


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE LA NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA Y ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL DE
QUETZALTENANGO.**



**POR:
EVELYN ROCIO LOARCA PORTILLO
CARNE No. 200430766**

**Y PRESENTADO COMO TRABAJO DE GRADUACION A LAS AUTORIDADES DE
LA CARRERA DE PSICOLOGIA DE LA DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS
SOCIALES DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE.**

**PREVIO A CONFERIRSELE EL TITULO PROFESIONAL DE
PSICOLOGA**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADA**

QUETZALTENANGO Septiembre, de 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVEERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA**

AUTORIDADES

RECTOR MAGNIFICO

**LIC. CARLOS ESTUARDO
GALVEZ BARRIOS**

SECRETARIO GENERAL

**DR. CARLOS GUILLERMO
ALVARADO CEREZO**

**DIRECTORA GENERAL DEL
CENTRO UNIVERSITARIO DE
OCCIDENTE**

**M.A. MARIA DEL ROSARIO
PAZ CABRERA**

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

**LIC. CESAR HAROLDO MILIAN
REQUENA**

**DIRECTORA DE LA DIVISION DE
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**LICDA. MARIA EMILIA ALFOSO
PONTACQ**

**COORDINADOR DE LA CARRERA
BARRENO.
DE PSICOLOGIA**

MSC. NERY VELASQUEZ

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVEERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA**

CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTORA GENERAL

**M.A MARIA DEL ROSARIO PAZ
CABRERA.**

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

**LIC. CÉSAR HAROLDO
MILIÁN REQUENA.**

REPRESENTANTES POR LOS DOCENTES

**DR. ESTUARDO ARANGO BENECKE
LIC. TEÓDULO CIFUENTES**

REPRESENTANTES POR LOS EGRESADOS

ING. JOSE AROLDO NIMATUJ QUIJIVIX

REPRESENTANTES POR LOS ESTUDIANTES

BR. JUAN ANTONIO MENDOZA BARRIOS.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVEERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA**

TRIBUNAL EXAMINADOR

**PRESIDENTE: LICDA MARÍA EMILIA ALFONSO DE
PONTACQ.**

SECRETARIO: MSC. NERY ALFONSO VELASQUEZ.

ASESOR: LICDA. LILIAN AFRE DE ROSAL.

REVISOR: LIC. ENRIQUE AGUILAR CIFUENTES.

NOTA: Únicamente el autor es responsable de las doctrinas de Graduación. Artículo 31 del Reglamento para Exámenes Técnicos Profesionales del Centro Universitario de Occidente.

ACTO QUE DEDICO

A ti **DIOS** que me diste la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

A MI PADRE

Oswaldo Loarca

Un ser especial, cuando nací aparecía para aplaudir mis últimos logros. Cuando me iba haciendo mayor, era una figura que me enseñaba la diferencia entre el bien y el mal. Durante mi adolescencia la autoridad que me ponía límites a mis deseos. Ahora que soy adulta, es el mejor consejero y amigo que tengo.

A MI MADRE

Elvira Portillo

Porque siempre sus brazos se abren cuando necesito un abrazo. Su corazón sabe comprender cuando necesito una amiga. Sus ojos sensibles se endurecen cuando necesito una lección. Su fuerza y su amor me han dirigido por la vida y me han dado las alas que necesitaba para volar.

A MIS TRES HERMANOS

Monica, Yakelyn y Eddy por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A MIS AMIGOS

Por darle felicidad y apoyo a mi vida.

A MIS CATEDRATICOS

Por confiar en mí, por tenerme la paciencia necesaria y transmitirme sus conocimientos académicos muchas gracias.

A TODAS LAS PERSONAS

Que han sido parte importante en mi vida.

AL HOGAR LUIS AMIGÓ

A las hermanas, niñas y adolescentes y al Personal, muchas gracias por el apoyo y la comprensión en la elaboración de este proyecto.

A: La Universidad de San Carlos de Guatemala por abrirme las puertas y ayudarme en mi formación académica.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

Quetzaltenango, 20 de julio de 2,012

Msc.
Nery A. Velásquez
Coordinador
Carrera de Psicología

Respetable Señor Coordinador:

Atentamente me dirijo a usted para comunicarle que he concluido con la asesoría del Trabajo de Graduación de Licenciatura en Psicología titulado: "Informe del Ejercicio Profesional Supervisado" realizado en el Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia y Adolescentes en conflicto con la Ley Penal". Dicho trabajo fue realizado por la Br. Evelyn Rocío Loarca Portillo, con carné estudiantil No. 200430766.

Al respecto me permito informarle que el trabajo realizado reúne los requisitos establecidos por la carrera para el efecto y que durante el proceso de asesoría, la estudiante tomó en consideración las sugerencias brindadas. Por lo anteriormente expuesto, EMITO DICTAMEN FAVORABLE para que se continúe con el trámite respectivo.

Sin otro particular, me es grato suscribirme,


MA Lillán Afre de Rosal
ASESORA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

Quetzaltenango, 18 de septiembre del 2012.

Msc. Nery Alfonso Velásquez Barreno.

Coordinador Psicología.

Edificio.

Respetable Maestro:

Por medio de la presente me permito informarle que asesore el Trabajo de Graduación de la Licenciatura en Psicología de la Alumna: EVELYN ROCIO LOARCA PORTILLO, con Carnet No. 200430766, Titulado: "INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO EN EL JUZGADO DE RIMERA INSTANCIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON AL LEY PENAL DE QUETZALTENANGO".

Me permito indicarle que el trabajo de graduación llena los requisitos académicos que requiere la Carrera de Psicología del Centro Universitario de Occidente, por lo que EMITO DICTAMEN FAVORABLE para que siga el curso correspondiente.

Atte.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. José Enrique Aguilar Cifuentes.

Revisor.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

Of. Imp. E.P.S. No. 202-2012
Quetzaltenango, 04 de octubre del 2,012

Licenciada
Maria Emilia Alfonso de Pontacq
Directora de División de
Humanidades y Ciencias Sociales
Centro Universitario de Occidente
EDIFICIO.

Licenciada Alfonso:

Por este medio me dirijo a usted, con el propósito de informarle que se ha presentado a la Coordinación de la Carrera de Psicología, el trabajo de graduación, titulado: " **INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, REALIZADO EN EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL DE QUETZALTENANGO**", estudio realizado por la (el) estudiante: **EVELYN ROCIO LOARCA PORTILLO**, previo a conferírsele el Título de Licenciada en Psicología.

El trabajo mereció **DICTAMEN FAVORABLE**, del (la) Asesor(a) Licda. Lilian Afre de Rosal y del (la) Revisor(a) Lic. Enrique Aguilar Cifuentes, por lo que solicito **ORDEN DE IMPRESIÓN**

Sin otro particular, me suscribo de Usted,

Atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Msc. Nery Alfonso Velásquez Barreno
Coordinador Carrera de Psicología



c.c. archivo



*Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Occidente*

El infrascrito DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES del Centro Universitario de Occidente ha tenido a la vista el **ACTA DE GRADUACIÓN** No. PSI-53-2012 de fecha 03 de octubre del año 2012 del (la) estudiante: Evelyn Rocío Loarca Portillo con carné No. 200430766 emitida por el Coordinador de la Carrera de PSICOLOGIA, por lo que se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE GRADUACION TITULADO: "INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, REALIZADO EN EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL DE QUETZALTENANGO"**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Quetzaltenango, octubre 10 de 2,012

Licda. María Emilia Alfonso de Pontacq
Directora de División
Humanidades y Ciencias Sociales



INDICE

INTRODUCCION

CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	2
CON RELACION AL MUNICIPIO EN DONDE SE ENCUENTRA LA INSTITUCION	2
1. UBICACIÓN GEOGRAFICA.....	3
2. POBLACION Y UBICACIÓN ACTUALIDAD	4
3. RECURSOS NATURALES Y GEOGRAFICOS DEL MUNICIPIO	5

CAPITULO

CON RELACION A L INSTITUCION EN DONDE SE EFECTUARA EL E.P.S.....	.
1. MISIÓN Y VISIÓN	7
2. FECHA DE FUNDACIÓN	8
3. POBLACION QUE ATIENDE	8
4. PROGRAMAS QUE DESARROLLA	8
1.2. PLÁN GENERAL DE TRABAJO	9
1.3. PLAN DEL PROGRAMA DE SERVICIO.....	13
1.3.1 INFORME DE 5 CASOS	15
1.3.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE CASOS ATENDIDOS	29
1.3.3. ANÁLISIS DEL TRABAJO DESARROLLADO DEL ÁREA DE SERVICIO	37
1.4. PLAN DEL PROGRAMA DE DOCENCIA.....	39
1.4.1 ANÁLISIS DEL TRABAJO DESARROLLADO EN EL ÁREA DE DOCENCIA	41

CAPITULO II

2.1. PLAN DEL PROGRMA DE INVESTIGACIÓN	42
2.2. INTRODUCCIÓN	43
2.3. MARCO TEÓRICO	45
2.4. ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL TRABAJO DE CAMPO.....	78
2.5. MARCO OPERATIVO	78
2.6. COMPROBACIÓN HIPÓTESIS	86
2.7. PROPUESTA PARA RESOLVER EL PROBLEMA.....	87
2.8. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	91
2.9. RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	93
2.10. ANLISIS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN ESTE PROGRAMA.....	95

CAPITULO III

3.1. PLAN DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN.....	96
3.2. ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA	99
3.3. ANÁLISIS DEL E.P.S.....	100
3.4. CONCLUSIONES SOBRE EL EPS.....	101
3.5. RECOMENDACIONES DEL E.P.S.....	102

BIBLIOGRAFIA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCION

El Ejercicio Profesional Supervisado E.P.S, como práctica final de preparación académica de la Licenciatura en Psicología, que resalta la importancia de la Psicología, pues permite un acercamiento al tratamiento o técnicas aplicadas al paciente que asiste a los centros en busca del servicio.

En el área de servicio el mayor enfoque se da en la atención clínica de casos, que conlleva los procesos correspondientes y la utilización de instrumentos básicos y adecuados para cada caso, esta área es muy importante ya que se practica la evaluación, diagnóstico y tratamiento de casos. Es un área con un campo bastante amplio de aprendizaje y la más importante, ya que se pone en práctica todo aquello que se obtuvo a través de la teoría, y se desarrollan todos los conocimientos adquiridos durante la preparación académica.

El área de docencia, comprende el desarrollo de charlas, talleres de interés para la población de la institución de práctica, esta área permite al estudiante desenvolverse desde un enfoque diferente pero igual de importante. Y de igual manera se realiza el área de extensión con la diferencia que se realiza en un centro fuera de la institución de E.P.S.

La investigación se realiza como parte integral de la práctica, de esta forma se proporciona al estudiante de psicología información de apoyo para el mejor desenvolvimiento en el área de la práctica y se fundamenta en la organización y realización de proyectos que sean de beneficio para el lugar en donde se realiza dicha investigación.

Las áreas antes mencionadas en el presente trabajo se realizaron en la institución: Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia y Adolescentes en conflicto con la Ley Penal de Quetzaltenango centro de E.P.S en este informe se presenta la información básica que permite corroborar el trabajo realizado durante la práctica correspondiente en los cuatro ejes; una investigación completa de un problema detectado en el Hogar de Protección Luis Amigó, centro de extensión del proceso. A continuación se dará a conocer las diferentes actividades realizadas en cada uno de los ejes con sus actividades y planificaciones correspondientes, así como el análisis final de la experiencia. Académica de la práctica.

CAPITULO I

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1 CON RELACION AL MUNICIPIO EN DONDE SE ENCUENTRA LA INSTITUCION.

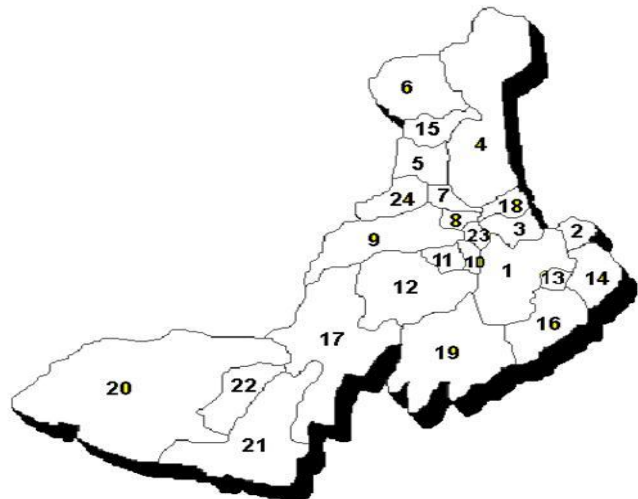
Quetzaltenango [ketsalte□ nanngo] conocida también como **Xelajú** o **Xela** es la segunda ciudad más importante de Guatemala. Así mismo Quetzaltenango cuenta con diversos centros educativos, así como algunas de las universidades más reconocidas de Guatemala, al ser la ciudad con la mayor cantidad de centros educativos por habitante, debido, entre otros aspectos, a su estratégica ubicación, ya que la mayoría de sus estudiantes no son de Quetzaltenango, sino de ciudades y poblaciones que se ubican en promedio a 1.5 horas de ésta ciudad.

Se tiene un estimado de población de 300.000 habitantes. La población es de alrededor del 65% indígena o amerindia, el 32% mestizos o ladinos, y el 3% europeo. La ciudad de Quetzaltenango se encuentra en un valle montañoso en el altiplano de Guatemala a una altitud de 2.357 metros (7.734 pies) sobre el nivel del mar. Proclamada en 2008 como capital de Centroamérica por el Parlacen. La población fija de la ciudad y municipio de Quetzaltenango es de aproximadamente 125,000 habitantes, pero debido al flujo comercial-educativo, la población se incrementa con 30,000 personas que conforman la población flotante, perteneciente a otros centros poblados de otros departamentos. Es la capital del departamento de Quetzaltenango, que tiene 1.953 km², equivalentes al 1,8% del territorio nacional. A nivel departamental el 60,57% de la población es indígena, porcentaje superior al observado a nivel nacional (41,9%); predomina el grupo étnico k'iche' y Mam. Se habla español, idioma oficial, pero también se habla quiché y mam. Es importante señalar que muchas de las mujeres indígenas jóvenes ya no visten sus trajes regionales (típicos).

MAPA DE LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE QUETZALTENANGO

- 1- Quezaltenango Instituto
- 2- Salcajá
- 3- Olinstepeque
- 4- San Carlos Sija
- 5- Sibilia
- 6- Cabricán
- 7- Cajolá
- 8- San Miguel Sigüla
- 9- San Juan Ostuncalco
- 10- San Mateo
- 11- Concepción Chiquirichapa
- 12- San Martín Sacatepequez
- 13- Almolonga
- 14- Cantel
- 15- Huitán
- 16- Zunil
- 17- Colomba
- 18- San Francisco La Unión
- 19- El Palmar
- 20- Coatepeque
- 21- Génova
- 22- Flores Costa Cuca
- 23- La Esperanza
- 24- Palestina De Los Altos

Fuente: Elaboración Propia con base del mapa de Quetzaltenango del gráfico Nacional de Guatemala.



ETIMOLOGÍA:

Según el Diccionario Geográfico (1984:29), una de las particularidades es que la cabecera sigue estando en el mismo lugar en que se fundó unos mil años antes de la conquista española y hasta la fecha ha ido creciendo dentro del valle del Altiplano.

El origen del nombre aún no se ha determinado con exactitud, pero en El Título Real de don Francisco Izquín Nehaib, fechado en 1558 (Recinos 1984:18), se menciona a Culahá, Ah Xelahun como nombre de Quetzaltenango. Los k'iche's dieron a este lugar el nombre de Xelahun y Xelahun Queh (Lugar de los diez venados) o el día 1 Queh de su calendario.

El nombre de Quesaltenango fue puesto por los indígenas mexicanos. El nombre fue evolucionando a Quezaltenango. Hasta que finalmente el Gobierno de la República de Guatemala decidió que el nombre de la ciudad sería Quetzaltenango, que significa bajo la muralla del Quetzal.

ECONOMÍA:

Quetzaltenango es la segunda ciudad más importante de Guatemala, porque es un municipio con gran concentración de comercio artesanal e industrial.

Los aspectos comerciales, de servicios, educativos (a nivel primario, secundario y universitario), sociales, de instancias políticas, gubernativas y culturales, entre otras, atraen a muchas personas de lugares cercanos y otros departamentos, por lo que Quetzaltenango se convierte en una ciudad que concentra el comercio y los servicios en el occidente del país.

Otro de los municipios de Quetzaltenango con gran pujanza económica y cultural es Coatepeque. Su nombre tiene origen Náhuatl y se deriva de las palabras "Coatl" que significa culebra y "Tepeo" que quiere decir cerro o lugar. Es el municipio más grande del departamento, atendiendo a su aspecto geográfico. Allí se encuentran más de 30 sitios arqueológicos, entre los cuales destaca el llamado La Felicidad. Coatepeque cuenta con atractivos balnearios y ríos.

Dentro de sus cultivos destacan: café, maíz, fruta, palma africana, ajonjolí, arroz y hule. Es una zona ganadera, industrial y de gran actividad comercial.

El departamento se caracteriza por tener atractivos turísticos como: el Cerro del Baúl, el Cerro Siete Orejas, Cerro Quemado, los baños de Almolonga Cirilo Flores, las Delicias, las Fuentes Georginas, la Laguna de Chicabal y otras, lo que ha determinado que el número de turistas haya aumentado en los últimos años.

La feria de la ciudad se realiza del 12 al 18 de septiembre en honor a la independencia nacional, siendo el día más importante el 15 de septiembre, que se conmemora la independencia de Guatemala con una serie de actividades a lo largo del mes. En tales fechas se celebra un certamen artístico donde se premian a literatos a nivel nacional.

El 07 de octubre de cada año, se celebra con gran fervor religioso, el día de la Virgen del Rosario, Patrona del Municipio, que incluye celebraciones a lo largo de todo el mes, siendo una fecha muy especial para los habitantes que profesan la fe católica del municipio.

Equipo de Fútbol "Xelajú Mario Camposeco": El Club Social y Deportivo Xelajú Mario Camposeco. Es el club de fútbol más importante de Guatemala a nivel departamental, es el tercer equipo grande del país, detrás de Comunicaciones y Municipal, es el actual equipo más importante de la ciudad de Quetzaltenango, después que equipos como el Balbolan y el Rosario FC desaparecieron, actualmente milita en la liga mayor de la liga nacional de fútbol de Guatemala.

Quetzaltenango ha sido considerada la cuna de la cultura en el occidente de Guatemala, tierra de poetas, pintores, escritores y artistas.

CLIMA:

La Ciudad de Quetzaltenango es la ciudad más fría de toda Centroamérica,¹ ya que se encuentra en un valle montañoso a una altitud de 2.357 metros (7.734 pies) sobre el nivel del mar. La ciudad tiene un clima subtropical de montaña debido a la altitud, la temperatura media es de 14.7 °C y sus temperaturas suelen ir de los 1 °C a 25 °C.

Existen dos estaciones principales en Quetzaltenango: la temporada de lluvias, que generalmente se extiende desde mayo hasta mediados de noviembre, y la estación seca, que va desde diciembre hasta mayo. Durante la temporada de lluvias, la lluvia cae constantemente, por lo general en las tardes. Durante la estación seca, la ciudad con frecuencia no reciben una sola gota de lluvia durante semanas.

Actualidad

Actualmente la ciudad de Quetzaltenango, es la segunda ciudad en importancia en Guatemala, destacada por la gran cantidad de escuelas, colegios, centros hospitalarios y universidades, siendo hoy día centro cultural del occidente del país. Así mismo en la ciudad hay gran cantidad de escuelas de español, a las que asisten personas de muchos países del mundo, principalmente de Europa y E.U.A. La educación del español como segundo idioma se imparte con excursiones ecológicas y turismo de aventura. La ciudad también tiene hoy día vida nocturna, concentrada en parte de su centro histórico, en donde se puede degustar de comida y bebida nacional e internacional, en sus diversos restaurantes, bares y centros nocturnos, y en muchos municipios de este departamento se encuentran tiendas artesanales con una gran diversidad de artículos artesanales.

La Ciudad de Quetzaltenango se encuentra postulada como candidata para ser la sede de los Juegos Centroamericanos y del Caribe en 2018. Para lo cual la Ciudad invertirá unos Q2 mil millones, los cuales servirían para la construcción de infraestructura deportiva, instalaciones útiles para esta clase de competencias, como polideportivos, natatorios, velatorios, etc. También se tiene previsto construir un nuevo estadio con capacidad para 30.000 aficionados en 2016, si la oferta tiene éxito.

Población:	661,325 habitantes aproximadamente.
Municipios:	Quetzaltenango, Salcajá, Olinstepeque, San Carlos Sija, Sibilia, Cabricán, Cajolá, San Miguel Sigüilá, San Juan Ostuncalco, San Mateo, Concepción Chiquirichapa, San Martín Sacatepéquez, Almolonga, Cantel, Huitán, Zunil, Colomba, San Francisco La Unión, El Palmar, Coatepeque, Génova, Flores Costa Cuca, La Esperanza y Palestina de Los Altos.

ATRATIVOS TURÍSTICOS - DEL ROMANCE A LA AVENTURA:

El altiplano quetzalteco es una extensa meseta, que se eleva de cuando en cuando en forma de serranías y volcanes. Se proyecta hacia el cielo desde el amplio piso, cuyas altitudes van de los 2,100 a los 2,600 metros sobre el nivel del mar. La cima del volcán Santa María, posee el cuarto lugar en cuanto a las elevaciones de Guatemala.

Por ello, los atractivos turísticos de Quetzaltenango resultan de una naturaleza en extremo variada y rica. Ante la imposibilidad de nombrarlos a todos, revisaremos los más conocidos, organizados en cuatro categorías: rutas de descubrimiento, volcanes, escenarios naturales o paisajes semiagrestes y fuentes termales. Como complemento, un zoológico.

Un cañón, un río, un pasadizo: La más espectacular de las rutas es la que acompaña al Río Samalá en su viaje al mar. Es un pasadizo natural, recorrido por camino de asfalto, que conecta al altiplano con la costa. Por su intermedio se puede ir desde el bosque templado de coníferas hasta la calurosa sabana tropical, pasando por la selva subtropical del declive de la cordillera volcánica. Para el amante de las ciencias de la tierra, la multitud de detalles que afloran a lo largo del cañón resultan de un interés inimaginable. Combina el paisaje urbano de poblados tales como Cantel, Zunil, Santa María de Jesús y San Miguelito Calaguaché.

El camino de la Costa Cuca: Otra magnífica ruta corre junto a la carretera departamental 3. Une a varios pueblos: La Esperanza, San Mateo, Ostuncalco, Concepción Chiquirichapa, San Martín Sacatepéquez, Colomba, Coatepeque, Bethania y Las Pampas. Al llegar a ésta, una pujante aldea, se está a un paso de la extraña zona de pampas, como se llama ahí a los pantanos y tierras anegadas. Previo a abandonar la altiplanicie, el camino pasa entre los volcanes Lacandón y Chicabal; después, se desliza por la pegajosa y húmeda selva del declive volcánico, hasta Costa Cuca y su reino de pampas e innumerable vida silvestre.

Volcanes: La lista de éstos va desde el Santa María con 3,722 metros de altitud; Siete Oreas, con 3,370 metros; Cerro Quemado, con 3,197 metros; Chicabal, con 2,900 metros; Lacandón 2,770 metros; y Santiaguito 2,510 metros. El Zunil, con 3,542 metros, se comparte territorialmente con Sololá. Cada volcán tiene su propio atractivo. Santa María es el preferido por los montañistas, expertos y aficionados, porque representa un magnífico reto.

Cerro El Baúl y otros domos: Algunos les llaman domos, otros cúpulas. Son montes de origen volcánico, formados por erupciones de lava que no ha podido extenderse por su gran viscosidad.

La ciudad de Quetzaltenango está rodeada de ellos. Se les nombra como El Baúl, La Pedrera, El Galápago y Zunilito. El Baúl o Tecún Umán, está situado al oriente de la ciudad; sus bosques de encinas albergan gran cantidad de aves, ardillas y otros animales. Hay un mirador en la cumbre, senderos y muchas facilidades de acceso.

Chicabal: posee una laguna en la cumbre; de ascenso fácil, y la laguna es un poderoso imán por su frescura, belleza e integración cultural. Zunil es muy buscado porque cuenta con parajes increíblemente bellos y variados. Santiaguito es inalcanzable por su constante y vigorosa actividad.

Fuentes termales: Agraciado ha resultado Quetzaltenango por la variedad y abundancia de fuentes cálidas. Son resultado de la intensa actividad volcánica del subsuelo. Para la gente son un rico conjunto de posibilidades de paseo, visita ritual, aseo o curación.

Todas son medicinales. Ya sea vaporosas, como manantiales, pozas o estanques, individuales o colectivas, calurosas o solamente tibias. Entre las más populares están: Fuentes Georginas, Aguas Amargas, Baños de Almolonga, Baños de Zunil, Baños de Cantel y muchas más.

1.1 .2 DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL CON RELACION A LA INSTITUCION EN DONDE SE EFECTUARA EL EPS.

Nombre de la Institución: Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia y Adolescentes en conflicto con la Ley Penal de Quetzaltenango.

El juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia y Adolescentes en conflicto con la ley penal de Quetzaltenango, atiende a todos los niños, niñas y adolescentes a quienes les han causado daño físico como psicológico y/o: maltrato infantil, violación, abusos deshonestos, abandono, negligencia de los padres, etc.

El Juzgado, de acuerdo a su jerarquía, está integrado de la siguiente manera: un Juez, (quien es el encargado de llevar el control de dicha institución, atención y llevar procesos legales de cada caso que se presente, Secretario, (Encargado de tomar todos los casos que le sean asignados y cuyo trabajo es atender a niños, niñas y adolescentes para realizar observaciones, evaluaciones, y en algunos casos tratamientos si el caso es de vital importancia,) Trabajadora Social, (Es la encargada de realizar visitas domiciliarias para realizar observaciones, una investigación más profunda de todos los casos que le sean asignados y brindar un informe de acuerdo a dicha investigación, Comisario, (encargado de la Papelería en general, informes, enviar correspondencia a donde corresponda) Oficiales(3), (encargados de tomar declaraciones y entregar a donde corresponda, Notificadores (3), quienes llevan un control para citar a las personas y como su nombre lo indica notificar) conserje, (el encargado de velar por el mantenimiento de dicho juzgado.

Uno de los objetivos principales de esta institución, es velar por el interés superior del niño, proteger y mantener a los niños, niñas y jóvenes en el goce de los derechos que les haya sido violados o estén el peligro de serlo, brindar protección integral, coadyuvar a solucionar su problemática social, familiar y educativa. El trabajo se realiza de manera clara, tecnicado, realizado por personal capaz, eficiente, con sensibilidad humana, existiendo entre ambos respeto, comunicación, solidaridad y compañerismo.

Sin embargo existen, incentivos, lugar recreativo, asistencia médica, programas de ayuda personal y motivacional.

