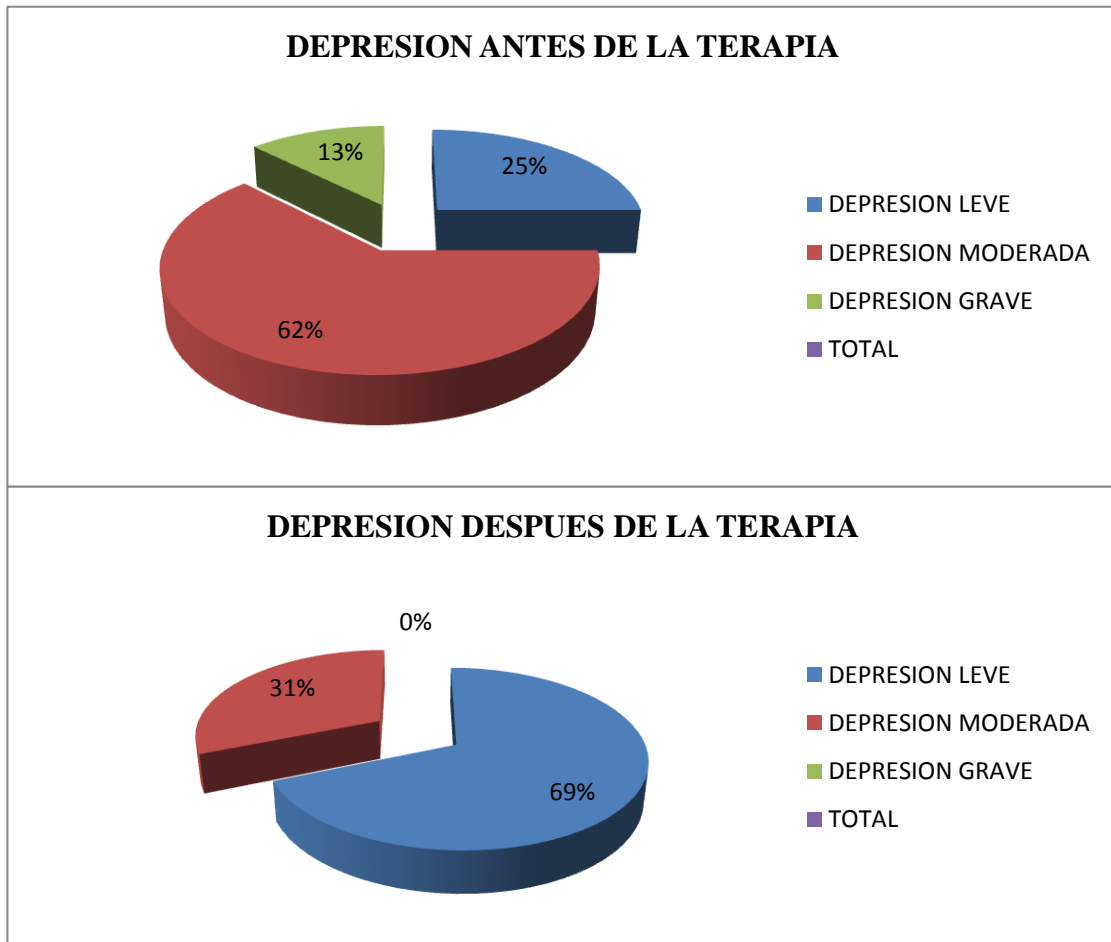
INDICADORES DE NIVEL DE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR

INDICADOR DE DEPRESION	ANTES DE LA TERAPIA		DESPUES DE LA TERAPIA	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
DEPRESION LEVE	4	25%	11	69%
DEPRESION MODERADA	10	62%	5	31%
DEPRESION GRAVE	2	13%	0	0%
TOTAL	16	100%	16	100%

Fuente: Cuestionario de Depresión para niños aplicado a los niños de Segundo Año de la Escuela Juan de Velasco de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Luis Fray y Jorge Gómez

INDICADORES DE NIVEL DE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR



Análisis: Al realizar el cuadro comparativo de depresión observamos que la depresión en los niños antes de la terapia tenían en su mayoría un nivel moderado con 62%; y luego de la intervención terapéutica con la técnica del Role Playing esta técnica consistió en que el padre agresor intercambiara roles con el niño que es víctima de maltrato y así que se haga consiente del daño que provoca, ya que

cambiando el modo de pensar cambiará la conducta del mismo. De esta manera el nivel depresión bajó de moderada a leve siendo de 69%, y desapareciendo la depresión grave.

El ambiente hostil al que el niño tiene que afrontar todos los días genera, tensión, tristeza, aislamiento lo que origina depresión en los niños maltratados. (29)

CUADRO N°4

INVENTARIO DE ANSIEDAD – ESTADO PARA NIÑOS (IDAREN)

INDICADORES DE NIVEL DE ANSIEDAD DE ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR

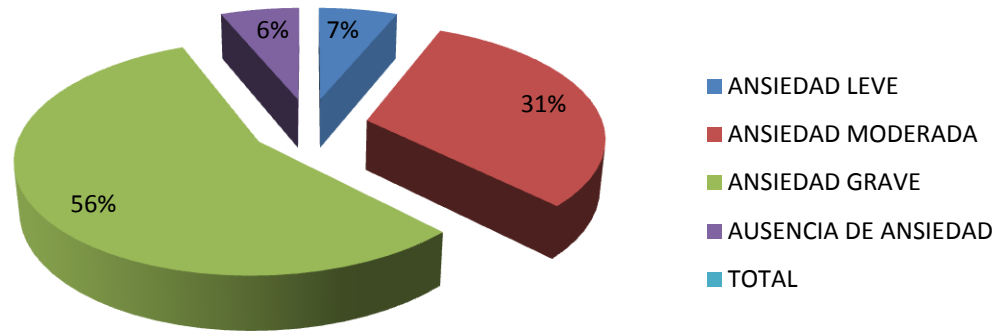
INDICADOR DE ANSIEDAD	ANTES DE LA TERAPIA		DESPUES DE LA TERAPIA	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
ANSIEDAD LEVE	1	7%	9	56%
ANSIEDAD MODERADA	5	31%	6	38%
ANSIEDAD GRAVE	9	56%	0	0%
AUSENCIA DE ANSIEDAD	1	6%	1	6%
TOTAL	16	100%	16	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad (IDAREN) aplicado a los niños de Segundo Año de la Escuela Juan de Velasco de la ciudad de Riobamba.

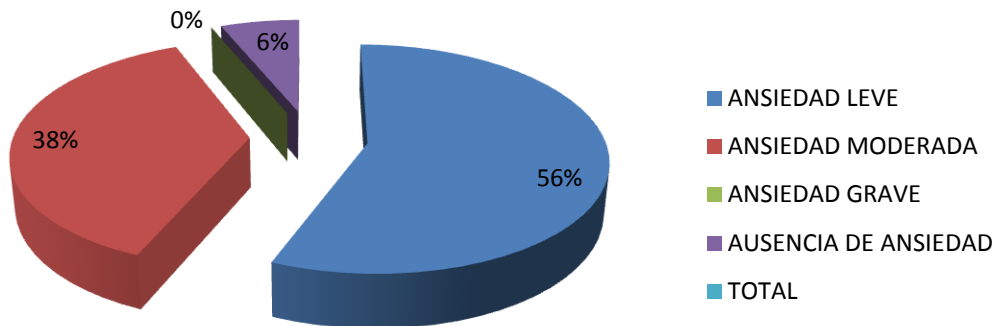
Elaborado por: Luis Fray y Jorge Gómez

INVENTARIO DE ANSIEDAD – ESTADO PARA NIÑOS (IDAREN)
INDICADORES DE NIVEL DE ANSIEDAD DE ANTES Y DESPUES DE LA
APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR.

ANSIEDAD ANTES DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR



ANSIEDAD DESPUES DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR



Análisis: Este cuadro y gráfico muestra que antes de aplicar las técnicas de Psicoterapia Familiar, el 7% de niños presenta una ansiedad leve, el 31% de niños tienen ansiedad moderada, el 56% de niños presenta una ansiedad grave y el 6% no presenta este síntoma.

Los estados de ansiedad, se dan en niños con una actividad defensiva permanente, niños generalmente infelices o maltratados los mismos que tienen miedo a todo. (28)

Al aplicar la técnica de la Escultura Familiar conseguimos la comprensión y la reestructuración de pensamientos negativos los cuales provocaban el maltrato y por ende ansiedad en los niños ya que en el niño se provocaba un desahogo emocional.

Al aplicar el Inventario de Ansiedad a los niños (IDAREN) luego de la Psicoterapia Familiar se observó que la ansiedad disminuyó en un el 56%.