VISION:

“Somos un órgano jurisdiccional integrado por jueces justos, responsables y confiables, aplicamos una legislación juvenil modelo, ajustada a la doctrina de protección integral y al principio del interés superior del niño que velando por un futuro mejor de la niñez guatemalteca, coadyuva a solucionar su problemática social, familiar y educativa, nuestro ambiente de trabajo es claro, tecnicado y con un personal armonioso, capaz, eficiente y con sensibilidad humana. Tenemos fe en los niños, niñas y jóvenes de Guatemala”.¹

MISION:

¹ Juzgado de la niñez y adolescencia en conflicto con la ley penal de Quetzaltenango.

“Somos un órgano jurisdiccional que tiene por función proteger y mantener a los niños, niñas y jóvenes en el goce de los derechos que les hayan sido violados o estén en peligro de serlo. A través de la aplicación de una legislación basada en el principio de constitucionales de los jóvenes transgresores, a través de un proceso penal juvenil, sencillo, imparcial, oral y breve, en el que se le imponga una medida, acorde a su responsabilidad, de carácter resocializador y velar porque se le proporcione un tratamiento orientado a la educación integral”.

a. Fecha de Fundación: 1 de abril de 1998.

b. Clase de Institución: Pública.

c. Objetivos que persigue:

- ✓ Exige una protección a los niños que se encuentran en situaciones de peligro, riesgo y abandono.
- ✓ Realizar un proceso penal a adolescentes que han transgredido la ley.

d. Población que atiende: 0 a 18 años.

e. Programas que desarrolla:

- ✓ Atención a niños y adolescentes.
- ✓ Integral en el área social, jurídica y psicológica.

f. Programas en que participa el alumno Epesista:

- ✓ Atención de pacientes.
- ✓ Investigación que se realice fuera del Juzgado (observación, entrevista, Evaluación)

- **Dirección:** diagonal 10 0-34 Zona 5 de Quetzaltenango
- **Teléfono:** 77-39-60-00
- **Clínica de :** Psicología
- **Psicóloga Encargada:** Licda. Silvia Johana Álvarez.

1.2 PLAN GENERAL DE TRABAJO

1.2.1 PLAN GENERAL DE TRABAJO

1.2.2 DATOS DE IDENTIFICACION

Institución que Respalda el E.P.S:

Universidad San Carlos de Guatemala CUNOC, División de Humanidades; Licenciatura en Psicología.

Final Calzada Minerva 29-99 zona 3, Quetzaltenango.

Institución de E.P.S

Juzgado de Primera instancia de la Niñez y Adolescencia y adolescentes en Conflicto. Quetzaltenango

Hogar Luis Amigó Llanos de Urbina Cantel.

1.2.3 JUSTIFICACIÓN

El Plan es un incentivo para la realización de las actividades que se programan durante el periodo de planificación del trabajo de E.P.S, estas estarán contempladas en función a las necesidades básicas que la Clínica Psicológica, del centro de practica presente. Además es parte del pensum de la Licenciatura en Psicología, prestar servicio a la población, la que de alguna manera contribuye a nuestra superación profesional.

Las actividades que se proponen deben estar contenidas en un orden específico para que en el momento de ser aplicadas no ocasionen ningún conflicto, contradicción u obstáculo dentro de la misma.

La misión del Epesista es contribuir a la mejora de la situación en que vive el paciente actualmente, y que de alguna manera está provocando algún tipo de problema psicológico en él, que afecta su bien personal o social. El trabajo estará siendo realizado con empeño, disposición, vocación y habilidad que se posee como futuro profesional dentro del ámbito de la Psicología. Así mismo, hacer que mejore la condición del paciente, a través de la ayuda que se brindará, ya que el paciente encontrará un ambiente agradable amigable, y confidencial.

La docencia, servicio, extensión e investigación serán parte del proceso, del cual se obtendrán experiencias las cuales beneficiarán a la formación profesional, integral, intelectual y humanística del Epesista.

1.2.4 OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN

GENERAL:

- Aplicar de técnicas y conocimientos, adquiridos durante la preparación académica Profesional, para el fortalecimiento de una excelente salud mental al servicio de la población en general.

ESPECIFICOS:

- Proveer consultas Psicológicas a la Población en General del Juzgado de la niñez y Adolescencia y Adolescentes en Conflicto.
- Impartir Escuela para padres de familia emitidos por el Juez de Instancia.
- Proveer material didáctico a la Clínica de Psicología del Juzgado de la niñez y Adolescencia.
- Facultar con Técnicas de Autoayuda a los niños del Juzgado de la niñez para que estén en alerta en cualquier situación de peligro.
- Aplicar de manera adecuada, la entrevista, observación y diagnóstico psicológico.

1.2.5 Operativización:

- ✓ Atención a la Clínica Psicológica
- ✓ Indagar de acuerdo a la Anamnesis
- ✓ Diagnosticar
- ✓ Realización de Informes
- ✓ Equipamiento de la Clínica (Material Didáctico)
- ✓ Charlas en la escuela de padres
- ✓ Atención de Señoritas en Hogar Temporal “Luis Amigó”
- ✓ Tema a Investigar
- ✓ Informes Mensuales

1.2.6 Actividades de Cada Eje:

Servicio: Evaluar de forma individual cada uno de los casos, y realizar un diagnóstico, seguidamente la aplicar la terapia adecuada para cada una de los casos que en la clínica psicológica se presenten.

Docencia: Realizar actividades educativas, que requiera la atención en la escuela de padres de familia, para promover la concientización de temas de importancia, ésto por medio de charlas, conferencias, talleres y otros.

Extensión: Proyectar el servicio psicológico fuera del centro de práctica asignado, realizando terapias individuales, charlas, talleres de convivencia a señoritas de un hogar de protección.

Investigación: Detectar los problemas más comunes y que afecten más a la población, realizar la selección del problemas que más aqueje a las persona que asisten a la institución, y realizar una investigación formal finalizando con una propuesta final.

1.2.7 Resultados Que se Esperan:

- Brindar apoyo Psicológico y contribuir al buen desarrollo de salud mental del paciente que asiste a la Clínica Psicológica del Juzgado de la Niñez y Adolescencia, de esta manera hacer que no se centren en los problemas y se descuiden como seres humanos. Que

contribuirá que los problemas giran a su alrededor y no al contrario. A manera de proporcionar un servicio de calidad basado en los conocimientos adquiridos durante el proceso de la carrera, tomando en cuenta los principios morales y éticos que como profesionales se obtuvieron.

1.2.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E.P.S

Diagnosticar las necesidades	03-8-2009 Al 31-01-2010	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Planificar Actividades Realizar	03-8-2009 al 31-08-2009	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	01-12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Observación Pacientes	03-8-2009 al 31-08-2009	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	01-12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Evaluación Pacientes	03-8-2009 al 31-08-2009	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	01-12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Diagnostico e interpretación de las Evaluaciones	03-8-2009 al 31-08-2009	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	01-12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Entrega de Reportes	03-8-2009 Al 31-01-2010	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	001-12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Brindar Terapia a pacientes que lo necesiten	03-8-2009 Al 31-01-2010	01-09-2009 al 30-09-2009	01-10-2009 al 31-10-2009	02-11-2009 al 30-11-2009	01-12-2009 al 31-12-2009	4-1-2010 al 31-1-2010
Atención Psicológica Hogar "Luis Amigo"	15-08-2009 30-8-2009	17-09-2009 27-09-2009	14-10-2009 31-10-2009	12-11-2009 28-11-2009	2009	2010 12-10-2009 19-12-2009
						16-01-2010 30-01-2010

1.2.9 Recursos:

a. Humanos:

- Epesista
- Supervisor (a) de E.P.S
- Personal de la Clínica Psicológica del Juzgado de la niñez.
- Hogar Temporal "Luis Amigó"
- Padres de Familia

b. Materiales:

- Clínica Psicológica
- Escuela para padres (Sala de Audiencias)
- Plan de Actividades
- Material Didáctico
- Material Psicológico
- Materiales de oficina
- Test Proyectivos

c. Institucionales:

- Clínica Psicológica Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia de Quetzaltenango.
- Hogar “Luis Amigó”
- Sala de Audiencias

d. Financiamiento

- Estudiante Epesista

Responsable
Evelyn Rocio Loarca Portillo
E.P.S Psicología.

1.3 PLANIFICACION POR AREA DE TRABAJO

1. IDENTIFICACION DEL PROGRAMA: **SERVICIO**

2. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCION:

Juzgado de Primera instancia de la Niñez y Adolescencia y adolescentes en Conflicto.

3. PSICÓLOGA ENCARGADA: **Licda. Silvia Johana Álvarez.**

4. JUSTIFICACION

La clínica de Psicología del Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y adolescencia y Adolescentes en conflicto, persigue una misión la cual consiste en el servicio y atención psicológica a las personas que lo necesiten, los cuales pueden ser maltrato infantil, abuso sexual, adolescentes en conflicto con la sociedad o problemas psicológicos sin discriminación alguna.

4. OBJETIVOS:

General:

Proporcionar al niño o adolescente el apoyo psicológico y tiempo necesario para el enfoque de los problemas que a estos aquejan, asimismo el diagnostico para su abordaje y al final un tratamiento adecuado para solventar el mismo.

Específicos:

1. Dar apoyo psicológico Continuo.
2. Brindar a las personas la orientación necesaria para equilibrar sus emociones y sentimientos a través de la atención psicológica.
3. Motivar a la población a asistir a la clínica Psicológica del Juzgado de la niñez y Adolescencia.
4. Atender a los pacientes con un servicio integral, para que la afluencia sea continua.

5. OPERATIVIZACION:

- Observación a pacientes
- Entrevista
- Evaluación
- Diagnóstico
- Entrega de Informes
- Tratamiento en el caso de requerirlo
- Diagnóstico institucional de las necesidades que esté presente
- Atención a señoritas de hogar "Luis Amigó"

6. RECURSOS:

a. Humanos:

- Epesista
- Supervisor (a) de E.P.S
- Hogar Temporal “Luis Amigó”
- Padres de Familia

b. Materiales:

- Clínica Psicológica
- Escuela para padres (Sala de Audiencias)
- Plan de Actividades
- Material Didáctico
- Material Psicológico
- Materiales de oficina
- Test Proyectivos

c. Financiamiento:

- Estudiante Epesista.

7. RESULTADOS QUE SE ESPERAN:

- Brindar una atención satisfactoria que ayude a la mejora de la Salud Mental.
- Que las terapias implementadas sean las adecuadas para cada paciente y así generar un estado de bienestar mas sólido, efectivo y permanente en las personas que asisten al departamento Psicológico.

FECHA DE REALIZACIÓN: El programa de servicio se realizará de lunes a viernes de 8:00a.m a 3:30 p.m iniciando el 3 de agosto del 2,009 al 31 de Enero del 2,010.

1.3.1 INFORME DE 5 CASOS CON SUS RESPECTIVOS HISTORIALES

FICHA CLINICA PSICOLÓGICA

CASO NO. 1



Carpeta Judicial C 704-2006 Oficial Único
--

Responsable:	Evelyn Rocio Loarca Portillo
Área:	Psicología
Lugar y Fecha:	6 de Agosto de 2009

1. DATOS GENERALES:

Nombre: G. A. A. P.	Edad: 13 años	Género: Femenino
Fecha y Lugar de Nacimiento: 5-8-1994 Santa Lucia Cotzumalguapa.		
Nombre del Padre: M. F. G	Edad:	Ocupación:
Nombre de la Madre: E.M. A. A.	Edad:	Ocupación:
Grado que Cursa: Tercero Primaria	Institución: I.G.E.R	Teléfono:
Fecha de Ingreso: 06-08-2009	Fecha de Entrevista: 06-08-2009.	

2. MOTIVO DE CONSULTA: La niña argumenta ser víctima de violencia física, psicológica, y prostitución desde los seis años por parte de su progenitora. La Menor es trasladada al hogar Temporal de Manchen a los 8 años, pero en el hogar sufrió daños físicos y fue trasladada a Hogar Temporal de Quetzaltenango, en el cual vivió 6 años, luego por buen comportamiento fue enviada al Hogar "Luis Amigó".

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Fecha de Inicio y Duración: Desde su niñez fue víctima de abuso sexual, prostitución y problemas de maltrato físico y psicológico, por parte de su progenitora.

Factores Precipitantes: Falta de Figura Paterna, Progenitora la agredía constantemente hasta intentarle quitar la vida a la menor.

Impacto: Sentimiento de soledad, frustración y mucha tristeza. Académicamente su rendimiento es bueno.

4. HISTORIA PATOLÓGICA:

Enfermedad actual: Migraña

Molestias principales: Dolores frecuentes de cabeza, sudoración excesiva.

Tratamiento recibidos y resultados: Ninguno

Problemas o Enfermedades Familiares: Alcoholismo de progenitora.

5. HISTORIA NO PATOLÓGICA:

Historia-Prenatal:

No hay información

Desarrollo Psicomotriz:

No hay Información

Desarrollo Escolar:

Académicamente se encuentra bien.

6. HISTORIA FAMILIAR: La madre de la niña siempre la agredió física y verbalmente, su padre falleció. Es hija única de su progenitora, desde que la niña tenía la edad de 6 años, bebía licor y llevaba a su casa hombres los cuales le pagaban por tener relaciones sexuales con la niña. La niña comenta que su madre padece de enfermedades mentales, dice no quererlo porque le hizo mucho daño nunca la abrazo siempre la trató mal cuando le daban los ataques, su padrastro, fue una buena persona, pero no puede vivir con él porque su mamá la llega a traer y la niña no desea regresar con ella.

Personas que integran el hogar:	Progenitora, Paciente y su Padrastro.
Relación Interpersonal:	Distante.

7.EXAMEN MENTAL	
Apariencia	Aceptable
Memoria	Buena
Percepción	Adecuada
Actitud	Colaboradora
Lenguaje	Fluido
Estado de Animo	Oscilante
Orientacion Tiempo Espacio	Bueno
Control de Impulsos	Si Hay
Contenido del Pensamiento	Coherente
Autopsiquia	Si Hay
Alopsiquia	Si Hay
Insight	Si Hay

8. PRUEBAS AUXILIARES.
 a. Observación Clínica b. Pruebas proyectivas menores; test de los Colores, Figura humana, Árbol, la Lluvia, La Familia, La casa.

9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- ✓ Abusada Sexualmente
- ✓ Su Progenitora la prostituyó a los 6 años de edad
- ✓ En ocasiones recuerda involuntariamente los sucesos de abuso sexual.
- ✓ Inestabilidad Emocional
- ✓ Se enoja con facilidad
- ✓ Tristeza.

10. EVALUACIÓN MULTIAIXIAL:	
Eje I Trastornos Clínicos	T74.2 Abuso Sexual de la niña Dx. Principal
Eje II Trastornos de la Personalidad	Sin Diagnostico Z03.2 (V71.09)
Eje III Enfermedades Medicas	Sin Diagnostico Z03.2 (V71.09)
Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales	Problemas relativos al grupo Primario de Apoyo

11. PLAN TERAPÉUTICO:

- 10.1 Terapia Racional, Emotiva y Conductual
- 10.2 Terapia Holística (integral)
- 10.3 Desensibilización

12. NOTAS EVOLUTIVAS:

6 de Agosto: Inicio del tratamiento psicológico, formulación de confianza, para la facilitación del raptor.

20 de agosto: Se logró que la menor externalizara sus sentimientos y emociones.

3 de Septiembre: La menor es desensibilizada a través de Terapia de Relajación.

17 de Septiembre: Se trabaja con la niña la Terapia de Sanación del Alma y el Perdón.

1 de Octubre: Celebración del día del niño se le brindaron algunos presentes.

15 de Octubre: Se brinda una Terapia del Perdón.

5 de Noviembre: Cambio de Cupones por buen comportamiento y mejoramiento de su estado de ánimo.

19 de Noviembre: La niña presenta mejoramiento en sus relaciones sociales, su sentimiento de soledad ya no es tan fuerte.

17 de Diciembre: Se cierra el caso, ya que la niña es entregada a su familia.

Evelyn Rocio Loarca Portillo
Psicología.

FICHA CLINICA PSICOLÓGICA

CASO NO. 2



Carpeta Judicial Oficial
Totonicapán

Responsable:	Evelyn Rocio Loarca Portillo
Área:	Psicología
Lugar y Fecha:	13 de Agosto de 2009

1. DATOS GENERALES:

Nombre: B.P. A. Z.	Edad: 16 años	Género: Femenino
Fecha y Lugar de Nacimiento: 24-12-1,993 Totonicapán		
Nombre del Padre: J. N. B. G.	Edad:	Ocupación:
Nombre de la Madre: R. A. P. A.	Edad:	Ocupación:
Grado que Cursa: Tercero Básico	Institución: Instituto Básico Curruchique	
Fecha de Ingreso: 13-8-2009	Fecha de Entrevista: 13-8-2009.	

2. MOTIVO DE CONSULTA: La Adolescente es trasladada al Hogar "Luis Amigo" por Orden del Juzgado de familia de Totonicapán. Vivía con su progenitora la cual le daba malos tratos, padre de familia se encuentra purgando una condena en Granja Penal Cantel. Madre en ocasiones da la razón a la niña y en otros momentos da la razón al padre.

La Adolescente da a conocer el odio de la madre hacia ella. y por consiguiente acude al juzgado de menores de Totonicapán.

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Fecha de Inicio y Duración: La menor actualmente se encuentra en un hogar de protección y desde su ingreso al mismo la niña ha mojado la cama.

Factores Precipitantes: El abuso sexual por parte del padre. Sus visitas han sido restringidas.

Impacto: No quiere dormir en el cuarto asignado, no comparte socialmente con sus compañeras de centro, y su rendimiento académico no ha sufrido ningún cambio, ha tenido un buen rendimiento.

4. HISTORIA PATOLÓGICA:

Enfermedad actual: Ninguna

Molestias principales: Sudoración excesiva.

Tratamiento recibidos y resultados: Ninguno

Problemas o Enfermedades Familiares: Alcoholismo de progenitor.

5. HISTORIA NO PATOLÓGICA:

Historia-Prenatal:

No hay información

Desarrollo Psicomotriz:

No hay Información

Desarrollo Escolar:

Académicamente se encuentra bien.

5. HISTORIA FAMILIAR: Actualmente su padre se encuentra en el Centro de Prevención Granja Penal, fue condenado a cuatro años por abusos deshonestos en contra de la menor desde que esta tenía 5 años hasta llegar a los 12, la madre realizó la denuncia en contra del padre, pero en la actualidad la niña se encuentra muy molesta, ya que su progenitora ha realizado visitas al progenitor dentro del centro penitenciario, la niña comenta “mi mamá está de acuerdo con mi papá para hacerme sentir mal, no se porqué mi mamá llega a ver a ese señor, pero algún día pagarán por todo el daño que me han hecho.

Los hermanos de la menor se encuentran con la progenitora.

Personas que integran el hogar: Progenitora y 4 hermanos es la primera de los hermanos

Relación Interpersonal: En ocasiones es muy sociable y en otras no

6. EXAMEN MENTAL	
Apariencia	Aceptable
Memoria	Buena
Percepción	Adecuada
Actitud	Colaboradora
Lenguaje	Fluido
Estado de Animo	Oscilante
Orientacion Tiempo Espacio	Buena
Control de Impulsos	Si Hay
Contenido del Pensamiento	Coherente
Autopsiquia	Si Hay
Alopsiquia	Si Hay
Insight	Si Hay

7. PRUEBAS AUXILIARES: a. Observación Clínica b. Pruebas proyectivas menores; test de los Colores, Figura humana, Árbol, la Lluvia, La Familia, La casa.

8. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- ✓ Abusada Sexualmente
- ✓ En ocasiones recuerda involuntariamente los sucesos de abuso sexual.
- ✓ Inestabilidad Emocional
- ✓ Irritabilidad

9. EVALUACIÓN MULTIAIXIAL:	
Eje I Trastornos Clínicos	T74.2 Abuso Sexual de la niña Dx. Principal F.98 Enuresis Nocturna.
Eje II Trastornos de la Personalidad	Sin Diagnóstico Z03.2 (V71.09)
Eje III Enfermedades Medicas	Sin Diagnóstico Z03.2 (V71.09)
Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales	Problemas relativos al grupo Primario
de Apoyo Eje V EEAG	95 (Actual) según DSM-IV

<p>10. PLAN TERAPÉUTICO:</p> <p>10.1 Terapia Racional, Emotiva y Conductual 10.2 Terapia Holística (integral) 10.3 Desensibilización</p>
<p>11. NOTAS EVOLUTIVAS:</p> <p>13 de Agosto: Inicio de tratamiento Psicológico, establecimiento de Rapport.</p> <p>27 de Agosto: Economía de fichas.</p> <p>10 de Septiembre: La menor ha respondido favorablemente, se realizó una terapia de relajación.</p> <p>24 de septiembre: La niña no se presentó por motivo de audiencia.</p> <p>8 de Octubre: Terapia del Perdón y Sanación del Alma.</p> <p>22 de Octubre: Segunda Parte de Terapia del Perdón.</p> <p>12 de Noviembre: Canjeo de cupones, presentación de tabla de conteo diario. La niña solamente 1 vez ha mojado la cama después de 3 meses de terapia.</p> <p>26 de noviembre: Terapia de Tensión-Relajación.</p> <p>18 de Diciembre: Se trabajó con La Balanza de Mi Vida.</p> <p>29 de Enero: Se cierra el caso debido a resultados positivos.</p>

Evelyn Rocio Loarca Portillo
Psicología.

FICHA CLINICA PSICOLÓGICA

CASO NO. 3

Responsable:	Evelyn Rocio Loarca Portillo
Área:	Psicología
Lugar y Fecha:	9 de enero de 2009

1. DATOS GENERALES:

Nombre: S. C. M. J.	Edad: 11 años	Género: Femenino
Fecha y Lugar de Nacimiento: 25-06-1998 La Esperanza		
Nombre del Padre: Padraastro C. A. S. O.	Edad: 51 años	Ocupación:
Nombre de la Madre: S. P. C.S.	Edad: 29 años	Ocupación:
Grado que Cursa: Cuarto Primaria	Institución: Escuela Urbina Cantel	
Fecha de Ingreso: 09-08-2009	Fecha de Entrevista: 09-08-2009	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Menor es trasladada al Hogar "Luis Amigó" por Orden del Juzgado de Menores de Quetzaltenango. Menor vivía con su madre, la cual tomaba bebidas alcohólicas y fue denunciada por maltrato físico y verbal. Acude a la Evaluación Psicológica y luego es referida a Tratamiento por el Juez.

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Fecha de Inicio y Duración: Lleva 1 mes en el hogar "Luis Amigó", Desde su niñez, sufrió de maltrato físico y psicológico, Actualmente le hace mucha falta su progenitora.

Factores Precipitantes: Falta de figura paterna, alcoholismo de madre y su hermana en Hogar Temporal de Quetzaltenango.

Impacto: Dentro del hogar manifiesta: tristeza y baja autoestima. Comenta que quiere regresar al lado de su progenitora.

4. HISTORIA PATOLÓGICA:

Enfermedad actual: Ninguna

Molestias principales: Falta de Sueño.

Tratamiento recibidos y resultados: Ninguno

Problemas o Enfermedades Familiares: Alcoholismo de progenitora.

5. HISTORIA NO PATOLÓGICA:

Historia-Prenatal:

No hay información

Desarrollo Psicomotriz:

No hay Información

Desarrollo Escolar:

Académicamente se encuentra bien.

6. Historia Familiar: Vivía con su progenitora y 1 hermana, su relación familiar fue buena comenta la niña, su mamá le pegaba en ocasiones pero solamente cuando no hacia bien las cosas, mi mamá tomaba alcohol, pero ya lo estaba dejando, su hermana vivió con ellas pero al paso del tiempo ella le desobedecía a su mama y se salía con muchachos que eran pandilleros, y la ingresaron al hogar Temporal. Su padraastro es una buena persona, nunca le hizo daño. La progenitora trabajaba con una persona de origen china y ella le daba sus útiles escolares y sus alimentos.

Personas que Integran su Hogar:	Mamá, Paciente y su Padraastro.
Relación Interpersonal:	Es una niña muy sensible emocionalmente, y muy Obediente

7. EXAMEN MENTAL	
Apariencia	Aceptable
Memoria	Buena
Percepción	Adecuada
Actitud	Colaboradora
Lenguaje	Fluido
Estado de Animo	Oscilante
Orientacion Tiempo Espacio	Bueno
Control de Impulsos	Si Hay
Contenido del Pensamiento	Coherente
Autopsiquia	Si Hay
Alopsiquia	Si Hay
Insight	Si Hay

7. PRUEBAS AUXILIARES
 a. Observación Clínica b. Pruebas proyectivas menores; test de los Colores, Figura humana, Árbol, la Lluvia, La Familia, La casa.

8. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- ✓ Daños físicos y Psicológicos
- ✓ Inestabilidad Emocional
- ✓ Sentimiento de Soledad
- ✓ Es muy sensible

9. EVALUACIÓN MULTIAIXIAL: Eje I Trastornos Clínicos Eje II Trastornos de la Personalidad Eje III Enfermedades Medicas Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales Eje V EEAG	Sin Diagnóstico Z03.2 (V71.09) Sin Diagnóstico Z03.2 (V71.09) Sin Diagnostico Z03.2 (V71.09) Problemas relativos al grupo Primario de Apoyo 75 (Actual) según DSM-IV
---	---

10. PLAN TERAPÉUTICO:

- 10.2 Terapia Holística (integral)
- 10.3 Desensibilización
- 10.4 Fortalecimiento de Autoestima.

11. NOTAS EVOLUTIVAS:

19 de Enero: La niña se presenta a su primera cita con mucho entusiasmo.

9 de Septiembre: Resultados positivos en economía de fichas.

23 de Septiembre: Terapia de Relajación.

7 de Octubre: Terapia Sanación y Perdón.

21 de Octubre: Se trabajo con la Balanza de Su vida.

11 de Noviembre: Realización de un cuento con su vida y se le colocó un final feliz.

25 de Noviembre: Canjeo de cupones.

9 de Diciembre: Terapia de Relajación.

21 de Diciembre: Se cierra el caso debido a que regresa a su hogar con su familia.

Evelyn Rocio Loarca Portillo
Psicología.



FICHA CLINICA PSICOLÓGICA

CASO NO.4

Responsable:	Evelyn Rocio Loarca Portillo
Área:	Psicología
Lugar y Fecha:	14 de Agosto de 2,009

1. DATOS GENERALES:

Nombre: G.G. V. E.	Edad: 13 años	Género: Femenino
Fecha y Lugar de Nacimiento: 11-05-1996 Guatemala		
Nombre del Padre: R. E.G. P.	Edad: 45 años	Ocupación: Comerciante
Nombre de la Madre: M. A. G.P.	Edad: 40 años	Ocupación: Of.Domésticos
Grado que Cursa: Primero Básico	Institución: Instituto Básico Curruchique	
Fecha de Ingreso: 14-08-2009	Fecha de Entrevista: 14-8-2009	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Menor es trasladada al Juzgado de Menores de Quetzaltenango por órdenes del juzgado 1ero. de menores de Guatemala, para realizar evaluación, diagnóstico y tratamiento. La menor actualmente se encuentra en el Centro de Protección de Menores: Hogar Temporal Quetzaltenango.