CUADRO N°5

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

INDICADORES DE NIVEL DE AUTOESTIMA ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR

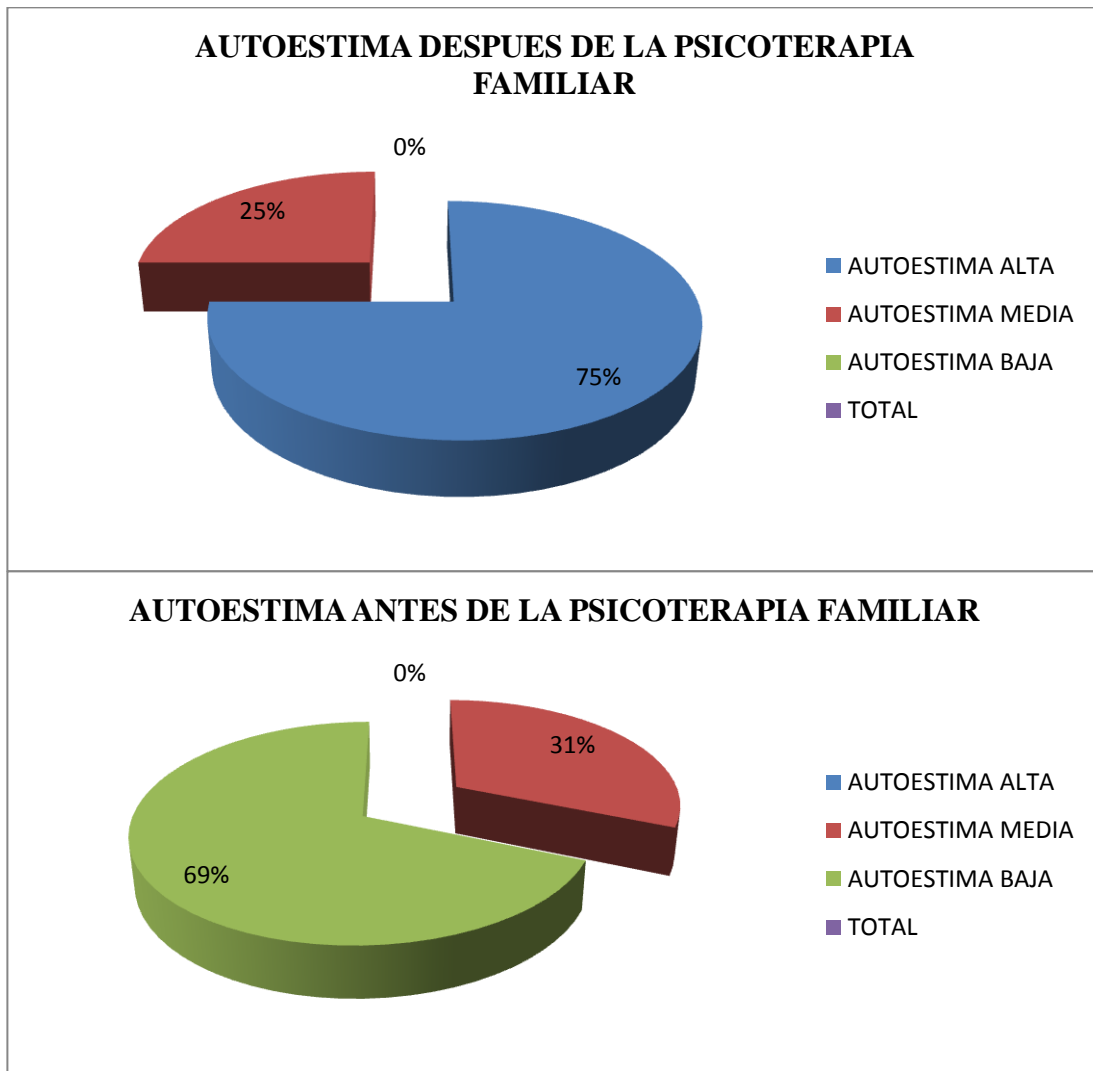
INDICADOR DE AUTOESTIMA	ANTES DE LA TERAPIA		DESPUES DE LA TERAPIA	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
AUTOESTIMA ALTA	0	0%	12	75%
AUTOESTIMA MEDIA	5	31%	4	25%
AUTOESTIMA BAJA	11	69%	0	0%
TOTAL	16	100%	16	100%

Fuente: Test de Autoestima de ROSEMBERG aplicado a los niños de Segundo Año de la Escuela Juan de Velasco de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Luis Fray y Jorge Gómez

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

INDICADORES DE NIVEL DE AUTOESTIMA ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR



Análisis: En este cuadro y gráfico podemos observar que la autoestima antes de la Psicoterapia Familiar está distribuida de la siguiente manera: el 69% de niños presenta una autoestima baja, mientras que el 31% de niños tienen una autoestima media y no hay niños que presenten una autoestima alta.

Los niños que sufren algún tipo de maltrato poseen una autoestima baja, también los que maltratan a estos, por un lado la víctima es alguien al que maltratan sin que esta pueda poner límites y no se da cuenta que está siendo abusada. Por otro lado el victimario compensa lo inferior que se sienten, maltratando y abusando. (29)

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. El niño, aquí compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña.

Aplicando la técnica de Narración de Cuentos Metafóricos conseguimos por medio de la analogía mandar un mensaje que el niño pueda entender, la finalidad de ésta era trabajar en la forma en la que él se mira (autoimagen), lo importante que es tener una autoimagen positiva, lo importante que es tener una opinión positiva acerca de sí mismos ya que estas tienen un gran impacto en el desarrollo de la personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual.

Al aplicar luego de la Psicoterapia Familiar el test de Rosenberg se observó que los niveles de autoestima se posicionaron en alta un 75% y media en un 25%, desapareciendo la autoestima baja.

CUADRO N°6

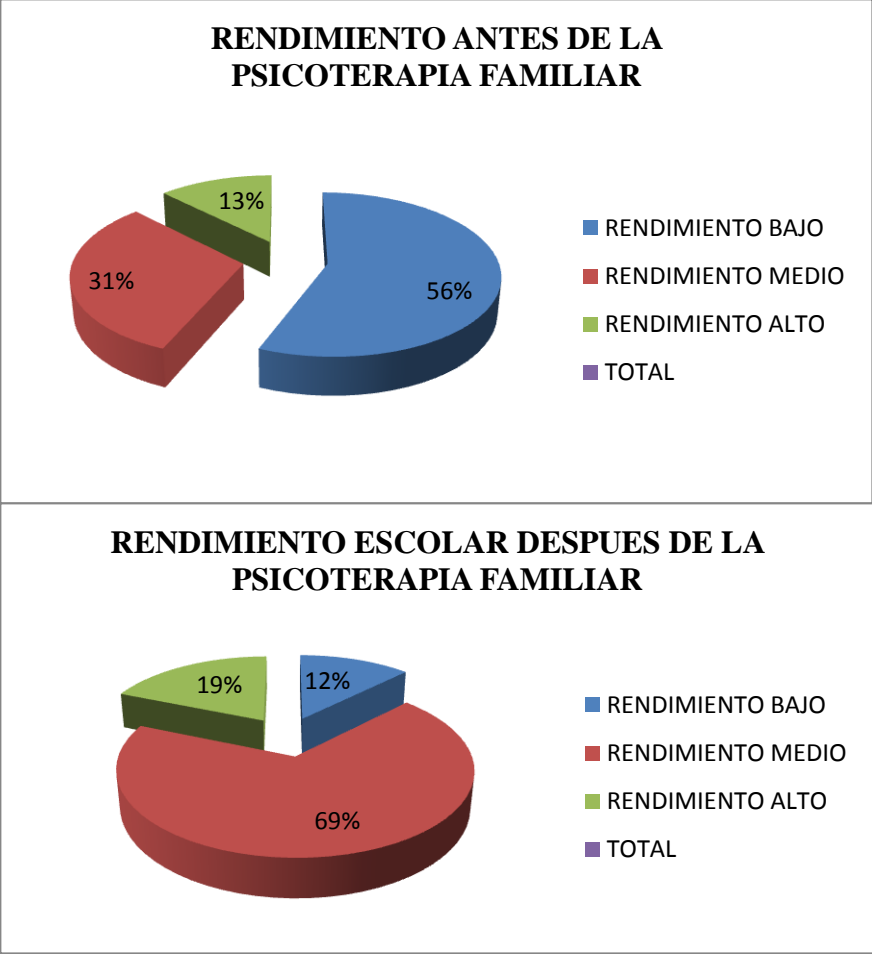
INDICADORES DE NIVEL DE RENDIMIENTO ESCOLAR ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR

INDICADOR DE RENDIMIENTO ESCOLAR	ANTES DE LA TERAPIA		DESPUES DE LA TERAPIA	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
RENDIMIENTO. BAJO	9	56%	2	12%
RENDIMIENTO MEDIO	5	31%	11	69%
RENDIMIENTO ALTO	2	13%	3	19%
	16	100%	16	100%

Fuente: Libreta de calificaciones.