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Fecha de Inicio y Duración: Vivió desde los 3 meses con los abuelitos, sus progenitores la dejaron con ellos, pero por descuidos la niña fue abusada sexualmente por su tío, al regresar con su progenitora, su padrastro abusó sexualmente de ella.

Factores Precipitantes: Falta de figura paterna, descuidos de su madre.

Impacto: Dentro del hogar manifiesta: tristeza y baja autoestima

4. HISTORIA PATOLÓGICA:

Enfermedad actual: Ninguna

Molestias principales: Sudoración Excesiva.

Tratamiento recibidos y resultados: Ninguno

Problemas o Enfermedades Familiares: Ninguno.

5. HISTORIA NO PATOLÓGICA:

Historia-Prenatal:

No hay información

Desarrollo Psicomotriz:

No hay Información

Desarrollo Escolar:

Académicamente se encuentra bien.

6. HISTORIA FAMILIAR: La menor fue abandonada por sus padres, cuando ella tenía 3 meses de edad, fue entregada a sus abuelos, quienes eran de muy escasos recursos, la mamá nunca la visitaba y despertó curiosidad en la niña, y se dio cuenta de que su madre trabajaba en un centro nocturno, bebía alcohol y cuando llegaba a verla la agredía física y verbalmente al igual que a sus hermanos, pero por descuidos familiares, un tío intento abusar sexualmente de la niña, luego el abuelo también intento abusar sexualmente de la niña cuando falleció la abuela, la niña regresó a su hogar y su padrastro abuso de ella sexualmente a los diez años, viviendo esta historia se la contó a su progenitora pero ella nunca le creyó. Su rebeldía empezó acrecentarse se salía de su hogar. Su madre falleció de Cáncer y VIH la niña dice no afectarle porque nunca fue una buena madre.

Personas que Integran su Hogar:	Solamente sus Hermanos
Relación Interpersonal:	Es una niña muy sensible emocionalmente.

7. EXAMEN MENTAL	
Apariencia	Aceptable
Memoria	Buena
Percepción	Adecuada
Actitud	Colaboradora
Lenguaje	Fluido
Estado de Animo	Oscilante
Orientacion Tiempo Espacio	Bueno
Control de Impulsos	Si Hay (En ocasiones no)
Contenido del Pensamiento	Coherente
Autopsiquia	Si Hay
Alopsiquia	Si Hay
Insight	Si Hay

8. PRUEBAS Auxiliares a. Observación Clínica b. Pruebas proyectivas menores; test de los Colores, Figura humana, Árbol, la Lluvia, La Familia, La casa.

9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Daños físicos y Psicológicos ✓ Abuso Sexual ✓ Duelo (Por Muerte de la madre) ✓ Inestabilidad Emocional ✓ Sentimiento de Soledad ✓ Es muy sensible

10. EVALUACIÓN MULTIAIXIAL:	
Eje I Trastornos Clínicos	T74.2 Abuso Sexual de la niña Dx. Principal.
Eje II Trastornos de la Personalidad	Sin Diagnostico Z03.2 (V71.09)
Eje III Enfermedades Medicas	Sin Diagnostico Z03.2 (V71.09)
Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales	Problemas relativos al grupo Primario de Apoyo
Eje V EEAG	70 (Actual) según DSM-IV

10. PLAN TERAPÉUTICO:

10.2 Terapia Holística (integral)

10.3 Desensibilización

10.4 Fortalecimiento de Autoestima.

11. NOTAS EVOLUTIVAS:

3 de Agosto: La menor acude a su primera cita a la Clínica Psicológica de Juzgado de menores de Quetzaltenango, se establece el Rapport.

17 de Agosto: Se realiza una terapia de relajación con la menor en la cual la niña saca a flote todos sus sentimientos y emociones guardadas.

7 de Septiembre: Se realiza un cuento con la menor en el cual la niña relata su vida y al final le colocamos un final feliz.

21 de Septiembre: Realización de la balanza de su vida.

5 de Octubre: Realización de un Proyecto de Vida, metas a largo y corto plazo.

19 de Octubre: Canjeo de Cupones (por mejoramiento de conducta).

4 de Noviembre: Terapia sobre el duelo.

16 de Noviembre: Terapia del Perdón.

2 de Diciembre: Segunda Parte de la Terapia del Perdón

21 de Diciembre: Terapia de Relajación.

4 de Enero: Canjeo de Cupones (Mejor Estado Emocional)

21 de Enero: Evaluación del Tratamiento aplicado, se cierra el caso con el mejoramiento de conducta de la menor así como su estado anímico.

Evelyn Rocio Loarca Portillo
Psicología.

FICHA CLINICA PSICOLÓGICA

CASO NO. 5

Carpeta Judicial No. oficial
Quetzaltenango



Responsable:	Evelyn Rocio Loarca Portillo
Área:	Psicología
Lugar y Fecha:	2 de Septiembre de 2,009

1. DATOS GENERALES:

Nombre: M. V. C. K	Edad: 13 años	Género: Femenino
Fecha y Lugar de Nacimiento: 20-06-1996 8 va. Calle 7-68 zona 5 Quetzaltenango		
Nombre del Padre: M. M.	Edad: 37 años	Ocupación:
Nombre de la Madre: T. E. V	Edad: 35 Años	Ocupación: Ama de Casa
Grado que Cursa: Quinto Primaria	Institución: I.G.E.R	
Fecha de Ingreso: 2-8-2009	Fecha de Entrevista: 2-11-2009	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Menor fue entregada a Hogar Jerusalén por la madre quien no contaba con los recursos económicos suficientes para el sostenimiento de la niña, al cerrar sus puertas el Hogar fueron trasladadas al hogar Temporal de Quetzaltenango, al paso del tiempo por buen comportamiento fue trasladada al Hogar "Luis Amigó" por órdenes del Juzgado de la Niñez de Quetzaltenango.

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Fecha de Inicio y Duración: Desde la edad de dos años fue entregada por la progenitora a un Hogar Temporal, por falta de recursos económicos.
Factores Precipitantes: Falta de figura paterna, Madre sufre de una enfermedad terminal.
Impacto: Dentro del hogar manifiesta: tristeza y baja autoestima.

4. HISTORIA PATOLÓGICA:

Enfermedad actual: Ninguna
Molestias principales: Ninguno.
Tratamiento recibidos y resultados: Ninguno
Problemas o Enfermedades Familiares: Ninguno.

5. HISTORIA NO PATOLÓGICA:

Historia-Prenatal: No hay información
Desenvolvimiento Psicomotriz: No hay Información
Desenvolvimiento Escolar: Académicamente se encuentra muy bien.

6. HISTORIA FAMILIAR: La menor a la edad de dos años fue entregada al Hogar Temporal Jerusalén junto a su hermana Joselyn, ya que la madre no contaba con los recursos económicos suficientes para el sostenimiento de las niñas, el trato en el hogar fue muy bueno, tenían los recursos que necesitaban, al transcurrir del tiempo este hogar fue cerrado motivo por el cual la niña fue trasladada al hogar Temporal Quetzaltenango, el cual al parecer de la niña no era bueno porque los niños del Hogar eran abusivos, la niña comenta que regreso a vivir con su progenitora, pero el trato de su padrastro no fue nada bueno, la trataba mal y se sentía incomoda dentro de la familia y decidieron con su hermana mayor, regresar a un Hogar, pero se sentía triste dejar a su madre ya que se encontraba enferma de cáncer, al paso de un mes la madre falleció y fue así como el Juzgado de la Niñez de Quetzaltenango decidió trasladarla al Hogar "Luis Amigo" en donde se encuentra bien.

Personas que Integran su Hogar: Solamente Hermanitos y Padrastro.

Relación Interpersonal: Es una niña muy sensible emocionalmente.

7. EXAMEN MENTAL	
Apariencia	Aceptable
Memoria	Buena
Percepción	Adecuada
Actitud	Colaboradora
Lenguaje	Fluido
Estado de Animo	Cambiante Triste y Alegre
Orientacion Tiempo Espacio	Bueno
Control de Impulsos	Si Hay
Contenido del Pensamiento	Coherente
Autopsiquia	Si Hay
Alopsiquia	Si Hay
Insight	Si Hay

8. PRUEBAS Auxiliares a. Observación Clínica b. Pruebas proyectivas menores; test de los Colores, Figura humana, Árbol, la Lluvia, La Familia, La casa.

9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- ✓ Duelo (Por Muerte de la madre)
- ✓ Inestabilidad Emocional
- ✓ Sentimiento de Soledad
- ✓ Es muy sensible.

10. PLAN TERAPÉUTICO:

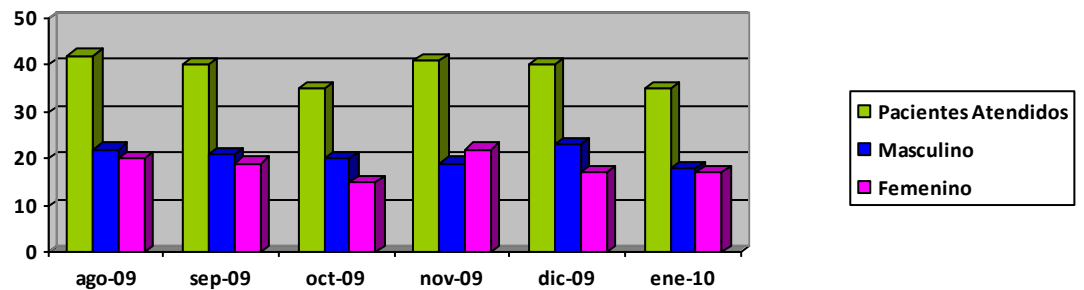
- 10.2 Terapia Conductual
- 10.3 Desensibilizacion Sistemática
- 10.4 Fortalecimiento de Autoestima.

11. NOTAS EVOLUTIVAS:
2 de Septiembre: La menor acude a su primera cita a la Clínica Psicológica de Juzgado de menores de Quetzaltenango, se establece el Rapport.
16 de Septiembre: Se realiza una terapia de relajación con la menor en la cual la niña saca a flote todos sus sentimientos y emociones guardadas.
8 de Octubre: Realización de un Proyecto de Vida, metas a largo y corto plazo.
21 de Octubre: Realización de la balanza de su vida.
10 de Noviembre: Se realiza un cuento con la menor en el cual la niña relata su vida y al final le colocamos un final feliz.
24 de Noviembre: Mejoramiento de Autoestima Actividad "La Cajita de Dios"
9 de Diciembre: Terapia sobre el duelo.
27 de Diciembre: Terapia del Perdón.
5 de Enero: Terapia de Relajación.
19 de Enero: Canjeo de Cupones (Mejor Estado Emocional). Se cierra el caso con una niña confortada dentro de su Salud Mental y Emocional.

1.3.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS CASOS ATENDIDOS

A continuación se presenta la gráfica que muestra las aperturas de los casos de la clínica Psicológica del Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia de Quetzaltenango, así como procedencia, sexo, edad y otros datos en relación a los casos atendidos.

GRAFICA No.1



Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetzaltenango.

Tabla No. 1

Diagnósticos Frecuentes de los Casos Atendidos
❖ Abuso Sexual Infantil
❖ Niños Abandonados
❖ Maltrato Infantil
❖ Negligencia Infantil
❖ Estrés-Post Traumático
❖ Enuresis
❖ Problemas Sociales en Adolescentes (robo)

Tabla No. 2

Terapias Utilizadas Frecuentemente Durante el E.P.S
❖ Terapia Conductual
❖ Terapia Cognitiva
❖ De Sensibilización Sistemática
❖ Terapia del Duelo

Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores de Quetzaltenango

REGISTRO ESTADISTICO DE CASOS E.P.S

² Caso	Ficha Clínica	Nombre	Edad	Genero	Estado Civil	Diagnostico	Técnica Terapéutica	EVOLUCION
1.	253	H.S.H	1 2ª.	M	Soltero	M.F ³	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
2.	254		9ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
3.	255	M.Y.P.L	7ª	M	Soltero	A.S ⁴	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
4.	257	G.K.L.I	5ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
5.	258	H.P.L	3ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
6.	259	A.T.M.M	6ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
7.	260	K.D.P.G	1 0ª.	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
8.	261	G. A. A. P.	1 3ª.	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibilización Sis.	Caso Cerrado
9.	262	G.A.R.C	1 2ª.	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
10.	263	J.G.I.G	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
11.	264	B.P. A. Z.	1 6ª.	M	Soltero	M.F	Terapia Conductual Terapia Holística Terapia Emotivo C. Terapia del Duelo.	Caso Cerrado
12.	265	B.S.P.C	1 1ª.	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
13.	266	B.P. A. Z.	1 6ª.	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
14.	267	H.O.V	5ª	F	Soltera	A.S	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C.	6 TERAPIAS Mejoramiento Conductual
15.	268	H.Y.P.C	8ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
16.	269	K.C.E	6ª	F	Soltera	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
17.	270	H.G.L	1 2ª.	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
18.	271	M.O.P.G	1 1ª.	F	Soltera	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
19.	272	H.T.C	6ª	M	Soltero	M.F.	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
20.	273	L.SH.P.B	5ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
21.	274	S. C. M. J.	1 1ª.	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C. Terapia del Duelo.	Caso Cerrado
22.	275	Y.H.M.S	1 5ª.	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
23.	276	M.E.G.R	1 6ª.	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
24.	277	H.R.P	1 3ª.	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
25.	278	H.G.P	7ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
26.	279	S.A.S.M	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
27.	280	I.L	1 4ª.	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
28.	281	S. C. M. J.	1 1ª.	F	Soltera	A.S	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C.	Caso Cerrado

² Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

³ Maltrato Físico

⁴ Abuso Sexual

29.	282	W.P.G.R	1ª	M	Soltero	Abandono	Ludo-Terapia Evaluación	Acompañamiento C/Juez
30.	283	E.L.A	2ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
31.	284	H.S.H	0ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
32.	285	H.S.P	7ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
33.	286	H.R.P	1ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
34.	287	H.H.S	4ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
35.	288	H.P.L	2ª	F	Soltera	M.F	Terapia Cognitivo C. Ludo-Terapia Terapia Emotivo C.	Caso Cerrado
36.	289	A.T.M.M	6ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
37.	290	K.D.P.G	7ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
38.	291	R.E.B.U	3ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
39.	292	G.A.R.C	2ª	F	Soltera	M.F	Terapia Cognitivo C. Ludo-Terapia Terapia Emotivo C.	Caso Cerrado
40.	293	J.G.I.G	1ª	F	Soltero	M.F	Terapia Cognitivo C. Ludo-Terapia Terapia Emotivo C.	Caso Cerrado
41.	294	H.S	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
42.	295	B.S.P.C	3ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
43.	296	H.CH	4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
44.	297	H.O.V	3ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
45.	298	G.G.V.E	3ª	M	Soltero	A.S	Terapia Conductual Desensibiliza cion S. Terapia Emotivo C.	Caso Cerrado
46.	299	K.C.E	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
47.	300	H.G.L	6ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
48.	301	M.O.P.G	1ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
49.	302	H.T.C	4ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
50.	303	H.A	8ª	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibiliza cion S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia	Acompañamiento C/Juez
51.	304	J.G.L	5ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
52.	305	J.S.G.M	4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
53.	306	R.Y.E.C	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
54.	307	H.S.G	4ª	F	Soltera	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
55.	308	K.M.S.C	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
56.	309	H.S.L	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
57.	310	CH.F.B.R.	8ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
58.	311	I.O.P.R	2ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
59.	312	H.P.T	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
60.	313	D.L.S.C	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
61.	314	L.L.S.S	8ª	M	Soltero	M.F	Terapia Cognitivo C. Ludo-Terapia Terapia Emotivo C.	8 Terapias Mejoramiento Emocional
62.	315	G.L.V	4ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez

63.	316	M.O.	7ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
64.	317	E.A.F	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
65.	318	L.V.A.G	1ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
66.	318	E.A.E.C	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
67.	319	A.H.C	8ª	M	Soltero	Abandono	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia	Caso Cerrado
68. ⁵	320	F.D.T.H	1ª	F	Soltera	Abandono	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
69. ⁶	321	E.M.D.G.	3ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
70.	322	T.S.M	6ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
71.	323	A.M.V.	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
72.	324	J.H.E.G	1ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
73.	325	H.CH.	1ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
74.	326	H.V.H	6ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
75.	327	Y.A.M	1ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
76.	328	A.N.S	7ª	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia	Caso Cerrado
77.	329	B.A.A.E	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
78.	330	M.E.Y.M	1ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
79.	331	A.L.P	1ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
80.	332	H.C.	1ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
81.	333	D.R.O	1ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
82.	334	H.CH.CH	7ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
83.	335	J.C.C.L	9ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
84.	336	A.C	1ª	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
85.	337	G.A.R.C	3ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
86.	338	A.G.T.O	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
87.	339	H.M.L	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
88.	340	E.A.A.G	6ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
89.	341	G.D.V.H	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
90.	342	S.M.C.P	1ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
91.	343	J.A.G.T	6ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
92.	344	J.D.G.C	1ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
93.	345	S.M.C.P	7ª	F	Soltera	M.F.	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
94.	346	M.T.CH	6ª	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia	8 Terapias Mejoramiento emocional
95.	347	I.K.A.G	5ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
96.	348	K.F	1ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento

⁵ Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

			6ª.						C/Juez
97.	349	R.V.M.L	8ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
98.	350	M. V. C. K	2ª.	M	Soltero	M.F	Evaluación		Caso Cerrado
99.	351	H.B.A	3ª	M	Soltero	Abandono	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
100.	352	J.L.J.V	7ª	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
101.	353	D.E.M.R	4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
102.	354	K.L.A	1	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
103.	355	H.D.CH.L	2ª.	M	Soltero	Robo	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
104.	356	E.M.C.B	6ª.	M	Soltero	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
105.	357	A.G.D.L	5ª	M	Soltero	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
106.	358	M.A.I.CH.	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
107.	359	P.T.CH	9ª	M	Soltero	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
108.	360	J.D.E.C	5ª	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia		6 Terapias Mejoramiento conductual
109.	361	H. F. I.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
110.	362	M. C. R	1	F	Soltera	Robo	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
111.	363	B. P. I.Y.	3ª.	F	Soltera	Robo	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
112.	364	R, D. A.	1ª.	F	Soltera	Robo	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
113.	365	L. R. J. L	6ª	M	Soltero	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
114.	366	A. L. L	9ª	F	Soltera	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
115.	367	Á. C. M	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
116.	368	A.C.E. M	0ª.	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
117.	369	G. A. I.	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
118.	370	L. M. I. W	3ª.	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
119.	371	M. C. N. M.	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
120.	372	R.M. D.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
121.	373	T.H. M.	1	M	Soltero	Robo	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
122.	374	E.O. H.	4ª.	M	Soltero	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
123.	375	L.S. M.	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
124.	376	R.I.A. A. O.	1	F	Soltera	A.S	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
125.	377	P.V. R.	3ª.	M	Soltero	Robo	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
126.	378	C. O.L.L.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
127.	379	R.F.L. J.	1	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibilización S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia		Caso Cerrado
128.	380	S.M. L.	2ª.	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
129.	381	G.A. del M.	4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
130.	382	G. E. G.	7ª	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
131.	383	G.S. E.	2	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
132.	384	C. O.M.	5ª.	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
			7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez
			8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación		Acompañamiento C/Juez

⁷ Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

								C/Juez
133.	385	G. P. R.	4ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
134.	386	M. A. S. M.	3ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
135.	387	M. G. N. P.	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
136.	388	G. G. A. S.	1ª	F	Soltera	Robo	Terapia Conductual	Caso Cerrado
137.	389	R. I. J. P.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
138.	390	Z. T. K. P.	1ª	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
139.	391	M. L. D. Y.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
140.	392	M. U. S. A.	9ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
141.	393	C. C. M. L.	1ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
142.	394	L. I. A. A.	6ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
143.	395	G. G. F.	1ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
144.	396	P. R. O. E.	9ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
145.	397	R. O. I. M.	5ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
146.	398	A. V. C. G.	1ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
147.	399	C., V. G.	9ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
148.	400	G. C. D.	1ª	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
149. 8	401	P. P. I. D.	4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
150.	402	A. P., I. V.	7ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
151.	403	M. A. D.	1ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
152.	404	M. A. A. I.	5ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
153.	405	M., F. O.	1ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
154.	406	C. B. M.	1ª	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
155.	407	I. I. J. M.	9ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
156.	408	G. N. I. R.	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
157.	409	A. N. E. M.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
158.	410	N. F. D. M.	1ª	F	Soltera	Robo	Terapia Conductual	8 Terapias
159.	411	A. S. O. B.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
160.	412	E., M. I.	1ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
161.	413	P. A., A. D.	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
162.	414	T. X. G. P.	1ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
163.	415	M. L. P.	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
164.	416	X. T. N. E.	9ª	F	Soltera	Robo	Terapia Conductual	5 Terapias Mejoramiento de conducta
165.	417	P. O. R.	8ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
166.	418	M. Y. J.	6ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
167.	419	P. B. R.	9ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
168.	420	L. I. T. R.	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
169.	421	C. L. M.	1ª	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
170.	422	C. J. C.	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
171.	423	A. L.	7ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez

Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

172.	424	J.C.N. Y.	1 0ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
173.	425	R.R. I.	1 5ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
174.	426	C.L. N.	1 2ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
175.	427	A.M. J.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
176.	428	G.K.M.	4ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
177.	429	A.A. D.	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
178.	430	M.G.M.A.	1 4ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
179.	431	H. T.D. A.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
180.	432	M. J. E.	9ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
181.	443	Q. L. M.	1 0ª	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
182.	444	I.M.I.	1 3ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
183.	445	B. K. C.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
184.	446	Y. A. S. E.	1 2ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
185.	447	Y. O.I. S.	9ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
186.	448	R.O.M.E.	4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
187.	449	R. B.H.S.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
188.	450	O.B.E.	1 0ª	F	Soltera	Robo	Terapia Conductual	5 Terapias Mejoramiento de Conducta
189.	451	X.C.J. U.	4 5ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
190.	452	T.V. V.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
191.	453	C.C.A.	1 1ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
192.	454	D.P.N.	6ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
193.	455	L.R. J.	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
194.	456	C. P.A.I.	1 2ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento
195.	457	G. H. W. F.	1 5ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
196.	458	L.U.D.	6ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
197.	459	L.A. M.	4ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
198.	460	M.L.I.O.	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
199.	461	E.G.	1 4ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
200.	462	P.H., R. H.	1 7ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
201.	463	H. C.O.E.	1 2ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
202.	464	H.J.R.	6ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
203.	465	S.B.A.	4ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
204.	466	C. V. I.	3ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
205.	467	J.J.R	8ª	F	Soltera	M.F	Terapia Conductual Desensibiliza cion S. Terapia Emotivo C. Ludo-Terapia	5 Terapias
206.	468	A.S.Y.	9ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
207.	469	Q.M.A.	1 2ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
208.	470	D.G. A.	6ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
209.	471	V.R.L.	9ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
210.	472	C.E.H.A.	1 0ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez

Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

211.	473	H.S. I.	1 1ª.	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
212.	474	P.E.A.	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
213.	475	C.C. R.	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
214.	476	C.J. M.	8ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
215.	477	H.A. E.	4ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
216.	478	B.C. I.	9ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
217.	479	G.M.M.	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
218.	480	T.M.Y.	1 1ª.	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
219.	481	L.M. E.	7ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
220.	482	E.D. Y.	8ª	M	Soltero	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
221.	483	A.B.R.	1 2ª.	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
222.	484	S.L.	8ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
223.	485	L.L. F.	5ª	F	Soltera	A.S	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
224.	486	A.D. M.	9ª	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
225.	487	H.M.	1 2ª.	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
226.	488	G.J. H.	1 3ª.	M	Soltero	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
227.	489	E. L.	6ª	F	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
228.	490	L.P. E.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
229.	500	G.E.R.	1 0ª.	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
230.	501	S.R.M.	5ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
231.	502	G.M.F.	7ª	M	Soltero	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
232.	503	B.D. J.	8ª	F	Soltera	M.F	Evaluación	Acompañamiento C/Juez
233.	504	O.G.A.B.	1 4ª.	F	Soltera	Robo	Evaluación	Acompañamiento C/Juez

Fuente: Clínica Psicológica Juzgado de Menores Quetgo.

1.3.3 ANALISIS DEL TRABAJO DESARROLLADO DEL AREA DE SERVICIO

El área de servicio es realmente completa, las actividades que se realizaron durante el periodo de E.P.S se ejecutaron en función a las necesidades básicas que los pacientes presentaron, las cuales se adaptaron a las condiciones de la situación o problema de cada uno .

Las actividades están contenidas en un orden específico para que en el momento de ser aplicadas no ocasionen ningún conflicto, contradicción u obstáculo dentro de la misma.

El trabajo desarrollado cumplió con la misión de contribuir al mejoramiento de la situación en que vivimos, el trabajo contempla: el empeño, disposición, vocación y habilidad del Epesista, haciendo lo posible para el progreso, y el poder ayudar a quien necesita de un amigo, consejero y confidente, que en este caso, el estudiante de psicología.

Los resultados que se obtuvieron durante el proceso de E.P.S. dentro del centro fueron positivos, quizás no se logró cerrar todos los casos debido al tiempo, pero en su mayoría se les aplicó el tratamiento adecuado, y con algunos se inició el proceso pero no se lograron cerrar. Y Se espera que el próximo estudiante continúe con dicho trabajo. Se trataron casos realmente difíciles en los cuales como estudiantes fueron un reto grande, sin embargo se obtuvieron buenos resultados y algunos no se cerraron pero se dejaron encaminados. El trabajo fue arduo, para la aplicación de cada tratamiento se investigó fondo para que el tratamiento tuviera los mejores resultados y así fue.

1.4 PLAN DEL PROGRAMA DE DOCENCIA

PLAN POR AREA DE TRABAJO

1. IDENTIFICACION DEL PROGRAMA: **DOCENCIA**
2. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCION: **Sala de Audiencias del Juzgado de la Niñez y Adolescencia y Adolescentes en Conflicto Penal de Quetzaltenango.**

3. JUSTIFICACIÓN:

El propósito de esta área específicamente es el trabajo de concientización de los Padres de Familia de cuán importante es su Salud Mental, tanto para su bienestar personal como social, en donde su disposición es de gran ayuda para el mejoramiento de su calidad de vida y la percepción de su entorno, esperando ayudar a mejorar los puntos mencionados anteriormente.

Dentro de la formación de la Escuela de Padres se constituye en un espacio de diálogo, discusión e intercambio de experiencias que, a través de un análisis guiado, permiten a los padres y madres, apropiarse de herramientas para afrontar los retos de la paternidad.

Es importante que el Epesista realice actividades a nivel educativo que permitan a la población concientizar y formar un criterio diferente, de acuerdo a las necesidades que demande mas regularmente el grupo del centro de práctica, es una manera grupal de ayuda, que se aplicará en talleres, charlas para el mejor entendimiento de las personas que asisten a los mismos.