Elaborado por: Luis Fray y Jorge Gómez

**INDICADORES DE NIVEL DE RENDIMIENTO ESCOLAR ANTES Y
DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA
FAMILIAR**



ANALISIS: Este cuadro podemos observar que antes de la terapia el rendimiento bajo representaba el 56%, rendimiento medio representaba el 31% y el rendimiento alto representaba el 13%. Luego de la terapia pudimos observar una mejoría en cada uno de sus niveles es así que el rendimiento bajo representan el 12%, el rendimiento medio el 69% y rendimiento alto el 19%. Luego de la terapia y con la ayuda de un ambiente más sano el cual lo logramos con las diferentes técnicas aplicadas pudimos lograr una mejora en el rendimiento escolar de los niños.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado nuestro trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

- La Psicoterapia Familiar disminuyó las relaciones desadaptativas de las familias mejorando la calidad de vida y permitiendo el mejor desenvolvimiento de sus integrantes en cada una de las actividades que realizan.
- La Técnica de Role Playing (cambio de roles) se aplicó a todo el sistema familiar la misma que contribuyó para que exteriorizaran sus sentimientos, comprendieran, aceptaran, y cambiaran los esquemas mentales de los mismos, ya que al cambiar su manera de pensar cambian sus conductas. Además ayudó a disminuir significativamente la ansiedad con el desahogo de las frustraciones.
- La técnica de Narración de Cuentos metafóricos contribuyó de manera efectiva para el cambio en los niños, en la manera de verse, valorarse a sí mismo y ante los demás (Autoestima), los niveles de Autoestima Baja subió en un 75% a Autoestima Alta.
- Con la técnica de la Escultura Familiar podemos cubrir funciones de diagnóstico, comprensión y reestructuración familiar, esta técnica aplicamos para bajar los estados de ansiedad de grave en 56% a moderada en un 38%.
- La Técnica de cambio de roles, en general, es fundamental en el proceso de [enseñanza-aprendizaje](#): a la hora de aprender, la calidad con que una persona aprende algo se basa en la utilidad práctica que le encuentre a dicho conocimiento. La técnica permite acceder al conocimiento de forma significativa, pues convierte en relevantes, informaciones que serían absurdas de otra manera.

RECOMENDACIONES

- La Escuela Juan de Velasco debería trabajar más en prevención sobre el maltrato infantil, por medio de charlas, conferencias, con personal capacitado, dirigido a los maestros, padres de familia, niños.
- Que los padres de familia y maestros se involucren en actividades relacionadas al mejoramiento de la comunicación y desarrollo emocional de los niños.
- Cuando el maltrato infantil y psicológico es en edades tempranas más afectará el equilibrio emocional, entonces se recomienda atención Psicoterapéutica temprana, para evitar que reproduzcan los esquemas de sus padres.
- Ay que hacer conciencia a los padres que dar una buena educación a sus hijos no es pegarles ni hacerlos menos, si no que al contrario dar amor, cuidado y protección, es la mejor manera de brindar una buena educación a nuestros hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. MARTINEZ Roing y DE PAUL Joaquín; Maltrato y abandono en la infancia; Editorial Martínez Roca; España; Año1993.**
- 2. INFORME MIES-INFA. Estadísticas 2009**
- 3. MINUCHIN, Salvador; "Familias y terapia familiar"; Editorial Argentina, Buenos Aires; 1982.**
- 4. CIRILLO Stefano; Programa de Diagnostico y Terapia Familiar; Publicado Barcelona: Paidos; 1999**
- 5. REDONDO Santiago y GARRIDO Vicente; Propuesta para el tratamiento en la comunidad de los Agresores; México; 1989**
- 6. GUERRA Iván, REMOLINA Carlos; Introducción al maltrato infantil desde una perspectiva teórica, normativa y su incidencia en Santa Fé de Bogotá.**
- 7. CHAGOYA L; Psicoterapia Familiar; Manual de Psiquiatría; Editorial Karpos S.A; Madrid, España; 1980**
- 8. KREUZ Annette; GAMMER Carole; Intervenciones Sistemáticas y Modelo de la Terapia Familiar Básica; Editorial Llorens; Año 1993.**
- 9. MINUCHIN S; Familias y Terapia Familiar; Editorial Gedisa; Año 1977**
- 10. WATZLAWICK; Técnicas de Terapia Familiar; Editorial Paidos; Argentina.**

- 11.** RANGEL GOMEZ María; La esquizofrenia, (Recuperación en Esquizofrenia y efectividad de la Terapia Familiar; 2009.
- 12.** GRAU SEVILLA Dolores; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; (Análisis del contexto familiar de niños con TDAH); Valencia; 2006
- 13.** RAMIREZ VILLASEÑOR Luis Alberto; Adicciones (Un enfoque práctico con resultados prácticos); 2009.
- 14.** LOYOCANO Irene; Abuso Sexual; Terapia conjunta y Reinvinculación en Abuso Infantil, Valencia; 2006
- 15.** MINUCHIN, Salvador y FISHMAN, H. CHARLES; "Técnicas de terapia familiar"; Editorial Paidós; 1984.
- 16.** ANDERSON y STEWART; Para Dominar la Resistencia; Editorial Amorrortu; 1989.
- 17.** LOPEZ BARBERA, E; "La utilización de técnicas psicodramáticas en el abordaje terapéutico con familias reconstituidas"; Editorial Sevilla.
- 18.** BLACK, M; "Modelos y metáforas"; Editorial Técnos; Madrid, 1966
- 19.** Editorial Internet. www.Diccionario de Psicología. Wikiteca.com
- 20.** GARCIA E; El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: percepciones de padres e hijos; Editorial Psicothema; Año 2002.
- 21.** Informe de la Organización de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 1989.

22. Informe Final del Comité Intersectorial de Maltrato Infantil; 1996.
23. CORSI J; Violencia Familiar; Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social; Buenos Aires: Paidós; Año 1994
24. ACKERMANNATHANN, Jackson; DOND, Beatman; FRANCES L y SHERMAN; Teoría y práctica de Psicoterapia Familiar; Editorial. Proteo; Buenos Aires; 1970.
25. MARTINEZ MM, REYES RR; Maltrato infantil: Un problema inquietante; Bol Med Hosp Infant Mex 1993;50:557-563.
26. LOREDO AA; Maltrato al menor; Editorial McGraw-Hill; México D.F.: Interamericana; 1994.
27. QUEROL X; El niño maltratado; Editorial Pediátrica. Barcelona; Año 1990
28. Editorial Internet; Trastornos de la Ansiedad; Centro Londres 94; Psiquiatría-Paidopsiquiatría; http://www.centrelondres94.com/files/trastornos_de_ansiedad.PDF
29. VASQUEZ, José y GOMEZ Andrés; Las Fases Tempranas de la ansiedad; España:Elsevier; Año 2007
30. PAUCHARD Héctor, PAUCHARD Paulina; Avances en Relaciones Humanas; Depresión Infantil: Síntomas y Tratamiento; Mayo, 2002
31. CAMPOS y MUÑOZ. Autoestima. Editorial Stuart, 1992
32. CARDOSO Miguel; Aprender sin Dolor; Coauspicio y Aval de la Universidad Nacional de Chimborazo; Fundación Familia.

ANEXOS:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA

**ENCUESTA PSICOLOGICA AL MAESTRO PARA DETECTAR
MALTRATO INFANTIL EN LOS NIÑOS**

INSTRUCCIONES

Lea cada ítem y responde con una **X** la respuesta que considere mas apropiada.

N°	NOMBRE DEL NIÑO	Cree usted que el niño es víctima de maltrato?		De que tipo de maltrato cree que esta siendo victima el niño?			
		SI	NO	FISICO	PSICOLOGICO	SEXUAL	FISICO Y PSICOLOGICO
1	JUAN C.	X		X			
2	ANTONHY		X				
3	MARCO	X					X
4	DANIEL		X				

5	LUIS A	X		X			
6	DANILO		X				
7	LUIS J.	X			X		
8	DANIEL A		X				
9	GONZALO	X					X
10	JOE		X				
11	MARTIN		X				
12	ANGEL F		X				
13	PAUL	X					X
14	MATEO		X				
15	JONNY		X				
16	JOSEPH		X				
17	MARCEL	X		X			
18	CARLOS J	X			X		
19	CARLOS A	X			X		
20	JUAN F		X				
21	XAVIER		X				
22	DARIO		X				
23	FABIAN		X				
24	MAURO		X				
25	PAUL O	X					X
26	DAVID S		X				
27	JORGE		X				
28	ANGEL	X					X
29	PABLO		X				
30	JAVIER	X		X			
31	HECTOR		X				
32	FERNAND	X		X			
33	ALEXIS		X				
34	ROBERTO		X				
35	FELIPE		X				
36	DAVID A		X				
37	JULIO	X					X
38	LUIS A A	X					X
39	MARIO	X					X
40	EMILIO		X				
		16	24	5	3	0	8

Gracias por su colaboración.

FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEUTICO

NOMBRE:

EDAD:

FECHA	PREVIO	DURANTE	TECNICAS UTILIZADAS	OBSERVACIONES

--	--	--	--	--

FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEUTICO

NOMBRE: N.N.