4. OBJETIVO GENERAL:

- Impartir talleres de interés, con enfoques psicológicos, en los centros de atención psicológica.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Colaborar dentro del área Psicológica dando charlas y talleres de interés personal y social la población asistente.
- Planificar actividades proyectos y charlas según las necesidades de la población con la cual se trabajará.
- Planificar e impartir talleres a los pacientes de acuerdo a sus necesidades
- Brindar a las personas la orientación para una mejor Salud Mental.

6. OPERATIVIZACION:

Impartir Talleres y Charlas Acerca de:

- La Gestación
- El Amor para los Hijos
- Cuidado de los Hijos
- Formación de la Personalidad Del Niño
- La Familia Unida
- Relaciones Interpersonales entre Padres e Hijos

- Formas de Controlar el Estrés y los Impulsos
- Resolución De Conflictos.
- Métodos Adecuados de Corrección
- Planificación Familiar
- Prevención del Alcoholismo y drogadicción en Nuestros Hijos e Hijas
- Los Miembros de la Familia

Debido a las Demandas del Juzgado de menores de Quetzaltenango, las actividades de docencia se realizarán con los padres de familia, dos veces al mes, que es lo más conveniente para el mejoramiento de la relaciones padres e hijos.

7. RECURSOS:

b. Humanos:

- ✓ Epesista
- ✓ Supervisor (a) de E.P.S
- ✓ Padres de Familia

c. Materiales:

- ✓ Plan de Actividades
- ✓ Material Didáctico
- ✓ Material Psicológico
- ✓ Materiales de oficina

d. Institucionales

- ✓ Escuela para padres (Sala de Audiencias)

e. Financiamiento:

- Estudiante Epesista.

8. RESULTADOS QUE SE ESPERAN:

- Llevar a cabo todas las actividades planificadas y se cumplan a cabalidad, para un buen beneficio para las personas que adquieran dicha orientación.
- Poner en práctica todos los conocimientos aprendidos y adquirir conocimientos para enriquecimiento personal.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Diagnosticar las necesidades	03-8-2009 Al 31-01-2010					
Planificar Actividades a Realizar	10-08-2009	10-09-2009	01-10-2009		12-12-2009	
			52			

Pláticas Escuela de	14-08-2009	11-09-2009	09-10-2009	13-10-2009	4-12-	15-
Padres	28-08-2009	25-09-2009	23-10-2009	27-10-2009	2009	01-2010
					18-12-	29-
					2009	01-2010

Responsable Evelyn Loarca Epecista.

1.4.1 ANALISIS DEL TRABAJO DESARROLLADO EN EL AREA DE DOCENCIA

El presente programa fue un incentivo para la realización de las actividades que se programan durante el periodo de trabajo clínico, éstas estuvieron contempladas en función a las necesidades básicas que la Clínica Psicológica, del Juzgado de Menores de Quetzaltenango presenten. Si bien es cierto que cada uno de los padres de familia que integran la población del Juzgado de Menores de Quetzaltenango, tiene su propia historia, particularidades y forma de enfrentar al mundo, la población total de la escuela de padres de familia tiene una única característica: les han violado los derechos fundamentales como personas de los niños y niñas.

La niñez y adolescencia son etapas con características propias y singulares que comienza en la infancia y dan paso a la edad adulta, durante ellas se producen cambios y transformaciones, que no sólo afectan a las características puramente físicas de las personas, sino también a sus aspectos intelectuales, emocionales, sociales y psicológicos, haciendo de estas etapas uno de los periodos más difíciles y turbulentos de la existencia.

Durante esta etapa la relación padres e hijos es difícil y, a menudo tan llena de contradicciones como todo el mundo del adolescente. Los hijos son cada vez más autónomos y reclaman más independencia en su vida personal y social. Se produce un alejamiento de los padres pero, al mismo tiempo les reclaman el apoyo y el afecto que todavía necesitan para enfrentarse a un mundo que todavía no entienden y que por supuesto no los entiende a ellos.

La sociedad adulta tampoco sabe muy bien cómo tratar al adolescente. Por un lado ya no muestra hacia él la indulgencia con que perdona los errores del niño. Por otro lado tampoco le permite asumir el papel de adulto, alargando cada vez más el periodo de preparación necesario para incorporarse a la sociedad como miembro de pleno derecho.

Frente a un mundo tan cambiante como el que se viven, los niños y adolescentes, que también sufre profundos cambios, no puede más que expresarse de la manera tan especial como lo hace, buscando en su expresión, la estabilidad de su personalidad perdida. La función del departamento de Psicología ante la problemática presentada anteriormente se enfoca en la escuela de padres para resolver los problemas psicológicos, a través de cada una de las charlas y talleres realizados. Así mismo el fortalecimiento de su salud mental.

Al finalizar el periodo de E.P.S los resultados fueron beneficiosos ya que los resultados hablan por si solos ya que los padres de familia que estuvieron constantes en los talleres y charlas mostraron un cambio bastante notable. Al finalizar el proceso se obtuvo la asistencia de 50 padres de familia.

CAPITULO II

2.1 PLAN DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

1. IDENTIFICACION DEL PROGRAMA: **INVESTIGACION**

2. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCION: **Hogar Luis Amigo, Llanos de Urbina Cantel**

3. JUSTIFICACIÓN:

Dentro de este eje, se tiene un calendario en donde se planifica la realización de las actividades de acuerdo al diseño del tema, para ser finalizado en un tiempo prudente del cual será de acuerdo al Ejercicio Profesional Supervisado, el propósito es tener un conocimiento más profundo y amplio del tema en el que se quiere abordar y obtener los resultados de dicha investigación de una forma concreta.

La investigación nace de la necesidad e importancia que tiene el proceso de aprendizaje; dentro del proceso del E.P.S ya que posee una gama de características fundamentales que se estrechan de manera muy compacta para poder captar la información para lograr los objetivos propuestos. Es preciso recordar que la investigación es un método riguroso en el cual se obtiene una serie de información, la cual aclara de manera muy técnica, para ampliar el conocimiento sobre los temas de más impacto a nivel social, sin perseguir, en principio, ninguna aplicación práctica, investigar es una acción de aclarar.

El objetivo de la investigación es llegar a obtener teorías que permita generalizar y resolver cada uno de los casos que se presenten en el futuro como profesionales de la psicología.

4. OBJETIVOS

General:

La determinación del tema a investigar que sea de beneficio para la institución y enriquecimiento del Epesista.

Específicos:

- Obtener la información general de acuerdo a la investigación.
- Proporcionar beneficios con los datos adquiridos durante la investigación a la Institución en donde se realice el Ejercicio Profesional Supervisado.

- Lograr con la investigación, el enriquecimiento de conocimientos profesionales, acerca del tema a investigar.

-

5. OPERATIVIZACION:

Se realizará por medio de una observación y análisis dentro de la población del centro, así como la colaboración de los niños y adolescentes y las encargadas de los centros de cuidado, completando la investigación con fuentes bibliográficas, y resultados estadísticos de pruebas o encuestas que requeridos en el proceso.

6. ACTIVIDADES:

- ✓ Aprobación del tema a investigar
- ✓ Diseño de Investigación
- ✓ Realización de Trabajo de Campo y Bibliográfico
- ✓ Entrega final del Informe de Investigación

7. RECURSOS:

a. Humanos:

- ✓ Epesista
- ✓ Supervisora de E.P.S

b. Materiales:

- ✓ Clínica Psicológica
- ✓ Plan de Actividades
- ✓ Material Didáctico
- ✓ Material Psicológico
- ✓ Materiales de oficina

c. Financiamiento:

- d. Estudiante Epesista.

8. RESULTADOS QUE SE ESPERAN: Se espera que la investigación se Realice, sobre un tema de importancia y que brinde un aporte de beneficio tanto de la investigación como de la Epesista.

9. FECHA DE REALIZACIÓN:

Se iniciará el 3 de Agosto y finalizara el 31 de Enero de 2010.

Cronograma de Actividades

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembr e	Enero
Diagnostico de Necesidades	03-8-2009 Al 31-01-2010					
Presentación de Temas		18-09-2009				
Aprobación de Temas			09-10-2009	15-11-2009		
Aprobación de Diseño de			23-10-2009			
			55			

Investigación
Entrega de Avances de Investigación.
Entrega de Informe de Investigación

“EL PERFIL PSICOLOGICO DE LA NIÑA Y ADOLESCENTE EN ESTADO DE ABANDONO EN EL HOGAR LUIS AMIGO DEL MUNICIPIO DE CANTEL, DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO”

2.2 PRESENTACION DEL OBJETO DE INVESTIGACION

Quando a una niña o adolescente le falta un hogar, sufre la presencia fría y endurecida de los demás; a nadie le importa si le duele algo o está enferma, si tiene frío, sed o hambre y es así, que aprende a defenderse de la frialdad de sus congéneres, perdiendo, la sonrisa y respondiendo a través de la agresión.

Diariamente se observa niñas que trabajan o piden limosna en la vía pública o en otros lugares peligrosos o inclusive dentro de su núcleo familiar. Estas niñas están siendo víctimas de algún tipo de abuso físico o emocional, y pocas personas se alarman o se preocupan, pero si mañana alguna de esas niñas comete una falta, existe indignación y se pide hacer “Justicia”, olvidando en ese momento su desdicha y abandono, prevaleciendo egoísmo y esquivando la responsabilidad de abrir los ojos a el llamado infantil que exige atención y cariño.

La sociedad a todas horas clama protección y defensa, pero desatiende las causas de los males que la aquejan.

Al investigar sobre el “Abandono infantil”, se encuentran muchas tragedias morales a cada paso y en cada una de las menores. Estas, tarde o temprano, empiezan su largo peregrinar por todas las instituciones ya sean asistenciales de tratamiento o penitenciales.

Desde una perspectiva analítica puede visualizarse la necesidad que representa para el país la instrumentación de normas jurídicas que ayudan a combatir el dramático cuadro de miseria, desnutrición, mendicidad, analfabetismo, desintegración familiar, farmacodependencia y delincuencia que padece y sufre una porción considerable de menores. La satisfacción de las necesidades materiales y espirituales básicas del individuo constituyen el principio de su liberación; no es hombre libre el que está encadenado a la miseria y es víctima de su propia existencia.

Es necesario mencionar que hoy en día una de las piezas más importantes del país es la protección legal, ya que se interesan por la niñez preocupándose para que niñas sean protegidas en centros para una reeducación, creándoles un ambiente en cuanto al trato familiar, para que las menores encuentren fortalecimiento, tanto moral como físico y es aquí en donde es necesario conocer el “**Perfil Psicológico**” de las niñas y adolescentes y establecerles un tratamiento psicológico que les permita descubrir y potenciar sus posibilidades física, emotiva, intelectual, afectiva, socialmente y promover la inserción en el mundo de la forma positiva para poder así reconocer su importancia como seres humanos, con valores y derechos así como

también con obligaciones , para crear un mejor nivel de vida, dentro de los centros de protección que hoy en día son fuentes de gran ayuda, para su estadia y su salud integral.

2.3 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

CAPITULO I

1.1 DEFINICION DE UN HOGAR DE PROTECCION

La atención a los niños niñas y adolescentes en estado de abandono, ha ido evolucionando a través de los años de acuerdo a diferentes doctrinas y perspectivas de afrontamiento de la problemática, prevaleciendo durante décadas una concepción paternalista, proteccionista, excluyente, llamada también "Doctrina de la situación irregular", en donde se priorizaba la atención de necesidades básicas en un sistema masificado, aislándola a esta población de la sociedad en centros cerrados sin metodología de intervención y utilizando en muchos casos el maltrato y humillación como "método educativo".

A partir de los años 90 y luego de una evolución en la concepción del hecho de ser niño y su importancia como ser humano y en el desarrollo social, los Gobiernos se comprometen a luchar por los derechos del niño y proponen políticas de protección y desarrollo plasmadas en las normas internacionales y nacionales como la Declaración Universal de los Derechos del Niño, las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil(Directrices de RIAD), las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de menores Privados de Libertad, las Reglas Mínimas Uniformes de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores (Reglas de Beijing), los Convenios con la OIT sobre trabajo infantil, la Constitución Política del Estado y el Código de los Niños y Adolescentes.

De esta manera los niños y adolescentes son sujetos de derechos, libertades y protección, con deberes y derechos sociales, con opinión y capacidades que deben ser promovidas en el interior del núcleo familiar, la comunidad y el Estado.

1.2 DETERMINANTES QUE LLEVAN A UN NIÑO(A) AL SER ALBEREGADO EN UN HOGAR DE PROTECCION

LA INVESTIGACIÓN TUTELAR Y EL AUTO DE ABANDONO:

La investigación tutelar es aquella promovida por un Juez competente, con el fin de determinar si el niño (a) o adolescente se encuentra en total abandono o no, e incluye las siguientes diligencias:

1. La declaración del niño o adolescente de encontrarse posibilitado de hacerlo.
2. Examen psicosomático por el departamento Médico Legal del Ministerio Público para determinar edad aproximada y estado de salud física y mental.
3. Pericia pelmatoscópica para determinar la identidad del niño por las huellas digitales de la planta del pie, por la División de Identificación Policial.
4. Informes técnicos emitidos por el psicólogo, asistente social y el médico de la institución en donde se encuentra albergado.
5. Informe de personas desaparecidas realizado por la División de delitos contra la Familia y Búsqueda de personas desaparecidas, con el fin de investigar si existen denuncias por desaparición o raptó del niño o adolescente.
6. Búsqueda de información general sobre sus padres o posibles padres biológicos en la Oficina de registro de su ubicación geográfica.
7. Ubicación de los padres biológicos o responsables del niño por orden del Juez. De no ser ubicados, las notificaciones se harán mediante avisos publicados en el Diario Oficial

"Nuestro Diario, Prensa Libre, El Quezalteco", en un diario de circulación local y nacional y mediante emisión de mensajes radiales.

Una vez concluidas las diligencias señaladas y de no conocerse ni ubicarse a sus padres, el Juez envía el expediente al Fiscal para que emita dictamen respectivo, luego de lo cual lo remite al Juez, quien declarará al estado de abandono mediante un documento (auto de abandono), dictando, además, la medida de protección correspondiente. En este caso, la Centro Nacional de Adopciones del CNA iniciará los procedimientos necesarios para promover la adopción.¹⁰

1.3 MOTIVOS QUE EXISTEN POR LOS CUALES LOS NIÑOS SON DEJADOS EN ESTADO DE ABANDONO

En cualquier gran ciudad latinoamericana vemos como algo ya común: ejércitos de niños abandonados desde muy temprana edad niños sucios, harapientos, a veces con su bolsita de inhalante en la mano, hacen parte del paisaje cotidiano

El fenómeno es relativamente nuevo, de las últimas décadas; y lo peor: está en franca expansión. Se estima que en todo el mundo hay 150 millones de niños que trabajan o viven en estado de abandono.

El fin de siglo está marcado por una deshumanización altamente preocupante. ¿Cómo entender sino que las dos actividades más dinámicas sean la fabricación de instrumentos para matar y la producción de evasivos? Algunos llegan a decir que "sobra gente" en el mundo. ¿Es posible? ¿Es la gente lo que sobra? La civilización dominante escribe la historia, y hoy se hace en términos de "triunfadores" sobre "inviabiles", de avance tecnológico no importa a qué precio, de destrucción de humanos (muchos humanos) a manos de un pequeño grupo de semejantes. El ser humano, en esta concepción, es prescindible: lo dice el desarrollo imparable de la robótica; hay un sexo cibernético donde con uno basta, el otro de carne y hueso no es necesario. Incluso el medio ambiente se sacrifica en nombre del progreso sin importar que ahí viva la gente. El único pequeño detalle que rompe esta lógica es que la gente sigue existiendo, y aumentando (3 nacimientos por segundo a nivel global).

Desde hace algunas décadas (años '50 en adelante) en los países latinoamericanos se vive un proceso de acelerado despoblamiento del campo y crecimiento desmedido y desorganizado de las ciudades principales. La población escapa a la pobreza rural y a las guerras crónicas en esas áreas. El resultado de todo esto son megapolis desproporcionadas sin planificación urbanística plagadas de barrios marginales. Sumado a este proceso de industrialización tardío y éxodo interno se añan las políticas neoliberales que desde los años '80 empobrecieron más aun las ya estructuralmente pobres economías latinoamericanas. Consecuencia de esto último fue un aumento de la miseria de los siempre pobres sectores agrarios y un aumento de la migración hacia las ya saturadas capitales. Los asentamientos precarios albergan casi tanta gente como los barrios formales.

Si la "gente sobra" esto se da en la lógica económico-social dominante, pero nunca en términos humanos. La gente esta ahí, y tiene derecho a vivir (junto a otros derechos que le aseguran una vida digna y con calidad). Mas del 50% de los nacimientos en el mundo es de un niño de un barrio marginal. ¿Que le espera a cada

¹⁰ Manual de Convivencia Juez Otoniel Baquix juzgado de la Niñez y Adolescencia y Adolescentes en Conflicto con la ley Penal de Quetgo. 2009

uno de esos niños al nacer? - niños que, desde el inicio, para algunos "sobran". Seguramente no un mundo de rosas. Con buena suerte, si no muere de alguna enfermedad previsible o por inanición, trabajara de muy pequeño. Quizá termine la escuela primaria, pero probablemente no. Casi con seguridad no asistirá a la escuela media; mucha menos a la Universidad.

Esto se potencia en el caso de las niñas. La pobreza de donde provienen estas menores no se concibe solo en términos de ingreso monetario siempre escasa; también lo es en cuanto a recursos en general para afrontar la vida, en conocimientos y experiencias. Son familias "productoras" de niños que van a vivir a las calles, en general, numerosas, con dinámicas violentas, con antecedentes de alcoholismo, en algunos casos promiscuas, a veces con historias delincuenciales y por ende sus niños y adolescentes, son los que termina poblando las calles.

Establecidos en las calles es muy fácil que algunos de estos niños se perpetúen allí. Y cuando esto sucede se cortan los vínculos con las familias. Y surge como un factor inmediato la callejización, consumo de drogas y transgresión que van de la mano, los niños finalmente se quedan a vivir en la calle porque escapan así de un infierno diario de violencia, desatención, escasez de afecto. **“Recordemos que pobreza no es solo falta de dinero efectivo; es también, e igualmente, falta de posibilidades para el desarrollo; lo que, casualmente, se encontrara ante todo en los grupos más sumergidos, en las "poblaciones excedentes".** ¹¹

Son varias las instituciones que se ocupan del problema de los niños (as) en estado de abandono. Las públicas (centros de reorientación de menores, oficialmente, en general reformatorios o cárceles) con una propuesta más unitiva y en dependencia de dictámenes legales; las no gubernamentales con proyectos de corte humanitario o caritativo. Más allá de buenas intenciones y diversidad de metodologías el impacto de sus acciones es relativo; por supuesto que una atención puntual en algún caso, o un apoyo para la sobrevivencia ya es algo, o mucho. ¹²

1.4 EL PROBLEMA Y LAS CAUSAS DE UN ABANDONO INFANTIL

Las niñas y adolescentes en estado de abandono, es la denominación que reciben las niñas y adolescentes que por diversas razones no viven con el padre o la madre y no están bajo el cuidado de estos, cualquiera que sean las circunstancias.

La categoría surge en años recientes, buscando abarcar en una misma denominación una diversidad de situaciones que llevan a que niños, niñas y adolescentes, a quienes se les califica como abandonados, ingresen al sistema de protección, por no estar al cuidado de una familia. Dentro de la categoría se ubican: **La orfandad**, que es la situación de aquellos niños, niñas y adolescentes cuyo padre o madre han fallecido, sean huérfanos simples (quienes han perdido al padre o a la madre) o dobles (quienes han perdido al padre y a la madre); el abandono, definido como aquella situación en la que se encuentran niños, niñas y adolescentes a quienes les faltan en forma temporal o permanente las personas que habrían de encargarse de su cuidado físico y emocional, crianza y formación, o existiendo, éstas incumplen sus obligaciones y deberes; **las situaciones debidas a cambios súbitos o circunstancias de emergencia**, como ocurre en los desastres naturales y sociales que dan origen a situaciones de separación o de niños, niñas y adolescentes no acompañados, y una diversidad de circunstancias que impiden, de alguna

¹⁸ MARCELO COLUSSI. Coordinador Programa de "Rescate" Casa Alianza – Guatemala 2006

manera, que tanto el padre como la madre estén temporal o definitivamente al cuidado de sus hijos e hijas (enfermedad, conflicto armado, desplazamiento, explotación económica, esclavitud, vida en las calles, delincuencia, presidio).

Condiciones estructurales de orden económico, social, cultural y político influyen en que se presenten las situaciones anteriores y en la capacidad de la familia para brindar el cuidado a sus hijos e hijas y crear ambientes que permitan un desarrollo y protección integral, entendida ésta como la garantía plena de todos sus derechos. La pobreza, inequidad y exclusión son factores que disminuyen las capacidades de las familias e inciden en la violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en contextos familiares y sociales. Dichas condiciones producen cambios en la cohesión y estructura familiar, que puede llevar a la desintegración familiar y al debilitamiento de los vínculos que se deben establecer para asegurar la protección integral de niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo con la literatura, los factores que incrementan la vulnerabilidad o riesgo de las familias o comunidades de generar abandono, orfandad u otras condiciones que lleven a perder el cuidado de los padres, varían en los diferentes contextos socioeconómicos, políticos y culturales. Entre los que se han tipificado y aparecen tanto en los textos, como en el relato de los expertos consultados están: pobreza, discriminación, conflicto armado, VIH-SIDA, desastres naturales, desplazamiento forzado y migración.

Existen también otros factores de dinámica, estructura u organización familiar, así como situaciones de conflicto o problemas de los padres o adultos cuidadores que se han caracterizado como factores de riesgo o vulnerabilidad, como son: violencia intrafamiliar, abuso sexual, alcoholismo, drogadicción, divorcio o separación de los padres, enfermedades crónicas, discapacidad o incapacidad de alguno o de los dos padres, enfermedad mental o disturbios emocionales de los padres, delincuencia y/o prisión de los padres, así como el elevado número de hijos (as) en una familia.

Se han descrito también factores individuales de los niños, niñas y adolescentes que aumentan el riesgo o vulnerabilidad de que ellos o ellas estén sin el cuidado parental. Entre estos están: cualquier discapacidad física o mental o alguna otra dificultad de largo término que limite el funcionar independientemente, enfermedad grave (VIH u otra), problemas emocionales o psicológicos y dificultades en el rendimiento o en la adaptación a la escuela.

Tanto los expertos como las niñas, niños y adolescentes consultados confirmaron la multicausalidad del problema, registrando causas económicas, sociales, culturales, políticas, e incluso individuales tanto de la madre o el padre que abandonan como del niño, niña o adolescente que “deja” a su familia.

1.4.1 CAUSAS ECONÓMICAS: La pobreza, la miseria, el modelo económico inequitativo, las altas tasas de desempleo y de informalidad y la presión de la sociedad de consumo para que niños, niñas y adolescentes tengan dinero o bienes y generen ingresos. Como causas sociales identificaron la baja cobertura en servicios de salud y seguridad social; la violencia tanto intrafamiliar, como social; el conflicto armado y el desplazamiento forzado; la pérdida de redes sociales de apoyo y falta de vínculos comunitarios; el alto porcentaje de adolescentes gestantes;

1.4.2 CAUSAS CULTURALES: El concepto sobre la infancia; la influencia de la religión en el concepto de niño-niña, hijo-hija; la concepción de qué es un adulto cuidador; las pautas de crianza inadecuadas; los cambios en los comportamientos protectores y en la participación de las comunidades en la atención y cuidado de niños y niñas; los cambios en las pautas culturales tradicionales, sean patriarcales o matriarcales; los cambios de valores, ideales e imaginarios frente al manejo de la autoridad, la falta de claridad en las relaciones adulto-niño, hombre-mujer,

padre-madre-hijo, comunidad-familia e individuo-familia; el modelo patriarcal que justifica la responsabilidad del cuidado y crianza de los hijos e hijas en las madres, con la ausencia de padres o “paternidad desdibujada”; el poco conocimiento del problema y poca conciencia de sus responsabilidades por la sociedad en general y en particular por quienes pueden aportar recursos económicos para su intervención y el hecho de que el problema no es visibilizado ni discutido en espacios políticos, ni académicos.

1.4.3 CAUSAS POLÍTICAS: Ausencia de políticas y programas integrales de planificación familiar; el conflicto interno y sus consecuencias y la falta de suficientes instituciones de protección. Como causas psicológicas e individuales. La alteración del vínculo que permite la constitución del sujeto; los cambios en redes internas de afecto, lazos y vínculos afectivos que se forman en la familia; el significado y sentido de la familia para los hombres; el maltrato y abandono que ha sufrido quien abandona y la discapacidad y los problemas de comportamiento en los niños.

1.5 INDICADORES DE ABUSO INFANTIL SUFRIDOS ANTERIORMENTE DE SER ALBERGADOS EN UN HOGAR DE PROTECCION

Los padres nos son las únicas personas que maltratan a los niños; también se ha responsabilizado a hermanos, otros parientes e incluso maestros por el abuso físico y sexual de las menores.

Los siguientes son algunos signos de abuso. No todas las niñas que los presentan han sufrido abuso, pero los indicadores deben investigarse.

1.5.1 INDICADORES CONDUCTUALES

1.5.1.1 Abuso Físico

- Autodestructivo.
- Incomodidad ante el contacto físico.
- Se queja de dolores y se mueve con incomodidad.
- Ropa inadecuada para el clima para cubrir el cuerpo.
- Suele verse fatigado o indiferente, se queda dormido en clase.
- Escapadas crónicas.
- Llega a la escuela demasiado temprano o se queda demasiado tarde, como si tuviera miedo.
- Aislamiento y agresión, extremos conductuales.

1.5.1.2 Descuido Físico

- Roba comida o la pide a los compañeros.
 - Dice que no hay quien lo cuide en casa.
 - Tiene piojos, estómago distendido, enflaquecimiento.
 - Ausencias o retardos frecuentes.
 - Autodestructivo.
 - Escapa de la escuela.

1.5.1.3 Abuso Sexual

- Aislamiento, depresión crónica.
 - Seducción excesiva.

- Inversión de roles, preocupación abierta por los hermanos.
- Baja autoestima, auto devaluación, pérdida de confianza.
- Problemas con los compañeros, falta de compromiso.
- Cambios considerables de peso.
- Intentos de suicidio.
- Histeria, falta de control emocional.
- Dificultades académicas repentinas.
- Juego sexual inapropiado o comprensión prematura del sexo.
- Se siente amenazado por el contacto físico y la cercanía.
- Promiscuidad.

1.5.1.6 Sexualidad y embarazo en la adolescencia

En la actualidad, alrededor del 80% de los hombres y el 75% de las mujeres han tenido relaciones sexuales para la edad de 19 años. El impacto emocional de estas experiencias tempranas puede tener repercusiones en la escuela, lo mismo para los estudiantes implicados como para los compañeros que escuchan hablar de ellas. Por ejemplo, cerca de la mitad de las adolescentes quedaron embarazadas en los primeros seis meses de actividad sexual, de hecho, muchas de ellas no sabían en qué momento de su ciclo menstrual podían quedar embarazadas. Temían perder al novio si no aceptaban tener relaciones sexuales.

Algunos adultos temen dar a los adolescentes información precisa sobre el sexo, porque los alentarán a experimentar, pero las investigaciones indican que no es un peligro: el efecto principal de proporcionar información parece ser una disminución de los embarazos no deseados.

1.5.1.7 Abuso de drogas

La sociedad moderna hace del crecimiento un proceso muy confuso. Si presta atención a los mensajes de películas y anuncios encontrará que, según ellos, la gente "bonita" y popular consume alcohol y fuma cigarrillos sin ninguna preocupación por su salud. Disponemos de fármacos comerciales para casi todas las dolencias comunes, bebemos café para despertar y tomamos píldoras para dormir y luego le pedimos a los estudiantes que digan no a las drogas. Además entre mayor sea el estudiante cuando experimente con drogas, más probable que haga elecciones responsables, lo que hace evidente la conveniencia a ayudar a los demás jóvenes a que digan que no.

1.6 LA FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

La OMS¹³ concibe el estado saludable no sólo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social, por lo que para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que sea de suma importancia también para su salud, su modo de vida familiar.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: La función a) económica, b) biológica c) educativa, cultural y espiritual, y es precisamente éste uno de los

¹³ Santronck John W. Psicología de la educación, segunda Edición editora Gernika, S.A 2006.

indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo y protección.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar es posible encontrar que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales, la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

De manera general se pueden considerar como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, es decir, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

También debe tenerse en cuenta la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos.

4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, se hace referencia a los dobles mensajes o mensajes incongruentes, es decir, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente en sí mismo y no queda claro.

5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

1.7 VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Son innumerables las formas de violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Siempre es difícil pensar en un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser psíquica o física y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. La mayoría de las veces se trata de adultos hacia uno o varios individuos.

La violencia familiar generalmente es ejercida por alguien con más poder que abusa de otros con menos poder. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro. Este daño se puede dar ya sea por acción o por omisión, y se da en un contexto de desequilibrio de poder.

Para establecer que una situación familiar es un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica, refiriéndose así a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan un vínculo familiar. Entre las principales características que puede presentar una familia que sufre de violencia son las siguientes:

- Generalmente en las familias en las que aparece la violencia familiar tienen una organización jerárquica fija o inamovible. Además sus miembros interactúan rígidamente, no pueden aportar su propia identidad, deben actuar y ser como el sistema familiar les impone, lo que se ha identificado como "familias disfuncionales".¹⁴
- Las personas sometidas a situaciones críticas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduciría a un incremento en los problemas de salud. Muchas padecen de baja autoestima, depresión y enfermedades psicosomáticas.
- También otras personas muestran una disminución marcada en el rendimiento laboral. En los niños y adolescentes se encuentran problemas de aprendizaje, trastornos de la personalidad, etc.
- Por lo general las personas que viven afectadas por la violencia familiar, como se criaron dentro de este contexto, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones.

En Guatemala país se observa que las mujeres y los niños son los más afectados por la violencia doméstica, en el caso de estos últimos, una gran parte de los padres, lo consideran un método educativo o correctivo, asociado a la pobreza y al bajo nivel educativo (UNICEF, 2008).

¹⁴ Herrera Patricia "La Familia Funcional y Disfuncional, un indicador de salud" revista vivir marzo-abril 2009 revista no. 29

La mayor vulnerabilidad femenina no sólo se debe a causas físicas, también incide en que las mujeres suelen concentrar en la mayoría de los casos, la mayor carga y responsabilidad en la crianza de los hijos, además por diferentes cuestiones culturales condensan las tareas hogareñas y mantienen una mayor dependencia económica como cultural de los hombres.

En el caso de los niños como en otros casos de violencia se da una relación de vulnerabilidad. Claramente los menores muestran inferiores recursos para defenderse de lo que les puede hacer un adulto. Además se debe considerar el daño emocional y los efectos a corto y largo plazo que provocan los maltratos.

1.8 TIPOS DE MALTRATO INFANTO JUVENIL

1.8.1 Definición De Maltrato Infantil:

Desde hace varios años, diversos autores han tratado de definir desde diferentes puntos de vista y diferentes perspectivas al maltrato infantil con el fin de buscar una solución al problema y la definición más aceptada hasta ahora ha sido la de Musito y García (1996) en la que se menciona que el maltrato es cualquier daño físico o psicológico no accidental a un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales o de negligencia, omisión o comisión, que amenazan al desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño"

1.8.1.1 Tipos De Maltrato:

- **Maltrato Físico:** Se refiere a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, etc.), que no es accidental y que provoca un daño físico o enfermedad en un niño o adulto. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación crónica de abuso.
- **Maltrato Sexual:** Se refiere a cualquier implicación de niños, adultos, adolescentes, dependientes o inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informado. En el caso de los niños es el tipo de contacto sexual por parte de un adulto o mayor, con el objetivo de lograr excitación y/o gratificación sexual. La intensidad del abuso puede variar de la exhibición sexual a la violación. De todas las formas de abuso, el abuso sexual es el más difícil de reconocer y aceptar. Según estadísticas que 01 de cada 04 niñas y 01 de cada 08 niños serán sexualmente abusados antes de llegar a los 16 años. En más del 90% el abusador será masculino y en más del 80% de los casos el abusador será una persona conocida por el niño.
- **Abuso y Abandono Emocional:** El abuso emocional generalmente se presenta bajo las formas de hostilidad verbal, como por ejemplo insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono. También aparece en la forma constante bloqueo de las iniciativas infantiles por parte de algún miembro de la familia. Provoca graves trastornos psicológicos. En el caso de los niños, los padres muchas veces abusan emocionalmente de sus hijos basados en buenas intenciones. Pero a partir de esas buenas intenciones pueden presionarlos o avergonzarlos al punto de crearles un sufrimiento emocional crónico. Mientras que el abandono emocional puede expresarse de modo pasivo, sin brindar afecto, apoyo y la valoración que todo niño

necesita para crecer psicológicamente sano. Se refiere a la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del niño.

- **Abandono material o físico:** es un maltrato pasivo y se presenta cuando las necesidades físicas de un niño como alimentación, abrigo, higiene y protección no son atendidas en forma temporaria o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.
- **Niños testigos de violencia familiar:** se refiere cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Estos niños presentan trastornos emocionales muy similares a quienes son víctimas de abuso.¹⁵

1.9 CAUSAS Y EFECTOS DEL MALTRATO EN LA NIÑA Y ADOLESCENTE EN ESTADO DE ABANDONO

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia es mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Hasta el momento, existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufran grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte. Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones.

Los niños criados en hogares donde los maltratan, suelen mostrar desórdenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad, por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su estrés psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, más frecuente que en la población general. Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez.

Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida, crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres.

¹⁵ Santamaría, Sandra. "Violencia familiar y maltrato infantil" Madrid Kapelusz 2001.

CAPITULO II

2. LA IDENTIDAD DEL NIÑO (A) Y ADOLESCENTE EN ESTADO DE ABANDONO

Desde esta perspectiva, la vida en los hogares de protección más que una patología individual, representa un **sistema de relaciones y representaciones** construidos a partir de una realidad concreta por un grupo específico y cumple, entre muchas otras cosas, la función de brindar un sentido de identidad que es necesario para la construcción y supervivencia del sujeto en lo individual y lo colectivo.

Los hogares de abrigo y protección ayudan a prevenir la permanencia en la calle, ya que las estrategias para sobrevivir en la calle son: la violencia e incluso la droga misma, componentes de esta vida en la calle y, pese al daño que muchos de estos elementos causan a los niños, cumplen la función de integrar y dar sentido a este grupo.

De ahí que, actualmente, cada vez más programas busquen formas para abordar a los niños de la calle de manera que este sistema de relaciones en el que se insertan sea modificado y reconstruido paulatinamente, se oriente hacia el fortalecimiento de una identidad diferente a la que los mantiene en la calle y no termine por reforzarla.

La niña abandonada es un niño que sufre y que vive de frustraciones. Atrás de ellas no hay mafias: hay familias desnutridas, sin trabajo, un papá alcohólico, una mamá golpeada. Está expuesto al desprecio de la gente y de la policía que lo cataloga como negro, sucio, feo.

La identidad personal se funda y se desarrolla dentro de una familia. Esta a su vez pertenece a una cultura, a una lengua, a una historia y una geografía particular y, fundamentalmente a una comunidad con sus hábitos y valores. Un padre, para cumplir la función esencial de la paternidad debe cumplir el lugar de transmisión de la Ley, de un orden no arbitrario ni creado por él, sino que lo trasciende y que, a su vez legará al hijo con la posibilidad de transmitirlo.

La crianza del niño en el ámbito familiar constituye un vínculo proveedor de identidad, complementado por quienes representan una continuidad afectiva, cultural o social (ej: la comunidad). El soporte material es esencial para el funcionamiento de la trama familiar. Las condiciones socio-económicas se articulan directamente con la posibilidad efectiva de alcanzar el pleno derecho a la identidad. En el contexto de la pobreza, el fenómeno de abandono aparece como un componente de la geografía social, desde el cual no es posible atribuir responsabilidad primaria a los padres abandonantes del hijo gestado.

Estos niños pierden la posibilidad de saber su propia historia (no conocen a su madre, padre ni tienen registro de que el niño (a) existió en el pasado) No tienen a nadie que les cuente su historia(a lo sumo su paso por la calle, o institutos) . Existe la ausencia de ese adulto que "los expulsó" a la calle, impidiéndoles pensar en proyectar en un futuro. El hacer una inscripción simbólica de la vida les queda cercenado, por lo cual su vida se limita al hacer, la inmediatez, y en muchos casos a la desesperanza y descreimiento.

2.1 LA NIÑA ABANDONADA SE IDENTIFICA CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

1. Rechaza: Implica conductas de abandono. Los padres las han rechazado las expresiones espontáneas de la niña son: desapruera los gestos de cariño; y no se incluyen en las actividades familiares.

2. Aterrorizado de su medio familiar: Amenaza a su entorno con un castigo o violencia verbal, creando una sensación de constante amenaza.

3. Ignora: Se refiere a la falta de disponibilidad de la niña, es incapaz de responder a sus conductas.

4. Aislada: Se priva de las oportunidades para establecer relaciones sociales¹⁶

2.2. DESORDENES A NIVEL PSICOLOGICO QUE PRESENTAN LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ESTADO DE ABANDONO Y ALTERNATIVAS PARA SU TRATAMIENTO.

2.3.1 ANSIEDAD Y DUELO:

Los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas. Si no se trata con prontitud, los trastornos de ansiedad pueden derivar en:

- Repetidas ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad.
- Deterioro en las relaciones con iguales.
- Baja autoestima.
- Abuso de alcohol u otro tipo de drogas.
- Problemas de ajuste en situaciones laborales.
- Trastornos de ansiedad en edad adulta.

2.3.2 Tipos y características de los trastornos de ansiedad

Existe una variedad de trastornos de ansiedad que pueden afectar a niños y adolescentes en estado de abandono. A continuación, se describen la mayoría de ellos, así como sus características:

2.3.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada: las niñas y adolescentes con este trastorno se preocupan en extremo por sus actividades, ya sea por su rendimiento académico, deportivo o incluso por ser puntual. Esta clase de personas suelen ser muy responsables, se sienten tensas y necesitan mucha seguridad, pueden quejarse de dolores de estómago u otras afecciones que no parecen tener una causa física.

2.3.2.2 Trastorno de ansiedad por separación: las niñas y adolescentes se “aferran” a sus padres y tienen problemas para quedarse dormidos. El trastorno de ansiedad por separación puede ir acompañado de depresión, tristeza o miedo a que algún miembro de la familia se vaya o muera. Aproximadamente uno de cada 25 niños experimenta trastorno de ansiedad por separación.

2.3.2.3 Fobias: Las niñas y adolescentes con fobias tienen excesivos miedos no reales de ciertas situaciones u objetos. Muchas fobias tienen nombres específicos, y el trastorno puede centrarse en animales, tormentas, agua, lugares altos o situaciones específicas como encontrarse encerrado en un lugar reducido. Las niñas y adolescentes sienten verdadero pavor a ser criticados o juzgados duramente por los demás. Intentarán evitar los objetos y situaciones temidas, por lo que el trastorno puede limitar gravemente sus vidas.

2.3.2.4 Trastorno de pánico: Los “ataques de pánico” repetitivos en niñas y adolescentes en estado de abandono, sin una causa aparente son signos de un desorden de pánico. Los ataques de pánico son períodos de intenso miedo acompañados por fuertes latidos del corazón, sudoración, mareo, náuseas o sentimiento de muerte inminente. La experiencia es tan terrible que viven con el miedo de que puedan sufrir otro ataque. Los niños y adolescentes con el

¹⁶ Araya (1997) Manual de Maltrato Infanto-Juvenil, Servicio de salud Metropolitano, Chile Universidad Católica.1999.

trastorno suelen hacer cualquier cosa para evitar la situación que provoque otro ataque. Es posible incluso que no quieran ir a la escuela o separarse de sus padres.

2.3.2.5 Trastorno obsesivo-compulsivo: Las niñas y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo, se ven atrapados en un patrón de pensamientos y comportamientos repetitivos. Aunque puedan reconocer que éstos parecen sin sentido y traumatizantes, son muy difíciles de parar. El comportamiento compulsivo puede incluir lavarse repetidamente las manos, contar o poner en orden objetos una y otra vez. 2 de cada 100 adolescentes experimentan trastornos obsesivos.

2.3.2.6 Trastorno de estrés post-traumático: Las niñas y adolescentes pueden desarrollar un estrés post-traumático después de haber experimentado un acontecimiento sumamente estresante, como un abandono o como experiencias de abusos físicos o sexuales, ser testigo de un hecho violento, la vivencia de un desastre como un bombardeo o un huracán. Los jóvenes con dicho trastorno suelen experimentar el acontecimiento una y otra vez en forma de fuertes recuerdos, instantáneas, u otra clase de pensamientos perturbadores. Como resultado, pueden intentar evitar todo lo que se encuentra asociado con el trauma. También sobrereactuar al sobresaltarse o tener dificultades del sueño.

2.4 Los trastornos de ansiedad son demasiado altos en las niñas en estado de Abandono

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los más comunes de los problemas mentales, emocionales y de comportamiento que se presentan en la niñez y la adolescencia. Aproximadamente, 13 de cada 100 niños y adolescentes de entre 9 y 17 años en estado de abandono experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad; Las niñas se ven más afectadas por el problema que los niños y cerca de la mitad de las niñas y adolescentes con estos trastornos padecen un segundo trastorno de ansiedad u otro trastorno mental o de comportamiento, como la depresión. Además, los trastornos de ansiedad pueden coexistir con trastornos de salud físicos que necesitan tratamiento.

.Ayuda disponible para niñas y adolescentes en estado de abandono con estos trastornos:

Las niñas y adolescentes con estos trastornos pueden beneficiarse de una variedad de tratamientos y servicios. Tras un adecuado diagnóstico, pueden ser los siguientes:

- Tratamiento cognitivo-conductual, mediante el cual los jóvenes aprenden a tratar sus miedos modificando las formas en que piensan y se comportan;
- Técnicas de relajación;
- Biofeedback (control del estrés y tensión muscular)
- Terapia familiar;
- Formación familiar; y
- Medicación.

Mientras que las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad, la medicación trabaja bien en otros. Algunas personas con trastornos de ansiedad se benefician de una combinación de ambos. Se requiere más investigación para determinar qué tratamiento funciona mejor para los diversos tipos de trastornos de ansiedad.

Medidas que pueden llevar a cabo los cuidadores:

Si los cuidadores observan síntomas repetitivos de trastornos de ansiedad en sus niños o adolescentes, deberían:

- Hablar de ello con su médico de cabecera para que determine si los síntomas son ocasionados por un trastorno de ansiedad o por algún otro trastorno y también puede derivar a un profesional de la salud mental.
- Buscar un profesional de la salud mental especializado en trabajar con niños y adolescentes, que utilice la terapia cognitivo-conductual o terapia del comportamiento, entre otras.
- Obtener información adecuada de bibliotecas, librerías u otras fuentes
- Asesorarse sobre tratamientos y servicios
- Hablar con otras familias en sus respectivas comunidades.
- Localizar organizaciones o asociaciones de familias con el mismo problema.

2.4 BAJA AUTOESTIMA

2.4.1 Necesidad de afecto:

El afecto es un estado de ánimo, un sentimiento que lleva implicada una emoción relacionada con placer o agrado. Se desarrolla en las personas en los momentos inmediatos a su nacimiento, por la estrecha relación entre el niño recién nacido y la madre y luego su familia. Se ha demostrado que los bebés, estimulados con este tipo de relación afectivas tienen un mejor desenvolvimiento motor y social, cosa que los niños sin soporte familiar no tienen y por eso tienen baja autoestima, algunos por este motivo han llegado a preferir la muerte suicidándose ya que no tienen a alguien que les de afecto. En la actualidad, debido a el abandono de los padres, la relación afectiva con sus hijos se ha deteriorado, lo que provoca problemas de índole social, que van desde el abandono, descuido y abuso de los niños hasta la carencia de afecto en etapas posteriores de la vida, con la triste consecuencia de la repetición de ese ciclo en las diferentes generaciones, produciendo hijos e hijas carentes de afectos que más tarde son padres y madres incapaces de dar afecto.

2.4.2 Necesidad de éxito

Necesidad de éxito o de logro es la motivación de buscar la excelencia, entendida como la superior calidad o bondad de una cosa y tratamiento de respeto y cortesía, la cual permite conseguir las metas elevadas o tener éxito en tareas difíciles. Un niño sin soporte familiar se siente frustrado al ver que no tiene el éxito deseado.

2.4.3 Mecanismos de defensa:

Los mecanismos de defensa son estrategias de tipo cognoscitivos, que ayudan a las personas a manejar conflictos, frustraciones y otras situaciones angustiosas. Las personas tienden entonces a recurrir a los mecanismos de defensa que son medios para engañarse a sí mismo, respecto a las causas de la situación del estrés, con los que se aminora la presión, frustración, conflicto y ansiedad.

2.4.4 Represión

Probablemente ese mecanismo de defensa es el más frecuente con que se bloquean las sensaciones y recuerdos dolorosos, es una forma de olvido. Es sacar de la conciencia los motivos, ideas, conflictos y recuerdos que provocan ansiedad. Las personas – decía Freud – reprimen los sueños, pues representan deseos inconscientes que provocan ansiedad.

2.4.5 Negación de la realidad

Uno de los mecanismos de defensa más comunes es la negación, no reconocer una realidad dolorosa o amenazadora, significa oponerse a reconocer la existencia de experiencias desagradables, de las que se están consciente, para protegerse, es un engaño a si mismo o a si misma, según sea el caso.

2.4.6 Fantasía

Al dar riendas suelta a su fantasía algunas personas escapan de sucesos desagradables, frustrantes y provocadores de ansiedad. Las personas que con mucha frecuencia sueñan despiertas descubren que sus propias creaciones son más atractivas que la realidad.

2.4.7 Racionalización

Este mecanismo de defensa es una forma sutil de negación. Comprenden que se está amenazado o amenazada, pero se desliga del problema analizándolo y racionalizándolo, casi como si se relacionara con otros sin que afecte emocionalmente. Este mecanismo consiste en inventar justificaciones socialmente aceptadas de la propia conducta para ocultarse la verdad a uno mismo, por ejemplo, el ejecutivo que es impuntual le echa la culpa a sus múltiples ocupaciones sin aceptar la falta de consideración a los demás. La racionalización también ocurre cuando las personas se engañan a sí mismas al pretender que una mala situación sea buena.

2.4.8 Intelectualización

La persona maneja las experiencias potencialmente angustiosas como si fueran objetos de estudio o de curiosidad, a fin de evitar comprometerse emocionalmente, permite a las personas reducir el impacto de los incidentes angustiosos.

2.4.9 Formación reactiva

una forma conductual de negación en la que el individuo expresa, con exagerada intensidad, ideas y emociones que son lo contrario de lo que piensa. Por medio de ella la persona oculta a sí misma motivos o emociones reales y expresa todo lo contrario con su conducta, permite a la persona evitar la ansiedad que conlleva tener que aceptar ciertas características personales desagradables.

2.4 ESTADOS DE ÁNIMO

2.5.1 El estrés

Esta afección puede presentarse en forma de un trastorno aislado o como una complicación de trastornos preexistentes de la personalidad. Generalmente se considera que las reacciones de estrés son respuesta a la amenaza de muerte y aniquilamiento.

Las crisis se dan en una rama amplia de eventos, que se asocian con las vicisitudes de la vida civil y pueden incluir también la respuesta a catástrofes agudas y prolongadas. El estrés puede ser tan peligroso para la salud como los grandes cambios de vida, o más que éstos. Las personas que están expuestas a muchas tensiones diarias tienen una incidencia mayor de presión sanguínea elevada y de trastornos afines, como ataques cardíacos e hipertensión.¹⁷

2.6 DESORDENES DE LA CONDUCTA:

Los desórdenes de la conducta en los jóvenes constituyen un grupo complicado de problemas emocionales y del comportamiento. Los niños y adolescentes en estado de abandono sufren de estos desórdenes y tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. Otros niños, los adultos y las instituciones sociales los consideran “malos” o delincuentes en lugar de enfermos mentales.

Los niños y adolescentes con problemas de la conducta pueden manifestar algunos de los siguientes problemas de comportamiento:

2.6.1 Agresión hacia las personas y los animales:

- Acosa, intimida o amenaza a los demás
- A menudo inicia peleas físicas
- Ha usado una arma que pueda causar daño físico serio a otros (por ejemplo; palos ladrillos, botellas rotas, cuchillos etc.
- Es físicamente cruel con las personas o animales
- Roba a sus víctimas mientras las confronta
- Obliga a otro a lleva a cabo una actividad sexual.

2.6.2 Destrucción de la Propiedad:

- Deliberadamente prende fuegos con la intención de causar daños
- Deliberadamente destruye la propiedad de otros.

2.6.3 Engaños, mentiras o robos:

- Fuerza la entrada en el edificio, casa o automóvil de otros.
- Miente para que le den las cosas, para obtener favores para evitar las obligaciones.
- Roba artículos sin confrontar a la víctima (por ejemplo, roba la ropa, o artículos sin forzar las puertas.

2.6.4 Violación seria a las Reglas:

- Se queda la noche fuera de su cuarto sin objeción alguna
- Se escapa de la casa
- Deja de asistir a la escuela cuando le parece.

¹⁷ ONG española de orientación cristiana SOS Infancia España 2008.

Los niños que demuestran estos comportamientos deben de recibir una evaluación comprensiva. Muchos niños exhiben una conducta desordenada y pueden tener condiciones coexistentes tales como desórdenes del humor, ansiedad, problemas con el aprendizaje o pensamientos desordenados, los cuales también pueden ser tratados.

El Tratamiento: de los niños con desórdenes de la conducta pueden ser complejos y retadores, el tratamiento se puede proveer en una variedad de escenarios dependiendo de la severidad de los comportamientos. La terapia del comportamiento y la sicoterapia generalmente son necesarias para ayudar al niño y adolescente a expresar y controlar su ira de manera apropiada, la educación especial puede ser necesaria para los niños y jóvenes con problemas de aprendizaje, se necesitan programas educativos para los centros de protección de menores, el tratamiento también puede incluir medicamentos para algunos jóvenes, que tienen dificultad prestando atención, problemas con sus impulsos o aquellos que sufren de depresión.¹⁸

¹⁸ American Academy Child & Adolescent Psychiatry, 3615 Wisconsin Avenue, NW.

2.7 CONDUCTA Y DEPRESION

2.7.1 Desgano, Desmotivación:

El ser humano necesita 'motivos' para actuar, deseos, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida. Al ser abandonados, la depresión llega, y una vez llega permanece en ella por una apatía, una desgana, una desilusión y falta de sentido en la vida que parece 'vegetativa', absurda.

Sin motivación no se está predispuestos a actuar, y más bien la tendencia es a abandonarse en la inactividad, en un esperar sentir una motivación positiva, que se transforma en desesperación en la medida de que nos cansamos de esperar.

La motivación, las nuevas ilusiones, ¿cómo pueden aparecer?. El hecho de que estando bien parecen existir espontáneamente induce a creer que es algo 'natural', algo que -si funciona bien- debería estar ahí como el ritmo respiratorio o el pulso del corazón. Lo cierto es que la motivación no es constante e incombustible, no es seguro que esté ahí *siempre*, y cualquier persona normal atraviesa momentos de vacío y desgana provocados por que las etapas acaban, los deseos se realizan, y porque abundan los tropiezos y fracasos.

2.7.1.1 FORMAS DE CONTRARESTAR LA DESMOTIVACION:

Forma parte de las habilidades normales rehacerse, trabajar en nuevas direcciones, explorar nuevos caminos, buscar nuevas motivaciones. Por consiguiente sería más preciso considerar que el estar motivados consiste en:

- **[a]** mantener los objetivos, las ilusiones si ya las tenemos, para que no languidezcan por cansancio, olvido, dispersión, tentaciones, etc.
- **[b]** buscar nuevas cuando ya se han acabado las anteriores, lo que requiere un comportamiento de *exploración*, de búsqueda, de correr el riesgo de probar cosas nuevas.

Con el apartado [a] entramos en el capítulo de la madurez de una persona adulta, de su capacidad para perseverar ante las dificultades, la firmeza de no caer en el derrotismo antes de tiempo, el ser capaces de reanimarnos, darnos nuevo aliento evocando las razones y las cosas que daban sentido a nuestros planes, re-vitalizar, limpiar las motivaciones que se han diluido o se han olvidado en el trajín del día a día (a esta operación la podríamos llamar el arte de *auto-motivarse*).

Estas capacidades son esenciales para combatir el cansancio, el olvido, las dudas y la tardanza irritante que producen los obstáculos y pegas que van surgiendo.

La depresión se agarra muchas veces al **"no tengo fuerzas para seguir"**. Parece que se ha contraído una enfermedad que nos debilita la capacidad de proseguir el conjunto de metas: esa falta de energía no es otra cosa que una *motivación negativa*, que viene a ser todo lo contrario de *auto-motivación* exitosa.

En cierto modo lo humanos tenemos un 'equipo' o conjunto de deseos, pero en ese cesto pude haber una manzana podrida que se dedica a sabotear el al resto simplemente porque está lleno de rencor y resentimiento *por alguna cosa que le ha ido mal. Es como si pensara ese*

deseo, "si a mí me va mal, que ninguno de mis colegas tenga tampoco éxito y así compartiremos todos la pena".

La educación del carácter durante la infancia es muy importante para resultar buenos auto-motivadores. Si los cuidadores o encargados han transmitido confianza en si mismos, han inculcado valor para resistir las dificultades, han enseñado a tolerar las frustraciones y las demoras en la realización de los deseos, a ser tolerantes y prácticos con los errores, a controlar el malhumor y la ira, y han estimulado en nosotros una buena imaginación y capacidad de invención, entonces serán perfectamente hábiles para resistir e imponerlos ante las desgracias.