EDAD: 8 AÑOS

FECHA	TEMA	DURANTE	TECNICA UTILIZADA	OBSERVACIONES
--------------	-------------	----------------	--------------------------	----------------------

4/10/2010	Recolección de Datos	El proceso psicoterapéutico comienza dándole la bienvenida y resaltando que es bueno que se preocupen por lo que le esta pasando a su hijo, al comenzar la entrevista notamos que el niño presentaba dificultad para comunicarse, lo cual le provocaba síntomas de ansiedad, y ganas de llorar, al igual que su mamá	Recolección de datos	El niño se presenta con sus padres, mostrando dificultad para relacionarse, actúa agresivamente, y poco comunicativo, el niño tiene un aspecto descuidado, al igual que su padre, el mismo que presenta olor a alcohol
11/10/2010	La Comunicación	Pedimos a los miembros de la familia que esculpan sus diferentes visiones de la familia en vez de "hablar" sobre sus problemas, con el fin de elucidar los objetivos familiares del tratamiento.	Escultura Familiar	Esta técnica, la Escultura familiar la utilizamos como un medio de enfrentar las resistencias
18/10/2010	Roles de la Familia	Se le pide a los padres que libre y espontáneamente hagan mímicas en el centro	Role Playing	La familia se mostro poco colaboradora

		<p>expresando: tristeza, felicidad, miedo, preocupación, enojo, envidia, etc.</p> <p>El niño debe adivinar las emociones y lo que hayan sentido durante el juego. Y viceversa.</p>		
25/10/2010	El Perdón	<p>Pedimos al niño con su familia que cierren los ojos y que imaginen que es lo que nos está faltando en la vida para ser feliz y que es lo que debemos desechar de la misma en base a la terapia anterior.</p>		
01/11/2010	Autoestima	<p>Se le pide al padre que ocupe el lugar de su hijo y viceversa (cambio de roles), en plenaria resume lo positivo, de cada uno, de modo que tratamos de que su autoestima mejore</p>	Role playing	<p>Se tornó dificultoso a cada uno de los integrantes de la familia, evidenciando baja autoestima.</p>

8/11/2010	El maltrato Infantil	<p>El terapeuta narra una historia de Maltrato Infantil En la cual se narra la angustia de los niños y la desesperación de no tener el apoyo de sus padres y su protección. Luego se le pide que Expresen como se sintieron cada uno de los miembros de la familia. Expongan sus conclusiones. Que hacer de hoy en adelante...</p>	Metáfora	El niño evidenció que no quiere seguir siendo víctima de agresión.
15/11/2010	Evaluación de la aplicación de la Terapia Familiar	<p>Disminuye el comportamiento depresivo, se le observa al niño con menos ansiedad y mas comunicativo. La familia presentaran como se sintieron y que alcanzaron en la terapia (esta tarea es enviada con una sesión previa al cierre de la terapia)</p>		<p>Con la familia se conversa acerca de las técnicas y como les esta ayudando. La familia se encuentra motivada ya que se evidencia los cambios en su entorno.</p>

25/11/2010	Culminación	Finalización de la terapia, le pedimos a la familia, que nos cuenten que sintieron y alcanzaron con la psicoterapia obteniendo resultados positivos en cuanto a los síntomas del maltrato infantil	Metáfora	Final de la Psicoterapia Familiar
------------	-------------	--	----------	-----------------------------------

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI)

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

EDAD:.....AÑOS:.....SEXO:.....

GRADO:.....

Fecha de Aplicación:.....ade.....de.....

INTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que usted crea la mas apropiada.

PREGUNTAS	R	PREGUNTAS	R
1.		7.	
Estoy triste de vez en cuando		Me odio	
Estoy triste muchas veces		No me gusta como soy	
Estoy triste siempre		Me gusta como soy	
2.		8.	
Nunca me saldrá nada bien		Todas las cosas malas son culpa mía	
No estoy seguro de que las		Muchas cosas malas son culpa mía	
me saldrán bien		Generalmente no tengo la culpa	
Las cosas me saldrán bien		9.	
3.		No pienso en matarme	
Hago bien la mayoría de las cosas		Pienso en matarme pero no lo haría	
Hago mal muchas cosas		Quiero matarme	
Todo lo hago mal		10.	
4.		Tengo ganas de llorar todos los días	
Me divierten muchas cosas		Tengo ganas de llorar muchos días	
Me divierten algunas cosas		Tengo ganas de llorar cuando en cuando	
Nada me divierte			
5.		11.	
Soy malo siempre		Las cosas me preocupan siempre	