En el apartado [b], la búsqueda de nuevos objetivos, la habilidad de edificar nuevas vidas sobre las cenizas de las anteriores marca la diferencia entre la persona que se hunde ante el fracaso, la muerte o la enfermedad, y la que se remonta. En numerosas ocasiones podemos observar que por un lado la persona 'derrotista' se abandona en exceso ante la auto-complacencia en la desgracia ("pobre de mí", "he tenido mala suerte", "la vida me trata injustamente"), que es una suerte de dolor pasivo, un *re-volverse* sobre la misma herida una y otra vez, para que el asombro y el dolor paralizante nos ofusquen y nos hagan sentir impotentes.

Por otro lado, la persona por pudor, miedo, intolerancia u orgullo, no se atreve a buscar 'consuelo', a buscar una 'contención al dolor', y sobre todo no se atreve a pensar en distintas soluciones que pueda intentar llevar a la práctica, una detrás de otra, hasta ver resultados prometedores.

No se trata de que el dolor o la depresión agudas incapaciten totalmente para buscar salidas -porque aun la persona más impedida puede buscar ayuda externa si ve que ella sólo no puede- sino que lo que se quiere en esas circunstancias es más dolerse por lo malo que buscar lo bueno que te repare.

La conducta de búsqueda, de exploración, requiere desde luego cierta capacidad de aventura, de saber salir de los caminos ya estériles o acabados, de alejarse de las vías muertas para explotar territorios nuevos.

Este salir de lo conocido da mucho miedo, sobre todo si a lo largo de nuestra vida hemos procurado ir sobre seguro, por senderos convencionales, procurando no llamar la atención, temiendo demasiado la reprobación, buscando constantemente la aprobación de los demás.

Estas actitudes, aunque durante mucho tiempo nos han dado seguridad, tal vez nos preparan peor ante los cambios que aquellos que están acostumbrados a los cambios de residencia, de pareja, de trabajo o de país, capaces de empezar de nada con confianza y fe en ellos mismos y en el resultado. El miedo al cambio, a la novedad es, por consiguiente, un gran obstáculo para encontrar nuevas motivaciones. También es muy común encontrar gran dificultad a la hora de tener otros roles que implican las situaciones nuevas (hacer de 'soltera' una persona que ha llevado muchos años de casada, hacer de alumno alguien que hace mucho tiempo que no ocupa esa posición, empezar un nuevo trabajo con la humildad del novato, buscar nuevas relaciones sociales como un recién llegado, nuevas actividades o aficiones en las que uno empieza de cero, etc.)

La flexibilidad de la personalidad nos ayuda a 'ser de diversas maneras', aunque a veces la educación, mal entendida, parece que predique más bien el 'ser siempre la misma persona', lo cual produce una rigidez peligrosa, sobre todo en las situaciones excepcionales que estamos contemplando, y las que nuestra sociedad compleja se empeña en proporcionarnos. Intelectualmente también se requiere de nosotros el arte 'activo' de buscar nuevas ilusiones,

consistente en podernos imaginar acontecimientos agradables, historias posibles, nuevos caminos, nuevos parajes y por ello mismo tener ante los ojos una promesa de goce.

Las personas que desarrollan esta facultad siempre están buscando la manera de hacer que un fin de semana resulte algo memorable, una velada con amigos algo encantador, y una tarde lluviosa una ocasión para combatir el aburrimiento con deliciosas sorpresas. Dirigen su mente hacia preguntas como ¿qué podría hacer? ¿y de qué manera podría realizarse mejor? ¿y de qué forma tendría éxito?. Por así decirlo, se ganan a pulso, con el fruto de su esfuerzo mental el tesoro de una buena idea, magia que nunca se hubiera producido cayendo en la pasividad, la queja, el lamento y la protesta airada.

La búsqueda activa de ideas y propósitos es como hacer un crucigrama en el que las palabras que llenan un vacío hay que buscarlas en uno mismo más que en una hoja de soluciones. Implica un ponerse a pensar *productivamente*, un hacerle arrancar al cerebro listas de propósitos que, en vez de contemplarlos con frialdad maldispuesta y despreciativa, viéramos con la luz de una posibilidad digna de explorarse a falta de algo mejor, confiando en que este proceder, en alguno de los intentos, va a producir un enganche, una reacción más viva que de nuevo se transforme en categoría de ilusión.

Igual que la torpeza para hablar o la timidez se vencen practicando, en vez de sufriendo vergüenza y retirándonos a nuestra cueva interior, así las motivaciones nuevas vienen, se quedan y se hacen 'auténticas' en vez de forzadas con el empeño terco de intentar vivirlas lo mejor posible.

Se parece esto a lo que sucede cuando se aprende algo que se resiste (conducir con fluidez, tocar un instrumento musical de forma que suene bien una canción, saber utilizar el ordenador, etc.) pero que una vez superada la fase 'militar' se transforma en utilidad y goce. El volcarse, sumergirse en el mundo externo, en actividades que al principio se nos aparecen como formas inseguras y riesgosas de actuar, es la actividad que nos saca el ensimismamiento empobrecedor que nos ofrece la depresión.

El desánimo, huyendo de la búsqueda en el mundo, se agrava y se muestra insuficiente para salvar del apuro, y más bien nos invita a una destrucción desesperada.

2.7.2 Apatía, Debilidad, Cansancio

La reacción que la experiencia nos dicta frente a las sensaciones de cansancio, debilidad, falta de energías, es descansar hasta volver a encontrarnos repuestos. Claro esta que este principio es válido en la mayoría de las ocasiones 'normales' de agotamiento por una causa física (trabajo, ejercicio, número de horas que llevamos activos). Efectivamente, un adecuado descanso repone la tensión muscular, regula el metabolismo corporal y nos permite estar a punto para nuevas demandas.

En el caso en el que la debilidad está provocada por una enfermedad (una gripe, por ejemplo), más que reponer un exceso de cansancio conquistamos una normalidad perdida por un proceso patógeno excepcional.

En el caso de la depresión el estado de 'debilidad', atonía muscular, y en ocasiones pronunciado enlentecimiento es más el 'estado' de inactividad que fruto de cansancio o de proceso degenerativo. Se trata de un estado que la persona puede describir como 'falta de energía', y que predispone muy negativamente frente a los esfuerzos físicos tales como levantarse de la cama, ducharse, vestirse, desplazarse, etc.

Como hemos mencionado antes la repuesta puede ser la de 'descansaré a ver si me recupero' siguiendo los consejos de nuestro propio cerebro basados en la experiencia. Desafortunadamente esta estrategia supuestamente reparadora y protectora produce el efecto contrario al deseado.

Los fisioterapeutas conocen bien este problema estratégico: una persona ha tenido una lesión muscular, por ejemplo una tendinitis. Instintivamente deja de mover el brazo para ahorrarse dolor, pero esa inactivación a la larga produce involución muscular y pérdida de capacidad de movimiento, un retroceso. La solución, por el contrario, exige paciente y activa colaboración: ejercicios de recuperación progresivos.

Siguiendo este ejemplo, el síntoma de la falta de energía y apatía provoca a menudo un círculo vicioso similar: contra más descansada e inactiva está la persona menos energías y más debilidad tiene; en cambio, una recuperación progresiva, a primera vista antipática y penosa, produce sin embargo mejoras objetivas. El cansancio por consiguiente mejora cansándose más, fortaleciendo el sistema muscular con un ejercicio progresivo (paseos más largos, asumir mayor número de tareas, ocuparse más tiempo en actividades manuales). La actividad es la conducta opuesta a la inactividad, y por ello mismo, indirectamente pone freno y mejora el estado depresivo y es una buena medicina natural. Así mismo la paradoja de cómo recuperar las energías perdidas consiste en utilizar las pocas energías que nos quedan en producir a través de una actividad forzada acopio de fuerzas.

2.7.3 Procrastinación (Dejar para después)

El cerebro tiene que decidir continuamente qué hacer y cuando. Diversos criterios son útiles para establecer turnos y organizar los recursos:

- La vigencia de una necesidad.
- La prioridad que puedan tener diversos objetivos.
- Las posibilidades de éxito.
- La oportunidad.
- La economía de medios que requieren
- Las recompensas que producen cada uno.
- Los costes y las preferencias.

Manejar todo este conjunto de variables hace que tomemos decisiones basadas en producir lo máximo al mínimo coste como si de una empresa competitiva se tratase.

La depresión produce una combinación de estos tres factores:

1. motivación disminuída
2. dificultad de ``start-up'' (puesta en marcha)
3. intolerancia a la frustración (mordacidad, irritación que produce sentir lo desagradable de una forma más intensa)

Estos factores son los responsables de una tendencia a dejar para el último momento la realización de ciertas acciones 'antipáticas' tales como hacer una llamada de teléfono ingrata o que nos produce sentimientos negativos, hacer un trabajo pesado, actuaciones que nos exigirían tratar con personas ante las que no nos encontramos cómodos.

La persona deprimida piensa ``no estoy de humor ahora mismo para hacerlo, lo dejaré para otro momento''. Si, según los fríos cálculos de la conveniencia, esa acción tendría un tiempo

óptimo (pensemos, a modo de ejemplo, en enviar un curriculum laboral antes de que se hayan presentado demasiados candidatos o enviar una carta de reclamación antes de que transcurra un plazo legal) entonces está habiendo un grado de perjuicio, de riesgo de fracaso, que va aumentando en función de cuanto atrasamos indebidamente su ejecución.

La depresión no altera nuestra inteligencia al punto de ofuscarla completamente como en determinados trastornos mentales en los cuales el enfermo no es consciente de estar enfermo, y por consiguiente, nuestra mente **nos sigue avisando** una y otra vez, con angustiada insistencia, de que estamos a punto de perder una oportunidad, que todavía estamos a tiempo de enmendarlo.

¿Reaccionamos entonces? La respuesta es que mientras existe plazo de tiempo la procrastinación es posible, y por tanto la persona deprimida, en contra de toda lógica de optimización, sigue demorando con más temeridad, hasta llegar el último día, el último minuto, o llegando incluso a pedir aplazamientos excepcionales, y entonces, con suerte, si no estamos tan mal que nos digamos con ira auto-lacerante que "ya es tarde", podemos hacerlo finalmente de la peor, más costosa y penosa de las maneras.

Esta conducta es altamente ineficaz y ansiógena -dicho sea de paso, a menudo la ansiedad en la depresión se genera de todas las maneras posibles- y la persona debe estar alerta de de su aparición y corrección sino quiere verse arrastrada a las peores pesadillas.

2.7.4 Dudas, Inseguridad

Tomar sencillas decisiones tales como qué prenda de ropa me compro, qué menú elijo o en qué dirección inicio un paseo es algo muy sencillo para una persona con un estado de ánimo normal, aunque ello no excluye que esa misma persona normal tendría pleno derecho a tener dudas sobre decisiones importantes (cambio de trabajo, una inversión sustanciosa, elección de pareja, etc.).

En la depresión las "grandes dudas" y las "pequeñas dudas" se convierten ambas en el mismo tormento. A ello contribuye:

- La dificultad de evaluación, que en la depresión está alterada en el sentido negativo, esto es, en la dirección de exagerar lo poco como mucho, el a veces como siempre, una dificultad como una imposibilidad, de forma que un fallo que comete lo atribuye a que es "una nulidad" o un desaire que se le hace es evaluado como "no soy digno de aprecio". Esta apreciación extrema es la que conduce a ver la pequeña decisión de elegir el color de una camisa en una "prueba de mi inutilidad" y que este test angustiante de paso se convierta en una "prueba" de la anormalidad de su estado. Se produce de este modo un agrandamiento artificioso del problema, que se transforma en "juicio de dios" sobre su porvenir. La misma angustia que se produce de vivir el pequeño problema como problema de primera categoría, es percibido con extrañeza y alimenta en buena medida la inseguridad, al observar que sentimos de forma anómala y por tanto cabría temer que podríamos tomar decisiones absurdas.
- La atribución de capacidades: se puede sentir que hay un abismo entre la magnitud de una tarea y las minúsculas fuerzas que se atribuye el deprimido a sí mismo. Para los demás es fácil sostener una conversación o realizar una actividad rutinaria, pero para mí -esgrime el deprimido- es una tarea titánica frente

- a la que me veo incapaz. Afortunadamente esta incapacidad es más un a distorsión del auto-concepto de uno mismo que una verdadera imposibilidad.
- El proceso de toma de decisiones: replantear las decisiones que se han tomado continuamente, constantemente, hace que el actuar deje de ser fluido y parezca entorpecido a cada momento. Decidir es un trabajo durante el cual debemos paralizar, frenar los impulsos, y *sin hacer nada* considerar e imaginar alternativas para establecer la dirección hacia donde han de dirigirse los esfuerzos. Por ejemplo, nos quedamos quietos frente al armario y nos imaginamos llevando una camisa, luego otra distinta, luego otra vez la primera, y así sucesivamente. Es fácil entender que decidir ha de tener una duración *práctica*, porque de lo contrario en vez de ir a parar a una opción -fuera buena o mala-, nos quedaríamos con la peor de todas: la inacción (que con toda seguridad no ofrece nada). La forma en la que la depresión influye para que las decisiones se degraden en forma de parálisis es alargando innecesariamente las dudas, tejiendo y destejiendo las mismas ideas una y otra vez, pero sí, pero no... Parece imposible decantarse, bien sea porque un impulso subterráneo está más interesado en paralizarnos que en activarnos, o bien sea debido a una enigmática dificultad para decantarse.

Los dos fenómenos que acabamos de mencionar se dan en la depresión por distintos motivos:

1) Por un lado el impulso, lo que nos apetece (no lo que nos conviene, criterio que está basado en que seguiremos vivos y entonces nos encontraremos con las consecuencias reales de las decisiones tomadas) es no hacer nada, claudicar, abandonarlos a la pendiente, dejarnos caer.

2) Por otro lado no encontramos el resorte que hace disparar la decisión, **sentir** por ejemplo más agrado con una camisa que con otra. Esperamos la emoción positiva que se supone provoca explorar hipótesis y escenas distintas y comparar estos distintos placeres ``como si'' lleváramos la camisa de turno y encontrar de este modo cual produce mayor recompensa. La dificultad de sentir placer -de cualquier tipo- vuelve muy difícil orientarnos, ya que la búsqueda del placer -a corto o largo plazo- es una de las mejores guías que tenemos los humanos para actuar. Por esta razón la persona deprimida está muy confundida e indecisa acerca de qué decisión tomar hasta en las cosas más nimias.

Ayuda mucho en esta clase de problemas sustituir el sistema de decisiones habitual por otro provisional que solemos utilizar en algunas situaciones de supervivencia (por ejemplo al ser perseguidos): decidimos lo primero al azar, rápido, no volvemos atrás. Esto es, siguiendo el ejemplo anterior, cogemos la primera camisa al azar y aceptamos el riesgo de habernos equivocado sin escrúpulo ni remordimiento, comprendiendo que hasta estar recuperados éste es el sistema menos malo y el que combate mejor la inacción (que es como el comportamiento negativo que agrava el desánimo).

Poner a prueba cual es el máximo de funcionalidad de que se es capaz produce asombro y sorpresa en el deprimido, al constatar que los hechos de-muestran un panorama en el cual quizá no pueda estar brillante, ocurrente y productivo como en sus mejores momentos, pero se puede hacer perfectamente actuación modesta, al

punto de que no llame siquiera la atención (aunque esto podría tener el inconveniente de que los demás supusieran que "no le pasa nada" ya que puede comportarse con mediocre normalidad. A veces la persona deprimida tiene que colaborar poco y ser renuente para "ser tomado en serio" y demostrar la legitimidad de su trastorno en lo que respecta a cuidados y consideraciones). Sea como fuere, conviene apostar por mantener el rendimiento al máximo posible, ya que de este modo se está más cerca de una normalidad aceptable.

2.7.2.2 Desapego de los Estímulos:

Lo que induce la depresión al deprimido frente a los estímulos es la actitud de pre-concebir, de dar por hecho, derrotándose por anticipado, que no le "sentarán bien".

A primera vista podríamos argüir que acercarse a lo agradable produciría consuelo y por ello mismo sería una apetecible medicina para nuestro lánguido estado. En cambio el deprimido desconfía de ese acercarse a lo bueno que antes le reconfortaba, y más bien renuncia preveyendo sentirse todavía más defraudado.

Se vuelve frío y escéptico, y ante la posibilidad de un placer conocido prefiere desilusionarse y así confirma con toda su crudeza, sin paliativos ni falsos consuelos, la amarga realidad que le atenaza.

También contribuye a esta actitud el rencoroso desaire que produce haber esperado mucho y haber encontrado poco en algunos momentos en que hemos probado, y haber sacado la precipitada conclusión "ya no me anima nada", "será mejor resignarme a este malestar insoportable".

Sin embargo, pese a esas conclusiones más fruto de la impaciencia que de otra cosa, la exposición a los estímulos agradables resucita los sentidos y las capacidades de goce obturados por la depresión.

La estrategia adecuada es acercarse y permanecer periodos cada vez más largos haciendo 'como si' disfrutáramos de productos alimentarios exquisitos, regalásemos el oído con música cuya belleza nos conmovía, nos atreviéramos -a pesar de la poca convicción- a poner ante los ojos la belleza visual del mundo natural (la antigua medicina de la "naturaleza cura") y artístico.

Se trata de dejar que la curiosidad nos cosquille y provoque a pesar de nuestra inicial indiferencia, en una palabra, ir hacia el interés en vez de pretender estar interesados porque sí, sin habernos re-vitalizador a base de habernos auto-estimulado con la persuasión e insistencia necesarias.

Aparecer en vez de desaparecer, volver al ser que éramos en vez vaciarnos perdidos en nada: he aquí un cambio de actitud que busca y espera la reanimación de su paciente acercarse al habla, la expresión y la acción como el camino que crea lo que practica en vez de lamentar lo que ha perdido.

Practicar vida social, producir manual e intelectualmente, acercarse de puntillas a los placeres para saborearlos aunque fuera de refilón, todo ello hace mover la dinamo y produce el rayo de luz con el que irnos iluminando.

2.7.5 Fuga De La Conducta

Este es un fenómeno más propio de los estados ansiosos, cuando el desasosiego que nos produce algo es desviado haciendo otra cosa aparentemente correcta, perteneciente al repertorio de loables propósitos que tenemos, pero cuya oportunidad y urgencia son más que discutibles, lo que la convierte precisamente en "acción tapadera". Ejemplo de esto es el furor limpiador u organizador -loable, quien lo duda- que le entra al estudiante precisamente cuando

tenía que ponerse a estudiar: las incertidumbres y agonías que entraña el "forzarse a aprender" son aparentemente sustituidas por una actuación útil y menos agobiante.

Claro está que lo rechazado retorna más tarde de nuevo con dosis de desagrado crecidas al socaire del silencioso invernadero en el que estuvo temporalmente sepultado.

Hacer lo que no toca, lo que no se debe, incluso lo desaconsejable (por ejemplo, ponerse a comer fuera de horario), pueden ser tentaciones para fugarse con sucedáneos de lo que en el fondo sabemos que "deberíamos" hacer.

Actuar para no hacer lo que se evita hacer, es una buena coartada para convencernos a nosotros mismos de que somos quizás saboteadores, si, pero inocentes y bien intencionados. Así, por ejemplo, debemos acudir a una cita importante, pero antes convendría regar las macetas y de paso dejar fuera del congelador la comida y claro está, no olvidemos coser ese botón que estaba medio suelto, y ciertamente, sería inapelable lavarse antes los dientes, y ya que estamos en la zona del baño podríamos aprovechar para recoger los frascos vacíos que hace días que están pendientes de retiro, ah, y sacar la ropa delicada que estaba en remojo, no se vaya a desteñir demasiado, y así sucesivamente. La persona es consciente de que se está haciendo tarde, que no llegará a tiempo, y no obstante no puede dejar de lado más tareas de última hora que exacerban la ansiedad tanto que resulta trágico-cómico la forma en que, vaya fatídica casualidad, llegar a tiempo es ya imposible.

Esta penosa desorganización aparece aumentada en la depresión por otros factores añadidos tales como las dificultades de memoria, concentración y la evitación de lo desagradable o incluso por un oscuro impulso de "echarlo todo a rodar", como complaciéndose en una degradación de las cosas acorde a la confusión interna de los sentimientos.

2.7.6 Ritmos Circadianos:

Hay un tipo de insomnio, un conjunto de costumbres diarias, que consiguen que la persona deprimida tenga un ritmo "contracorriente" de los demás. Cuando los otros están frescos y despejados, el deprimido está en la espesa de las brumas matutinas, cuando los otros sucumben al cansancio y la modorra, el resucita cual vampiro en la ciudad solitaria.

El aturdimiento tiene a veces cierta ventaja, porque amortigua la angustia que producen las tareas diarias -especialmente cuando el origen de la depresión tiene mucho que ver con esas tareas- y permite un cierto vivir adormecido, un "matar el rato", un lograr que el tiempo exista menos, una disculpa perfecta para que las cosas tengan un pobreza digna de repulsa y asqueada contemplación.

El apetito desaparece especialmente en las horas de comida, favorecido en esa ausencia por la presencia del picoteo extemporáneo, igual que apetece dormir en las horas más intempestivas y aparecen algunas ráfagas de deseo erótico cuando nadie parece estar a tiro.

La regulación de los ritmos de vigilia y sueño ayudan a encontrarse en el mismo camino que las personas que nos rodean. Las actividades fisiológicas y los impulsos naturales se ven favorecidos por el orden adaptativo en vez de verse perjudicados -disminuidos- por el desorden.

Regular las horas de sueño, de comida, de ejercicio, de lectura, etc. facilitan enormemente la recuperación. No quiere decir esto que nos tengamos que volver rígidos e inflexibles, sino que la flexibilidad es un lujo que uno se puede permitir sólo en el supuesto de que primero tenga una normalidad de funcionamiento.

La depresión vive del autoengaño de pensarse como "imparable", dando a entender que la persona está negada, imposibilitada para reaccionar. Esta es la "película" que proyecta -para espantar y paralizar- en la pantalla de la conciencia.

Pero la reacción es siempre posible, y hasta milagrosamente eficaz. Alguien al borde del suicidio puede recapacitar y escandalizarse por haber ido tan lejos en su desesperación. Sin esos extremos dramáticos, siempre es posible combatir el abandono activo, "portarse bien", cumpliendo -aunque fuera a regañadientes- con los compromisos básicos, hasta notar al cabo de un tiempo una modesta mejora que ir mejorando lentamente produce.

Lo ideal en cuanto a abandono es disciplinarse de forma preventiva: no dar los primeros pasos del desaliño y descuido personales y, es más, cultivar a modo de escudo protector un mimo y una delicadeza exquisitas en el cuidado propio, reflejo de un querer a uno mismo, de un amor primero desde el que ir a un amor segundo, cultivando la simpatía, la cortesía, la dulzura seductora y la osadía de hacer un placer de nuestro actuar en el mundo, alejándonos tanto de la pereza timorata como del exceso de sensibilidad frente a las imperfecciones y debilidades humanas.

2.7.7 Aislamiento:

Con cierta frecuencia este aislamiento no sólo es un síntoma de depresión, sino que también ha sido en buena medida su causa. La falta de habilidades sociales, especialmente para intimar y hacer amigos, las dificultades de carácter y maduración, hacen que las relaciones resulten problemáticas o insatisfactorias, pobres y decepcionantes. En otras ocasiones se observa que tienen que ser obligados a empezar de cero por cambios de residencia, por estados de permanencia, muertes de seres queridos, las etapas que acaban y hasta los cambios culturales, todo ello puede producir en las niñas y adolescentes pérdidas de identidad y vinculación que conllevan dosis de frustración, duelo y tristeza.

La persona deprimida es consciente de no estar en su mejor momento y por ello no resulta tan agradable a los demás. y no quiere "hacer el papelón" o "ser pesada" o aburrida a los demás. Pero en cambio, en términos de egoísmo personal, es una de las cosas que más le pueden ayudar a recuperarse

Seguramente la capacidad de disfrute esté disminuida, y la dificultad de concentración haga que en ocasiones se pierda viveza y capacidad de volver al vuelo, pero no obstante el contacto humano calma y reconforta.

2.7.8 Comer o no Comer:

La alteración del apetito suele ser otro de los síntomas de la depresión. Sucede que tienen pérdidas alarmantes de peso y a otros se les descontrola la necesidad de ingesta. Esta doble posibilidad coincide con el efecto de la ansiedad sobre el apetito, quitándolo o exacerbándolo.

Cuando lo que experimenta es pérdida de apetencia, la tentación es rechazar la comida, especialmente si tiene apariencia de copiosa o energética. La comida, por añadidura, es como un símbolo de amor a si mismo (por lo que comer tiene de autocuidado) y también de ese amor universal que se traduce en "estar presentable", "tener buen aspecto" para alagar y agradar la vista de los demás.

Obviamente, la depresión es un agonista del amor, lo enfría y reduce a una mínima dimensión.

Cuando hay una pérdida de peso preocupante se deben tomar medidas correctoras, y en vez de esperar a recuperar el hambre para asumir las costumbres habituales, como alternativa provisional conviene hacer ingesta de pequeñas dosis de alimentos (un vaso de leche, una fruta, un yogourt, una pequeña ración) cada dos o tres horas, hasta comprobar que el peso se mantiene. Si este plan se acompaña de ejercicio físico (que aumentará la demanda de nutrientes) la estabilización será mucho más rápida y eficaz.

En algunas ocasiones especiales comer o no comer puede ser un método indirecto de dar molestia al cuidador, están resentidas o reprochantes. Al no comer lo angustian o comiendo más de la cuenta le privan de "don de amor" que es la estética. Claro está, estas formas pasivas de agresión pueden tener el efecto de perjudicarse a ellas mismas más que a la persona a la que van dirigidas, que además, en vez de sentirse aludidas y cambiar a favor, puede verlos como más desquiciados y enfermos de lo que están, distanciándose como quien tiene que tratar con un "bicho raro" al que hay que soportar, reacción que dista del amor o celo que provoca quien se considera que se gana la esforzada dedicación por sus actitudes colaboradoras.

2.7.9 Auto-Agresión:

Mientras que la depresión, produce una dificultad para sentir sentimientos positivos (alegría, placer, goce, entusiasmo, deseo), por el contrario, deja intacta la capacidad de sentir lo desagradable (un ruido molesto, una contrariedad, lo penoso y trabajoso, el trato hostil o áspero de los demás).

En la depresión faltan unos "frenos" esenciales para la ira y la rabia: sentir amor por si mismo y por los demás. Se viven situaciones como si los costes fueran mucho más pesados que los beneficios, y por ello dignos de la palabra más fácil y abundante en el depresivo: NO. No me gusta, no me interesa, no quiero.

Cuando la persona, por su talante anterior, guarda las apariencias y no dirige la rabia hacia el exterior, la vuelve:

- [a] Un comportamiento auto-lesivo, auto-punitivo.
- [b] Un comportamiento agresivo-pasivo

El comportamiento [a] auto-agresivo consiste en hacerse daño a uno mismo. Cuando se daña hace a la vez de sujeto irascible, de verdugo ejecutor, y al mismo tiempo de víctima pasiva -que es la parte que en realidad hace que la ira se transforme en dolor y tristeza. La autoagresión consiste en:

- insultarse y despreciarse constantemente ("soy imbécil", "estoy hecho un asco")
- auto-críticas destructivas ("nunca ha valido para nada", "no soy capaz de reaccionar")
- auto-evaluaciones negativas ("lo hago todo mal", "no doy pie con bola")
- dejar de hacer cosas agradables (elegir el alimento menos sabroso, sentarse en el asiento más incómodo, no ir a ver la película que teníamos intención de ver, renunciar a una visita o a un favor, consuelo o ayuda que nos ofrecen)
- llevar a cabo acciones de "autodegradación" tales como cortarse el pelo, ir con la ropa más lúgubre, poner música fúnebre en el tocadiscos, complacerse en los estímulos que proporcionan pena y dolor (determinadas fotos y cartas, evocar recuerdos desagradables, traer a colación viejas ofensas)
- autolesiones (golpes, pellizcos, quemaduras) e intentos de suicidio.

El comportamiento pasivo es una forma indirecta -y por ello mismo, generalmente inadecuada- de protestar y vengarse de los que han suscitado ellas la ira desatada.

CAPITULO III 3. PROBLEMAS A LARGO PLAZO A NIVEL PSICOLÓGICO

3.1 EL NIÑO DEPRIMIDO:

No solo los adultos se deprimen. Los niños y adolescentes pueden sufrir también de depresión y máxime en un estado de abandono. La depresión es una enfermedad tratable, la depresión se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con la habilidad de funcionar del niño y adolescente.

El comportamiento de los niños y adolescentes en estado de abandono que están deprimidos es diferente al comportamiento de los adultos deprimidos. Es recomendable estar pendientes y atentos a los síntomas de depresión que puedan presentar los niños y adolescentes:

Sintomatología que presenta una niña o adolescente Deprimida:

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto profuso.
- Desesperanza.
- Perdida de interés en sus actividades favoritas, o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas.
- Aburrimiento persistente y falta de energía
- Aislamiento social, comunicación pobre
- Baja autoestima y culpabilidad
- Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
- Aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad
- Dificultad en sus relaciones
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o estomago.
- Concentración pobre.
- Cambios notables en los patrones de comer o dormir
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa
- Pensamientos o expresiones suicidas o de comportamiento autodestructivo.¹⁹

El niño y Adolescente en estado de abandono que juega a menudo con sus amigos, empieza a pasarse la mayor parte del tiempo solo y pierde interés por todo. Las cosas de las que disfrutaba previamente ya no le dan placer al niño deprimido. Los niños y adolescentes deprimidos dicen a veces que quisieran estar muertos o pueden hablar del suicidio. Los adolescentes deprimidos pueden abusar del alcohol o de otras drogas tratando de sentirse mejor.

Los niños con un mal comportamiento en la institución en donde se encuentran pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se de cuenta de ello. Los cuidadores o encargado en ocasiones no se dan cuenta de que la mala conducta es un síntoma de depresión, porque estos niños no siempre dan la impresión de estar tristes. Sin embargo, si se les pregunta directamente, los niños algunas veces admiten que esta triste o que son infelices.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión es esencial para los niños deprimidos. Esta es una grave enfermedad real que requiere ayuda profesional. Un tratamiento comprensivo a menudo incluye ambas terapias individual y de familia, puede también incluir el uso de medicamentos antidepresivos para ayudarles.

¹⁹ "Información para la familia" No. 10 El Suicidio en Adolescentes Campaign for America's Kids.

3.2 TRASTORNO DE DESAFÍO Y OPOSICIÓN (TDO)

Todos los niños y adolescentes demuestran oposición de vez en cuando, particularmente cuando están cansados, hambrientos, con estrés o alterados. Ellos pueden argumentar, contestar, desobedecer y desafiar a los cuidadores, maestros y otros adultos. El comportamiento de oposición, es a menudo una parte normal del desarrollo de los niños de dos a tres años y cuando llegan a la adolescencia. Sin embargo el comportamiento de falta de cooperación y hostilidad se convierte en un asunto serio cuando es tan frecuente y consistente que sobresale al ser comparado con el de otros niños de la misma edad y desarrollo y cuando afecta la vida social, familiar y académica del niño y adolescente.

En los niños con un trastorno de desafío y oposición, hay un patrón de falta de cooperación, desafío y comportamiento hostil en curso hacia la figuras de autoridad que interfiere seriamente con el funcionamiento diario del niño. Los síntomas del TDO pueden incluir:²⁰

- rabietas frecuentes
- discutir excesivamente con los adultos
- desafío activo y negación a cumplir con lo que los adultos le piden que haga y a las reglas
- intentos deliberados de molestar y fastidiar a la gente
- culpar a otros por sus propios errores y mal comportamiento
- a menudo ponerse quisquilloso o enfadarse fácilmente con otros
- irritación frecuente y resentimiento
- usar palabras hirientes y odiosas cuando está alterado
- buscar vengarse.

Los síntomas se pueden usualmente ver en múltiples situaciones, pero pueden ser más evidentes en el hogar o en la escuela. De un cinco a un quince por ciento de todos los niños de edad escolar tienen TDO. Las causas del TDO se desconocen, pero muchos padres informan que su niño con TDO era más rígido y demandante que sus hermanos desde su temprana edad. Factores biológicos y del ambiente pueden jugar un papel importante en el TDO.

A un niño que presenta los síntomas del TDO debe de hacersele una evaluación comprensiva. Es importante buscar otros desórdenes que puedan estar presentes, tales como: el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), problemas con el aprendizaje, desórdenes del humor (depresión, desorden bipolar) y desórdenes de ansiedad. Puede que sea difícil mejorar los síntomas del TDO sin tratar el trastorno. Los coexisten. Algunos niños pueden llegar a desarrollar lo que se conoce como trastorno de la conducta.

El tratamiento del TDO puede incluir: programas de adiestramiento a los padres para ayudarlos a que sepan manejar el comportamiento del niño, sicoterapia individual para que el niño desarrolle un control más efectivo del coraje, sicoterapia familiar para mejorar la comunicación, terapia cognoscitiva de comportamiento para asistir en la solución de los problemas y disminuir la negatividad, entrenamiento en las destrezas sociales para aumentar la flexibilidad y mejorar la tolerancia de la frustración con sus pares.

Tratar con un niño con TDO puede ser muy difícil para los padres o encargados. Estos padres necesitan respaldo y conocimiento. Los padres pueden ayudar a su niño con TDO de las siguientes maneras:

²⁰ "American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

- Siempre edifique en lo positivo, elogie y refuerce positivamente al niño (a) cuando demuestre flexibilidad y cooperación.
- Use tiempos de descanso (time-outs) auto-impuestos así va a hacer que el conflicto con el niño se empeore en vez de mejorarse. Esto es un buen modelo para el niño. Respalde al niño si él decide que va a usar un tiempo de descanso (time-out) auto-impuesto para evitar sobre reaccionar.
- escoja sus luchas. Ya que el niño con TDO tiene problemas evitando las luchas por el poder, establezca prioridades en las cosas que usted quiere el niño (a). Si usted le da un tiempo de descanso en su cuarto por su mal comportamiento, no le añada tiempo argumentando. Dígale "tu tiempo comienza cuando tú te vayas a tu cuarto".
- Establezca límites razonables y apropiados, con consecuencias que puedan aplicarse consistentemente.
- Mantenga otros intereses que no sea el niño (a) con TDO, de manera que controlar al niño no le tome todo su tiempo y energía. Trate de trabajar con y obtener el respaldo de otros adultos (maestros, entrenadores) para tratar con ellas.
- Maneje su propio estrés con ejercicio y relajación (respire profundamente) cuando sea necesario.

Muchos niños con TDO pueden responder a las técnicas positivas de los cuidadores. Se puede pedir a su pediatra o médico de familia que los refiera a un psiquiatra de niños y adolescentes, quien puede diagnosticar y tratar el TDO y cualquier condición psiquiátrica coexistente.

3.3 TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMÁTICA

Todos los niños y adolescentes tienen experiencias de eventos que producen estrés, los cuales pueden afectarlos tanto emocionalmente como físicamente. Y muy en especial los niños que sufren de abandono. Sus reacciones al estrés son usualmente breves y ellos se recuperan sin problemas adicionales. Un niño o adolescente que pasa por un evento catastrófico puede desarrollar dificultades continuas conocidas como trastorno de tensión postraumático (TTPT). El evento de estrés o traumático envuelve una situación en donde la vida de alguien ha sido amenazada o una herida severa ha ocurrido [ej. ellos pueden ser la víctima o ser testigos del abuso físico, el abuso sexual, la violencia en el hogar o en la comunidad, accidentes de automóvil, situaciones de abandono, desastres naturales (tales como inundaciones, fuego, terremotos) o haber sido diagnosticados con una enfermedad que amenace su vida]. El riesgo de que un niño desarrolle TTPT está relacionado con la seriedad del trauma, si el trauma se repite, la proximidad del niño al trauma, y su relación con la víctima(s).

Seguido al trauma, los niños y adolescentes pueden inicialmente mostrar un comportamiento agitado o confuso. Ellos pueden también mostrar un miedo intenso, desamparo, coraje, tristeza, horror o negación. Los niños como los adolescentes que experimentan traumas repetidamente pueden desarrollar una clase de entumecimiento (Lesión a un nervio) emocional para amortiguar o bloquear el dolor y el trauma. A esto se le llama desasociación. Los niños con TTPT eluden las situaciones y los sitios que les recuerdan el trauma. Ellos pueden también volverse menos sensibles emocionalmente, deprimidos, retraídos y más indiferentes a sus sentimientos.

Un niño con TTPT puede también re-experimentar el evento traumático al:

- tener memorias frecuentes del evento o, en niños pequeños, juegos en los cuales parte o todo el trauma se repite una y otra vez
- tener sueños aterradores y que lo asustan
- actuar o sentir como si la experiencia sucediese de nuevo
- desarrollar síntomas físicos o emocionales que se repiten cuando al niño se le recuerda sobre el evento.

Los niños y adolescentes con TTPT pueden también mostrar los siguientes síntomas:

- preocupación sobre la muerte a una temprana edad
- pérdida de interés en actividades
- tener síntomas físicos tales como dolores de cabeza o dolores de estómago
- mostrar más reacciones emocionales inesperadas y extremas
- tener problemas para dormirse o mantenerse dormidos
- Trastorno de Tensión Postraumática, Información para la
- mostrar irritabilidad o arrebatos de coraje
- tener problemas concentrándose
- actuar como si tuviese menor edad (por ejemplo: comportamiento de apegamiento o gemidos y chuparse el dedo)
- mostrar estar más alerta de su ambiente

Los síntomas del TTPT pueden durar desde varios meses hasta muchos años. La mejor medida a tomar es la prevención del trauma. Una vez que ha ocurrido el trauma, sin embargo, es esencial la intervención oportuna. El apoyo de los cuidadores, la escuela es importante. Hay que poner énfasis en establecer un sentido de seguridad. La sicoterapia (individual, en grupo o en familia) que permite al niño hablar, dibujar, jugar, o escribir sobre el evento es de gran ayuda. Las técnicas de modificación del comportamiento y la terapia cognoscitiva pueden ayudar a reducir los miedos y las preocupaciones. Los medicamentos pueden también ser de ayuda para tratar la agitación, la ansiedad o la depresión.

3.4 EL INFLIGIRSE HERIDAS O SINDROME DE CUTTING

El infligirse heridas es un acto deliberado de destrucción del tejido del cuerpo, a veces para cambiar una manera de sentirse solos. El infligirse heridas es visto de manera diferente por distintos grupos y culturas dentro de la sociedad. Ello aparenta haberse hecho más popular últimamente, especialmente entre los adolescentes. Las causas y la severidad de las heridas propias pueden variar. Algunas formas pueden incluir:

- trincharse
- rascarse
- grabarse
- marcarse
- pellizcarse y halarse la piel y el pelo
- quemarse/usar abrasivos
- cortarse
- morderse
- darse en la cabeza
- amoratarse
- darse
- tatuarse

- agujerearse excesivamente el cuerpo

Algunos adolescentes se mutilan a sí mismos para correr riesgos, rebelarse, rechazar los valores de sus cuidadores, establecer su propia individualidad o meramente para ser aceptados. Otros, sin embargo, pueden herirse a sí mismos por desesperación o coraje para lograr la atención, para demostrar su desesperación y poca valía, o porque tienen pensamientos suicidas. Estos niños pueden sufrir de serios problemas psiquiátricos tales como depresión, psicosis, trastorno posttraumático de tensión (TPTT) y desorden bipolar. Además, algunos adolescentes que suelen herirse a sí mismos pueden desarrollar como adultos el desorden de personalidad fronteriza. Algunos niños pequeños a veces llevan a cabo actos injuriosos de vez en cuando, pero corrientemente al crecer lo dejan. Los niños con retardación mental y/o autismo pueden también mostrar estos comportamientos los cuales pueden persistir hasta que se hacen adultos. Los niños que han sido abusados o abandonados pueden mutilarse a sí mismos.

3.4.1 Niños y Adolescentes que se hieren a sí mismos

Los adolescentes que tienen dificultad hablando sobre sus sentimientos pueden demostrar su tensión emocional, incomodidad física, dolor y baja auto-estima mediante el comportamiento de infligirse heridas. Aunque ellos se sientan como que el vapor en la olla de presión se ha liberado cuando terminan el acto de herirse a sí mismos, los adolescentes pueden aún sentirse lastimados, con coraje, temor y odio. Los efectos de la presión de los pares y el contagio pueden también influenciar a que los adolescentes se hieran a sí mismos. Aunque las modas vienen y van, muchas de las heridas en la piel de los adolescentes serán permanentes. En ocasiones, los adolescentes pueden esconder sus cicatrices, quemaduras y moretones debido a que se sienten avergonzados, rechazados o criticados por sus deformidades.

CAPÍTULO IV

4.1. LOS DERECHOS DEL NIÑO

Los derechos del niño son aquellos derechos que poseen los niños y adolescentes. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia. Varios documentos consagran los derechos de la infancia en el ámbito internacional, entre ellos la Declaración de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos del Niño.

En Guatemala se ha legislado los Derechos del niño de la siguiente manera:

1. Los niños tienen derecho a la vida.
2. Los niños tienen derecho al juego.
3. Los niños tienen derecho a la libertad y a compartir sus puntos de vista con otros.
4. Los niños tienen derecho a dar a conocer sus opiniones y manifestar sus ideas.
5. Los niños tienen derecho a una familia.
6. Los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.
7. Los niños tienen derecho a la libertad de conciencia.
8. Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.
9. Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.
10. Los niños tienen derecho a la información adecuada.
11. Los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.
12. Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura.
13. Los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.

14. Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación.
15. Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.
16. Los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.
17. Los niños tienen derecho a la alimentación y la nutrición.
18. Los niños tienen derecho a vivir en armonía.
19. Los niños tienen derecho a la diversión.
20. Los niños tienen derecho a la libertad.
21. Los niños tienen derecho a la paz mundial.
22. Los niños tienen derecho a la salud.
23. Los niños tienen derecho a no ser discriminados por sexo, credo, etnia o ideología.

4.2 LA VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES AL SER ABANDONADAS

A continuación se describen los tipos y situaciones más frecuentes de vulneración de los derechos de los niños y adolescentes por las cuales se les vincula a procesos de protección integral.

Riesgo: Involucra factores del contexto familiar que contribuyen a la vulnerabilidad para el cumplimiento de derechos de los niños, tales como nivel de pobreza, dinámica familiar, ubicación en zonas de conflicto armado, prácticas de crianza entre otros. En este sentido el trabajo para la superación de riesgos se orienta esencialmente al contexto familiar y comunitario de los niños, niñas y adolescentes.

Abandono o peligro: En el artículo 31 del Código del Menor ²¹vigente, se establecen las circunstancias en las cuales se considera que un niño se encuentra en situación de abandono.

Peligro:

- Fuere expósito
- Faltaren en forma absoluta o temporal las personas que, conforme a la ley, han de tener el cuidado personal de su crianza y educación; o existiendo, incumplieren las obligaciones o deberes correspondientes, o carecieren de las calidades morales o mentales necesarias para asegurar la correcta formación del menor.
- No fuere reclamado en un plazo razonable del establecimiento hospitalario, de asistencia Social o del hogar sustituto en que hubiere ingresado, por las personas a quienes corresponde legalmente el cuidado personal de su crianza y educación.
- Fuere objeto de abuso sexual o se le hubiese sometido a maltrato físico o mental por parte de sus padres o de las personas de quienes el menor dependa; o cuando unos u otros lo toleren.
- Fuere explotado en cualquier forma, o utilizado en actividades contrarias a la ley, a la moral o a las buenas costumbres, o cuando tales actividades se ejecutasen en su presencia.
- Presentare graves problemas de comportamiento o desadaptación social.

- Cuando su salud física o mental se vea amenazada gravemente por las desavenencias ²²entre la pareja, originadas en la separación de hecho o de derecho, en el divorcio, en la nulidad del matrimonio, o en cualesquiera otro motivo”.
- La atención de los niños declarados en abandono en lo posible y a cualquier edad, debe desarrollarse prioritariamente en el marco de una familia sustituta o amiga. Para quienes han sido declarados en peligro, privilegiar los servicios que conservan y fortalecen el vínculo familiar, tales como seminternado, externado o intervención de apoyo con asesoría a la familia.

4.2.1 Maltrato o Abuso: se entiende como el uso intencionado de la fuerza física, chantaje emocional u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores que pueden ocasionar heridas, mutilación o incluso la muerte del niño, niña o adolescente. El maltrato infantil abarca una amplia gama de acciones que causan daño físico, emocional o mental en niños de cualquier edad.

Tal vez el tipo más común de malos tratos es el abandono, es decir, el daño físico o emocional a causa de deficiencias en la alimentación, el vestido, el alojamiento, la asistencia médica o la educación por parte de los padres o tutores. Una forma común de abandono entre los niños es la subalimentación, que conlleva un desarrollo deficiente e incluso a veces la muerte.

Esta es una de las causales más frecuentes por las que se declara una situación de peligro y se separa al niño, niña o adolescente de su red familiar, cuando se presume la responsabilidad de estos en el daño y vulneración de derechos.

4.3 DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE PELIGRO O ABANDONO

Se considera discapacidad la limitación o disminución de funciones físicas o mentales de un niño, niña o adolescente, que en condiciones de otras carencias, rechazo o discriminación, puede generar la vulneración de derechos, dada su condición de abandono o peligro que amerita protección, más no por la discapacidad cuya rehabilitación debe ser atendida por salud.

4.4 TRASTORNOS MENTALES EN SITUACIÓN DE PELIGRO O ABANDONO

Se refiere a los niños y adolescentes que además de presentar trastornos mentales psiquiátricos, se encuentran en situación de abandono o peligro.

Para la atención a esta población se debe privilegiar los programas de Hospital día con el fin de lograr el máximo nivel de rehabilitación funcional e integración social y familiar. Los servicios de atención deberán cumplir con todos los protocolos de atención establecidos por el Ministerio de la Protección Social, debiéndose para su selección y seguimiento, exigir y obtener apoyo de la Secretaria de Salud de la Regional donde esté ubicado.

4.5 EXPLOTACIÓN SEXUAL

Una definición posible para esta categoría es la que dice que explotación sexual es “todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño/a o adolescente para sacar ventaja o

provecho de carácter sexual y/o económico basándose en una relación de poder, considerándose explotador tanto aquel que intermedia u ofrece la posibilidad de relación a un tercero, como el que mantiene la misma con el menor, no importando si la relación es frecuente, ocasional o permanente²³. Se incluyen dentro de esta categoría: prostitución infantil, pornografía infantil, turismo sexual y trata de niños y adolescentes.

4.6 EXPLOTACIÓN LABORAL

Adultos que asignan al niño/a o adolescente con carácter obligatorio la realización de trabajos (domésticos o no) que: exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos, interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, niña o adolescente y son asignados a ellos con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar.⁵ Si bien la explotación sexual de un niño/a o adolescente se considera un tipo de explotación laboral, por la gravedad que presentan este tipo de situaciones, se decidió consignarla como una categoría aparte a fin de poder evaluar su incidencia en la población con la que el SPPD trabaja y realizar un mejor acompañamiento de este tipo de situaciones. Se incluirán en este apartado entonces, el resto de situaciones que implican actividades de los niños/as en la calle, estaciones de trenes, venta ambulante

etc, que son promovidas por adultos que luego se quedan con las ganancias del trabajo infantil y que los exponen al riesgo de ser abusados/as, maltratados o víctimas de accidentes.

4.7 AUSENCIA DE ADULTO RESPONSABLE

Toda situación en la que niñas o adolescentes se encuentran temporaria o permanentemente sin ningún adulto que pueda o desee responsabilizarse por su cuidado.

²³ www.familias.org.mex

IV ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS Y REPRESENTACION DE LOS RESULTADOS

En el estudio de campo se realizo una aplicación **DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA PARA ADOLESCENTES (MMPI-A)** (ver anexos) a una población muestra de 30 niñas y adolescentes que oscilan entre los 10 y 18 años (gráfica # 1) en donde se estudia el perfil psicológico de las niñas y adolescentes en estado de abandono, con el fin de observar todas aquellas conductas y sintomatología que presentan.

Dentro de los perfiles de las menores se puede observar que son altos los porcentajes de problemas que presentan. La infancia abandonada constituye uno de los problemas sociales más graves y notorios existentes en la actualidad; y a su vez incide en el surgimiento de otra cadena de problemas que también son preocupantes como es el caso de las jóvenes con problemas de conducta y otros. La inmensa población de menores con problemas de conducta y esos a los que regularmente solo puede decirseles "Transgresores" se han convertido en los grandes olvidados del país.

Son niñas y adolescentes que apenas acaban de dejar atrás el dolor de un abandono y no cuentan con el apoyo familiar, ni con el debido apoyo del Estado. Estas niñas y adolescentes están a la deriva un 67% de la población estudiada muestran problemas de conducta, dentro del hogar de protección, lo cual es alarmante ya que son menores que representaran al país en alguna oportunidad, pero que desafortunadamente serán personas con daños severos si no se les da un tratamiento oportuno a nivel psicológico, por lo cual es de gran importancia antes de toda evaluación, conocer el perfil que éstas presentan para así poder brindarles la ayuda y soporte a tiempo, antes de que se agrave el problema y finalice con un suicidio o autoagresión en las menores.

Un 70% de las menores presenta altos niveles de ansiedad, lo cual determina que la emoción normalmente útil puede dar un resultado precisamente lo contrario: puede evitar que las menores se enfrente a una situación y trastorna su vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son enfermedades frecuentemente relacionadas con la estructura biológica y las experiencias en la vida de una persona y con frecuencia si no se tratan a tiempo pueden finalizar en una enfermedad mental.

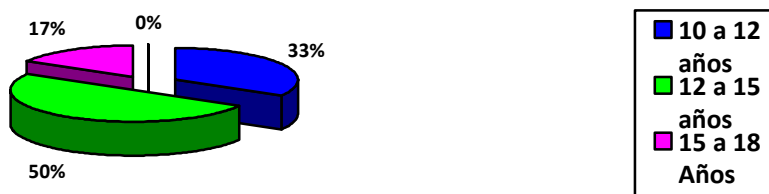
La depresión también se manifiesta en un alto porcentaje (33%) en Ideación suicida. Las niñas con altos índices de depresión se suicidan con una alta frecuencia. La falta de apoyo por parte de familiares cercanos al padre y la madre, hacen que las menores tengan presente la idea de dejar de vivir para dejar de sufrir.

Comparativamente hablando es bastante alto el porcentaje de niñas y adolescentes con problemas a nivel Psicológico, el agotamiento emocional que se presenta es alto, lo cual refiere a que el perfil psicológico de las menores se caracteriza a que el abandono es un daño psicológico muy profundo, que afecta su diario vivir.

TRABAJO DE CAMPO:

El test fue aplicado a una población muestra del Hogar Luis Amigó, Cantel; todas las niñas y adolescentes que contestaron se encuentran cuidado y protección dentro del centro de abrigo y protección a nivel Permanente (Hasta la mayoría de Edad).

Grafica # 1
Edad de las niñas y Adolescentes Evaluadas



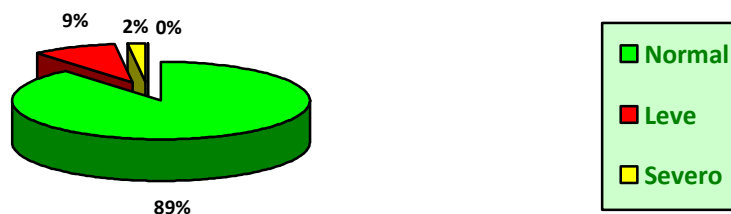
Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 1 Hipocondría (HS):

En esta escala se midieron las características de personalidad asociadas a un patrón neurótico de la hipocondría: preocupación excesiva por el cuerpo y temores referentes a las enfermedades. Con un promedio del 89% de la categoría expresa que las niñas y adolescentes, no presentan una preocupación realista sobre su funcionamiento corporal y/o síntomas específicos.

Lo cual significa que el porcentaje que se representa es bastante normal, solamente un 2% representa un severo nivel de preocupación.

HIPOCONDRIA

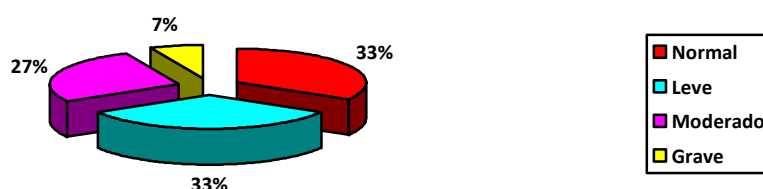


Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 2 Depresión (D)

Se evaluó a las niñas y adolescentes con respecto a depresión sintomática, distinguiendo los diferentes aspectos de ésta, tales como negación de felicidad del valor personal, retardo psicomotor, aislamiento, pérdida de interés y otro tipo de sintomatologías como la falta de sueño, pérdida de apetito, ansiedad, negación de impulsos, dificultad de control de impulsos y fervor religioso. Un puntaje del 33.33% corresponde a posibles sensaciones de situaciones que no marchan bien, y un 33.33 no reconocen sus sintomatologías a causa de presiones del momento, falta de compromiso y de entusiasmo. No obstante las características de personalidad son relativamente estables.

Depresión



Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 3 Histeria (HY)

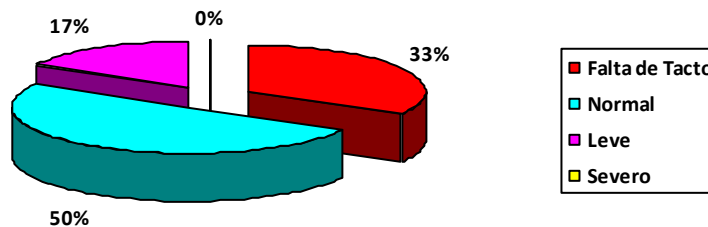
En esta escala se identificó a las niñas y adolescentes que presentan reacciones de tipo histérico, en situaciones de estrés. A través de:

1. - Negación de salud física y aceptación de una variedad de síntomas somáticos específicos
2. -Negación de problemas psicológicos emocionales y/o incomodidad en situaciones sociales.