Soy malo muchas veces		Las cosas me preocupan muchas veces	
Soy malo algunas veces		Las cosas me preocupan de cuando en cuando	
6.		12.	
A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas		Me gusta estar con la gente	
Me preocupo que me ocurran cosas malas		Muy a menudo no me gusta estar con la gente	
Estoy seguro que me van a ocurrir cosas terribles		No quiero en lo absoluto estar con la gente	
		13.	
no puedo decidirme		Me siento solo muchas veces	
Me cuesta decidirme		Me siento solo siempre	
Me decido fácilmente		21.	
14.		Nunca me divierto en el colegio	
Tengo buen aspecto		Me divierto en el colegio solo de vez en cuando	
Hay algunas cosas que de mi aspecto no me gustan		Me divierto en el colegio muchas veces	
Soy feo		22.	
15.		Mi trabajo en el colegio es bueno	
Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes		Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes	
Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes		Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien	
No me cuesta ponerme hacer los deberes		23.	
16.		Nunca podre ser tan bueno como otros niños	
Todas las noches me cuesta dormirme		Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños	
Muchas noches me cuesta dormirme		Soy tan bueno como otros niños	
Duermo muy bien		24.	
17.		Nadie me quiere	
Estoy cansado de cuando en cuando		No estoy seguro de que alguien me quiera	
Estoy cansado muchos días		Estoy seguro de que alguien me quiere	
Estoy cansado siempre		25.	
18.		Generalmente hago lo que me dicen	

La mayoría de los días no tengo ganas de comer		Muchas veces no hago lo que me dicen	
Muchas días no tengo ganas de comer		Nunca hago lo que me dicen	
Como muy bien		26.	
19.		Me llevo bien con la gente	
No me preocupa el dolor y la enfermedad		Me peleo muchas veces	
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad		Me peleo siempre	
Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad			
20.			
Nunca me siento solo			

Población diana: Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado. Cada ítem responde a una escala tipo likert donde 0 indica leve, 1 indica moderada, 2 indica grave, de un síntoma depresivo. Cuando mayor es la puntuación también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

Puntuación: las respuestas 1,3,4,6,9,12,14,17,19,20,22,23,26,27, puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2,1 y 0.

INVENTARIO DE ANSIEDAD -ESTADO PARA NIÑOS

(Modificado en 1992 por A. Lorenzo, J. Grau, Ma. de los A. Vizcaíno, A. Fumero, M. Martín y F. Prado de la versión —IDAREN— del STAIC, de Spielberger y cols., 1982)

Apellidos: _____

Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: _____ (M/F)

Centro _____

Grado: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Aquí encontrarás frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

PREGUNTAS	C	Al	A
------------------	----------	-----------	----------

	CASI NUNCA	ALGO	A MENUDO
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molesta	1	2	3
9. Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
10. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

Comprueba si has contestado todas las frases con una sola respuesta.

HOJA DE CALIFICACIÓN (IDAREN)

Calificación en Ansiedad-Estado: Calificación en Ansiedad-Estado

Suma total de los ítemes = Puntuación directa.

Ítemes (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X)

Ítemes (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y)

Fórmula: $(X - Y) + 40 =$ Puntuación.

Niveles de Ansiedad-Estado:

Leve: Por debajo de 24 puntos.

Moderado: Entre 24 y 38 puntos.

Grave: Por encima de 38 puntos.

ESCALA DE ROSEMBERG

Apellidos: _____

Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: _____ (M/F)

Centro _____

Grado: _____ Fecha: _____

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía y de respeto a sí mismo.

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que 5 están enunciadas de forma positiva y 5 de forma negativa, para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación: De los ítems del 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4 .

De 30 a 40 puntos: Autoestima alta. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima Media. No presenta problemas de autoestima grave pero es conveniente mejorar.

Menos de 25 puntos: Autoestima Baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Por favor conteste las siguientes frases con la respuesta que considere mas apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

PREGUNTAS	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría				

de gente				
4. tengo una actitud positiva hacia mi mismo				
5. En general estoy satisfecho de mi mismo				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				
8. Me gustaría sentir mas respeto por mi mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

ESCUELA “JUAN DE VELASCO”
SEGUNDO AÑO “B” DE EDUCACION BASICA

RENDIMIENTO ESCOLAR

N°	NOMBRE	RENDIMIENTO ESCOLAR		
		BAJO	MEDIO	ALTO
1	JUAN C	X		
2	MARCO	X		
3	LUIS A		X	
4	LUIS J		X	
5	GONZALO	X		
6	PAUL		X	
7	MARCELO			X
8	CARLOS J	X		
9	CARLOS A			X
10	PAUL O		X	
11	ANGEL	X		
12	JAVIER	X		
13	FERNANDO	X		
14	JULIO	X		
15	LUIS A A	X		
16	MARIO		X	
		9	5	2

Estos datos fueron proporcionados por la profesora de grado de la Institución.