Un 50% indica normalidad, siendo el rango en donde se ubica la mayoría de las niñas, un 33% indica relaciones interpersonales pobres y falta de tacto para relacionarse entre sí.

Y un 17% son niñas de recién ingreso que aun no han establecido lazos de amistad dentro del hogar.

Histeria



Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 4 Desviación Psicopática (Dp)

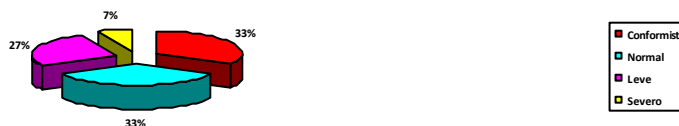
La escala está Diseñada para detectar personalidades psicopáticas de tipo asocial o amoral. Se basa en una desconsideración por los hábitos y costumbres sociales, incapacidad de aprender de la experiencia, superficialidad emocional con relación a los demás particularmente en demostraciones sexuales y afectivas, generalmente no sienten angustias hasta que caen en problemas serios con los demás.

Un puntaje del 33% corresponde a las características de un nivel razonable de conformidad a los valores sociales. Estando en límite con la siguiente categoría (9-10) donde se manifiestan características de independencia, enérgicas, activas y poco conformistas. En situaciones límites pueden actuar en contra de sus principios, volviendo a la normalidad pasado ésta.

Un 27% muestran puntajes inferiores a T45, siendo asociado con características de moralistas, convencionales y conformistas, pasivas y poco asertivas y con pocos intereses.

En tanto con puntajes elevados, se encuentra un 33% quienes se caracterizarían por ser rebeldes, pocos conformistas con la autoridad o resentidas, baja tolerancia a la frustración, juicio social pobre, incapacidad para aprender de la experiencia, conductas antisociales y conflicto con la autoridad.

Puede ser que las niñas y adolescentes traten de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos, y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. Y un 7% es severa la sintomatología presentada por lo que se requiere de atención inmediata.



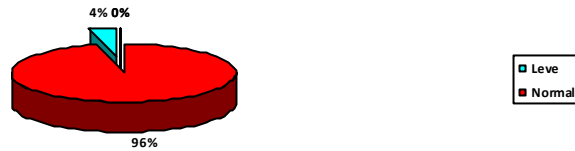
Fuente: Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Masculinidad/Femineidad (MF)

No corresponde a una escala clínica, se relaciona con las características masculinas/femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los respectivos papeles del varón y de la mujer. Debe considerarse como una medida de ajuste ante diversas situaciones sociales, así como de los intentos por ofrecer una apariencia determinada en relación con la vivencia de un papel psicosexual.

En esta escala se obtuvo un puntaje del 96% normal lo cual indica que las niñas y adolescentes manifiestan características de imaginación, sensibilidad normal y un 4% una cierta desviación del patrón cultural de los intereses típicos femeninos.

Masculinidad/Femineidad



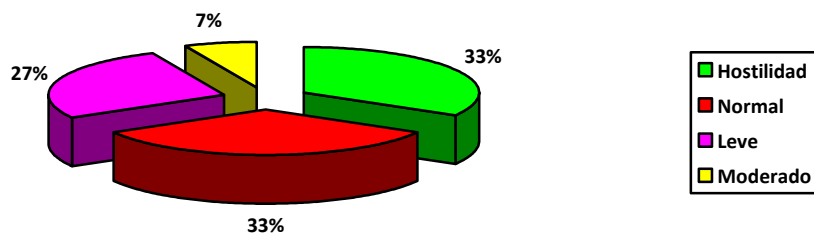
Fuente: Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 6 Paranoia (Pa)

En esta escala se identifica a las personas con sintomatología paranoica tales como idea de referencia, sensación de ser perseguidos, sospechas, hipersensibilidad, actitudes y opiniones rígidas.

Un puntaje del 33% refleja normalidad, asociado a personas sensibles, enérgicas y confiadas, que demuestran que tienen un amplio rango de intereses y valores.

En el área de puntajes muy bajos (bajo T27), se presenta un 27%, quienes manifestarían baja capacidad de logro, poco confiables, susceptibles, bajos sentimientos de culpa. Un 33% de las niñas y adolescentes no reconocen estas características como parte de su personalidad e intenta demostrar un gran Autocontrol en situaciones conflictivas que pudiesen generar respuestas agresivas. Aparece como alguien que reacciona sin molestarse.



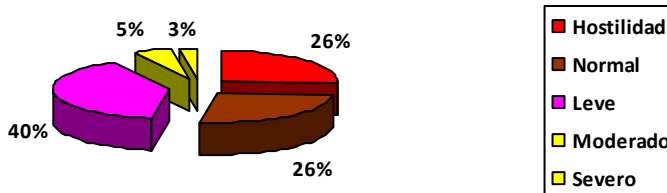
Fuente: Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 7 Psicastenia (Pt)

La escala se refiere a la angustia con que las niñas y adolescentes enfrentan diversas situaciones de la vida. En este sentido, en relación con la dinámica de la personalidad, puede considerarse como un “termómetro de la angustia”.

El puntaje T 26% caracteriza a personas con adecuada capacidad para organizar su vida y trabajo, sin preocupación y dudas exageradas.

Una elevación de los puntajes (mayor a T75), corresponde a un 3%, siendo caracterizados por incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia hacia sí mismo y en ocasiones hacia los demás, reducción en la tolerancia hacia las propias fallas o las de otros, búsqueda de patrones de comportamiento pre-estructurados, delimitación precisa y clara de las situaciones que tiene que enfrentar (todo muy seguro), meticulosidad, perfeccionistas. Estas características pueden asociarse con angustia debido a una actitud crítica ante la vida.



Fuente: Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009..

Escala 8 Esquizofrenia (Es)

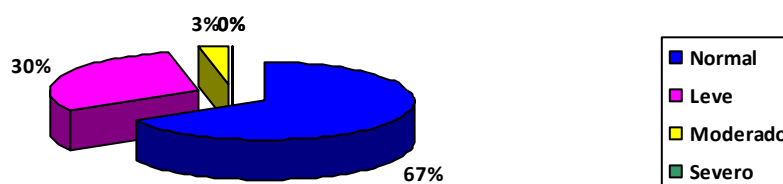
Diseñada para detectar a pacientes esquizofrénicos. Mide confusión mental. Mide aspectos fantasiosos, despersonalización, desintegración de la estructura de la personalidad.

El puntaje obtenido es del 67% siendo las personas en este rango, con las siguientes características:

Perfil benigno o levemente neurótico, representa a personas con intereses abstractos, pueden ser individuos creativos e imaginativos.

Sobre T64, existe un 3.33% quienes son personas poco convencionales, excéntricas, pero generalmente son capaces de mantener un ajuste vocacional y social adecuado. Introversos, escapan de la realidad mediante fantasías de cumplimientos de sus necesidades.

Escala 8 Esquizofrenia (Es)



Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 9 Hipomanía (Ma)

Diseñada para detectar a pacientes con síntomas hipomaniacos caracterizados por animo elevado, lenguaje acelerado, actividad motora alta, irritabilidad, fuga de ideas y leves periodos de depresión.

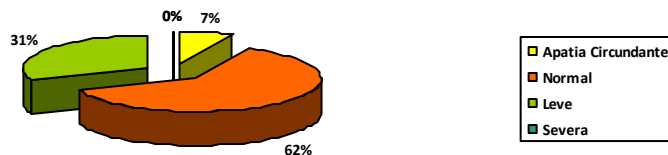
En general puede considerarse una forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo.

Un puntaje de T 62% corresponde a personas que impresionan por su energía y sociabilidad, destacando por su amplio rango de Intereses.

Los puntajes bajos (31%), indican falta de energía y motivación para realizar cualquier actividad.

La elevación de los puntajes (mayor a T70) corresponde a un, sugiriendo probabilidad de hiperactividad y agitación mal adaptativa, escasa tolerancia a la frustración, incapacidad para postergar satisfacciones, irritabilidad. Labilidad emocional.

En el extremo (sobre T85), existe un 7% de niñas y adolescentes, quienes pueden presentar agitación o excitación maníaca, personalidad expansiva que se distraen fácilmente, impredecibles, fuga de ideas, sentimientos exagerados de autovalor y autoimportancia.



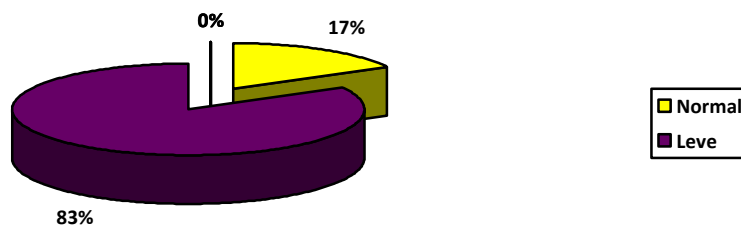
Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

Escala 0 Introversión Social (Si)

Diseñada para evaluar la tendencia de aislarse la vida social. Aunque no hace referencia a ningún aspecto de la personalidad que pueda mostrar alteraciones; la escala identifica las características que Jung agrupa en la categoría de INTROVERSIÓN-EXTROVERSIÓN.

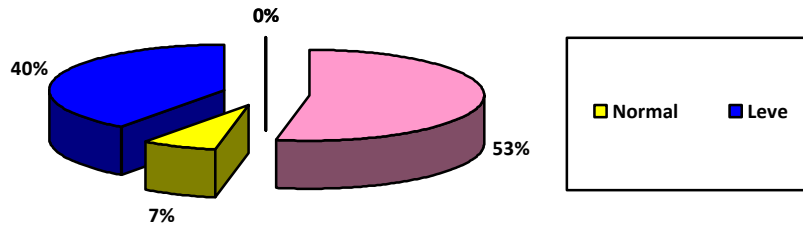
El puntaje T 17% indica la capacidad de las personas de mantener relaciones sociales e interpersonales satisfactorias, mostrando un equilibrio entre la introversión y la extroversión.

En el puntaje Leve se observa que un alto porcentaje 83% de la población sus relaciones interpersonales no son muy fluidas.



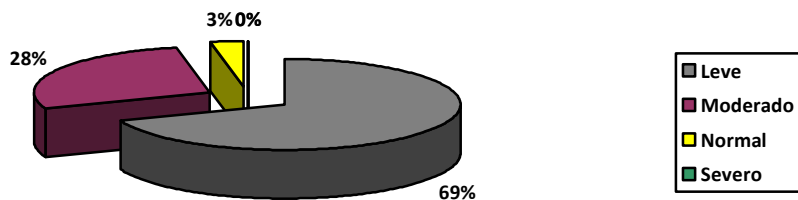
Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

ANSIEDAD (Anx): Presencia de tensión, preocupaciones excesivas y perturbaciones en el dormir. Dentro de la tabulación el porcentaje es bastante alto 53%, en lo cual también hay dificultades de atención y concentración. Existencia de relaciones conflictivas con los padres.



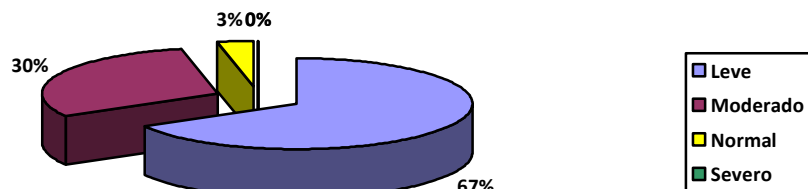
Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

BAJA AUTOESTIMA (Lse): los altos puntajes revelan opiniones negativas sobre sí mismas. Un 69 % de Las menores pueden considerarse muy influenciables por los demás e incapaces de resolver los problemas personales.



Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

PROBLEMAS DE CONDUCTA (Con): un 67% de la población evaluada presenta altos puntajes, lo cual indica la participación en comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Son sujetos opositoristas y poco confiables. Y un 30% sus niveles de ansiedad las hacen reacciones con conductas fuera de lo normal.



Fuente: Trabajo de Campo, EPS 2009.

2.6 COMPROBACION DE HIPOTESIS

El trabajo de campo se realizó con un grupo de niñas y adolescentes en el Hogar de Protección Luis Amigo, las niñas y adolescentes evaluadas están comprendidas dentro de edades que oscilan entre los 10 a los 18. Aplicándoles un test de Personalidad conocido como: INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA PARA ADOLESCENTES (MMPI-A), el cual da a conocer los altos porcentajes que presentan las niñas y adolescentes dentro de las áreas: Donde se observa un alto nivel de ANSIEDAD Y PROBLEMAS CONDUCTUALES ya que su desviación estándar, sobrepasan el área normal e ingresan en el área de prevención.

Además debe recordarse que existen en estas escalas, algunas niñas y adolescentes, que han obtenido puntajes que las ubican en las áreas de gravedad en las psicopatologías y que debiesen recibir algún apoyo de salud mental.

A través del análisis e interpretación de los datos obtenidos se comprueba que existen factores que dan a conocer que el abandono infantil es un maltrato psicológico que afecta directamente la vida y el desarrollo de las menores, lo cual puede convertirse en personas con fuertes problemas emocionales que de no ser tratados a tiempo podrían terminar con algún tipo de trastorno mental o inclusive la muerte.

Se afirma que el conocer el perfil psicológico, de las adolescentes es de gran ayuda para su diagnóstico y tratamiento urgente a nivel psicológico, el cual será de gran ayuda y avance para las menores ya que cambiará su punto de vista de lo que realmente pasa en la sociedad guatemalteca también este conocimiento ayudara a comprender cual es su situación, y así también abrirlas el horizonte en donde se puedan dar cuenta que hay todavía mucho camino por recorrer y que lo que a ellas les sucede, no es razón para dejar de vivir, si no por el contrario, vivir con mas esmero y dedicación para un mejor futuro, para ellas y su familia.

Por lo cual se comprueba la hipótesis planteada

PROPUESTA PARA DISMINUIR LAS POSIBILIDADES DE DESARROLLAR ALGUN TIPO DE TRASTORNO MENTAL DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ESTADO DE ABANDONO CONOCIENDO SU PERFIL PSICOLOGICO

2.8.1 JUSTIFICACION

Actualmente es muy elevado el índice de casos de abandono infantil en Guatemala, y con la investigación anterior se puede establecer una clara asociación entre el abandono y los trastornos a nivel emocional y mental que causa esta situación.

Los niños pueden sufrir grandes daños durante el crítico periodo del desarrollo temprano en virtud del modo en que hacen frente a sus necesidades, impulsos, deseos y dependencia emocional ²⁴Esto es lo que se halló en las niñas y adolescentes en estado de abandono: grandes daños que requieren ser reparados para tratar de darles la estructura que les permita tolerar la realidad y salir adelante. Evidentemente, el rechazo y el abandono son tan poderosas que toda la fortaleza yoica que pueda existir se autodestruye. Los conflictos atentan contra la armonía de la personalidad y dan lugar a la formación de síntomas neuróticos, delincuencia, perversiones, deformaciones de carácter y demás. Tales conflictos necesitan ser resueltos para que puedan adaptarse a la sociedad.

Existen también diversas circunstancias, tales como sucesos traumáticos, pérdidas, seducciones, desarreglos en la estructura familiar y otras que pueden afectar la vida de las niñas y adolescentes. Todos estos factores repercuten en su futuro y en su salud mental, y cuanto más firmes sean los cimientos durante el primer año de vida, menos severa será la enfermedad mental y menos probable la desintegración total de su personalidad.

Es importante mencionar que existe una multitud de factores externos e internos que se combinan para causar sufrimiento mental y que no es posible eliminar de la vida de un niño. Algunos están arraigados a las tradiciones mismas de la sociedad en la que viven²⁵. Se considera de importancia recalcar lo anterior pues no es este un problema unifactorial sino multifactorial. Es un síntoma de nuestra sociedad y probablemente sea muy difícil prevenirlo, pero si se quiere arrancarlo de raíz, es necesaria una efectiva labor de prevención, específicamente con la intervención Psicológica lo más inmediato posible.

²⁴ (Cloninger, 2003).

²⁵ (Cloninger, 2003).

2.8.2 OBJETIVOS

General:

Promover el Tratamiento Psicológico, para las niñas y adolescentes que es fundamental para la exteriorización de toda la problemática emocional que las menores arrastran después de ser abandonada e institucionalizadas dentro de un hogar de protección.

Específicos:

- Dar a conocer el Perfil Psicológico de las niñas y adolescentes, para su pronta recuperación para mejorar su salud mental.
- Investigar y describir las diferentes causas que conllevan al abandono.
- Alternativas de abordaje para los diferentes problemas que las menores presenten.

2.8.3 BENEFICIARIOS:

La presente propuesta está enfocada a las niñas y adolescentes del Hogar de Protección Luis Amigo, ya que es aquí donde nació el interés por el tema y es en esta institución donde se aportara, los diferentes parámetros investigados, para conocer cuál es la situación de las menores al ser albergadas en la institución abrigarte, y así mismo la importancia del tratamiento psicológico para cada una de las menores, por lo mismo los beneficiarios directos serán las niñas y adolescentes que se albergan en dicha institución, beneficiando también a la sociedad Guatemalteca, ya que de esta manera puede minimizarse, las consecuencias del abandono de menores en nuestra sociedad.

2.8.4 ACTIVIDADES

1. Se realizarán técnicas terapéuticas, para tratar adecuadamente cada uno de los casos de la institución abordando individualmente a las niñas y adolescentes.
2. Aportar información a la clínica Psicológica de Hogar Luis Amigo, como una herramienta para el abordaje de los casos ya abiertos a nivel psicológico, para que sean utilizadas adecuadamente, para la persona que se desarrolle dentro del área de psicología dentro del centro, para minimizar todas las secuelas que deja en las menores el abandono e institucionalización, y prevenir trastornos de una índole más grave como lo son los trastornos mentales.

2.8.5 EVALUACION

La evaluación de la presente propuesta solo puede realizarse a largo plazo por el profesional a cargo de la clínica de psicología, se puede evaluar de la siguiente manera:

- a. Se elige a una de las menores que manifieste alguno de los problemas expuestos anteriormente.

- b. Se le realiza la evaluación y se realizan algunas de las alternativas de tratamiento propuestas.(y el tratamiento respectivo anteriormente analizado el caso)
- c. Al finalizar se realiza una reevaluación puede ser proyectiva, y se observara como la niña o adolescente minimiza la sintomatología presentada anteriormente.
- d. Debe aplicarse los tratamientos psicológicos individualizados asi como grupalmente, para el avance de las menores en todas las areas de su vida y eliminar cualquier trastorno mental, en las menores.

2.8.6 TECNICAS TERAPEUTICAS PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ESTADO DE ABANDONO:

Se centran en ayudar a la menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias, que afectan a su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno, y a su seguridad. En el contexto de la psicoterapia individual, el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el cual se puede relacionar de forma sana y segura. De esta manera se pretende que el niño recupere la confianza básica en si mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros iguales y sus iguales afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol. Distingue tres niveles de intervención: a nivel físico, emocional y comportamental. Nos limitaremos al tratamiento d estos últimos dos.

Se proponen como objetivo las intervenciones adecuadas a cada perfil psicológico, los siguientes:

- a) Como objetivo de la terapia psicoanalítica será la “Catarsis Emocional” que consiste en favorecer la comunicación del paciente de las experiencias vividas.
- b) Objetivos de la psicoterapia cognitiva serian: la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades especificas de afrontamiento al estrés y la ansiedad anteriormente vividos.
- c) Objetivos de tratamiento conductual: serian aumento de implantación de conductas deseables y reducción o eliminación de las indeseables.

Tratamiento con las niñas y adolescentes en estado de abandono:

La terapia individual es el recurso de intervención más utilizado con menores y adolescentes. El tratamiento de la victima debe ser diseñado a media teniendo en cuenta la evaluación inicial y los problemas que manifiesta esa persona en concreto. Ahora bien, existen unas normas generales en estos tratamientos a las que haremos referencia, como lo son:

En cualquier tratamiento infantil debemos mostrar empatía, hacer saber a la niña y adolescente que conocemos sus sentimientos. El terapeuta debe inspirar confianza pues en ella se basa parte de su tarea. A veces el terapeuta pone todo su empeño en diseñar y planificar sus actividades para el tratamiento, y aunque esto es necesario, es más importante aún, que el niño sienta que estamos dispuestos a ayudarlo, que puede contar con nosotros.

Las actividades irán encaminadas a los siguientes logros:

- a) Reestructuración cognitiva, ya que las preocupaciones de la niña y adolescente en estado de abandono pueden distorsionar la percepción de la realidad y la creencia en sus propios recursos para afrontarla. Esta técnica iría pues, enfocada a detectar y a modificar los pensamientos distorsionados en relación con la situación de abandono de las menores.
- b) Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento dirigido en primer lugar a reducir los niveles de ansiedad por medio de la técnica de relajación muscular progresiva; en segundo lugar a controlar sus preocupaciones mediante las técnicas de detención del pensamiento y de distracción cognitiva y la programación de actividades incompatibles, y en tercer lugar dar pautas de actuación.

En concreto las técnicas cognitivas más usuales serían:

- a) Técnicas de habilidades específicas de control por una parte del pensamiento en cuanto a las preocupaciones, atribuciones causales negativas y pensamientos distorsionados y por otra parte el control del cuerpo, mediante la relajación de pensamiento y muscular.
- b) Estrategias de entrenamiento en asertividad²⁶, que podría resumirse en que la niña y adolescente tiene derecho a expresar y a pedir lo que desea, a pedir que se respeten sus derechos, a negarse si se le desea hacer daño, todo esto teniendo en cuenta que también tiene que respetar los derechos de los otros. Una persona cuyos territorios espaciales, corporales y emocionales han sido violados. Necesita ayuda para identificar y expresar sus sentimientos de deseo o no deseo, los sentimientos positivos y negativos. Los límites o fronteras con un área de tratamiento importante.
- c) Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas que se define como un proceso cognitivo comportamental que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con soluciones problemáticas y a incrementar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas. Dar respuesta a todos los problemas que se han abordado desde

• ²⁶ GOLDSTEIN ARNOLD. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999.

una secuela de psicoterapia sería prácticamente imposible. Frecuentemente se suele optar por una intervención ecléctica a la hora de elegir un tratamiento. Nuestro modelo de intervención tendrá esta línea. Existen técnicas que sin cumplir unos requisitos estrictos de pertenencia a una secuela de psicoterapia determinada o sin cumplir ciertos criterios, son usuales y de eficacia en los tratamientos con niñas: por ej. El reforzamiento positivo, que suele utilizarse en cualquier intervención terapéutica, o la relajación. Mas que técnicas pueden considerarse como un complemento de todas ellas. Se exponen algunas de las técnicas más exitosas.

CONVERSACIONES Y ACTITUDES CON LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ESTADO DE ABANDONO:

Asumimos que el tratamiento debería incluir una serie de conversaciones y actitudes con las niñas y adolescentes, en las que conviene tener en cuenta lo siguiente.

a) En cuanto al daño sufrido:

- Explicar que ellas no son culpables de lo que ocasiono el abandono, aunque asi lo crean.
- El adulto aprovecha la ventaja que le da su posición de poder o autoridad para envolver a las menores en actos de vandalismo. Estas carecen de capacidad para negarse, o incluso criterios para saber so este tipo de conductas o las que hay que esperar de las personas adultas. Su desarrollo emocional y cognitivo todavía no se lo permite, y en otros son las mismas estrategias utilizadas por los adultos, las que minan su capacidad de decisión. En estos casos “el conocimiento es una falacia.
- Es preciso asegurar a las niñas de que lo que les paso anteriormente, no le sucederá de nuevo, puesto que se han tomado las medidas oportunas. Significa además dotar a las niñas de estrategias para la prevención y para afrontar las decisiones que en ellas se tomen.
- Decirles que saldrán adelante, asegundo también nuestra ayuda, Explicarle que podrán superar y que el abandono no determinara su vida, se debe ayudar a las niñas a aceptar. La vida debe continuar y normalizarse todo lo posible en el caso de las niñas y adolescentes victimas de abandono. El terapeuta debe ocuparse de que las menores no queden estancadas en su identidad de víctima. Las experiencias difíciles no pueden ser totalmente olvidadas y quizá no deberían olvidarse completamente, pero si deben ser asimiladas, integradas, y transformadas pasando de ser algo insoportablemente doloroso a un triste recuerdo que no tiene por qué suponer una memoria constante y un tormento sin fin.
- Motivarle para que hable del suceso y/los sucesos de abandono que las niñas y adolescentes han sufrido. Dándole a conocer que es conveniente para ellas, sin obligarle a que lo haga. No juzgar cuando el niño relate su historia e insistir en que ellas no son las culpables.

d) En cuanto a problemas de conducta :

- Hay que tener en cuenta que, cuando las niñas han sido víctimas de abandono, es posible que se den en ellas conductas de mal comportamiento, o altos niveles de ansiedad, o que ellas mismas se conviertan en abusar, e incluso lo mas grave, que piensen en la idea de suicidarse, por eso, es necesario hablar con las menores de los siguientes temas:
- La Autoestima
- Los Valores y Antivalores
- El Liderazgo
- Las Drogas
- Sexualidad
- Actividades Lúdicas
- Manualidades y Pintura.
- Deporte
- Recreación (Salidas fuera del Centro)

En resumen, lo anterior significa que tendríamos que hablar de forma positiva, de la familia que la abandono, advirtiéndole a las menores que en momentos se cometen errores como padres y como sociedad, pero hay que hay muchas personas que las apoyan, y eliminar el miedo o sospechas inadecuadas cuando se establezcan los lazos emocionales o afectivos “normales” con las personas que las rodean. Es muy importante también tengan contacto a nivel grupal en donde comprendan que no solamente a una le pasa esta situación, sino por el contrario hay muchas personas que están en similar o igual historia. Hablar a las menores de lo que significa la “obediencia responsable.

Recopilación de técnicas terapéuticas de: Remedios Portillo Cárdenas, Equipo de Orientación Educativa Málaga-Centro.

2.8.7 Resultados que se esperan:

Con la propuesta se espera, poder brindar algunas herramientas para el conocimiento de las menores en estado de abandono, para que así se les pueda brindar un tratamiento eficaz y completo, y así se pueda prevenir desenlaces fatales como el suicidio o algún trastorno a nivel mental en las menores, dar un tratamiento terapéutico enfocado a cada menor según sus necesidades.

2.9 CONCLUSION DE LA INVESTIGACION

Es dolorosa y preocupante la presencia de la infancia abandonada.

En el estudio de campo se realizó el test de Personalidad MMPI-A para adolescentes se obtuvo el siguiente panorama.

El Perfil Psicológico de las niñas no solamente representa las anomalías a nivel física, emocional y socialmente, sino como la expresión visible de la infancia abandonada.

Cuando se observa a una o más niñas abandonadas, porque a veces andan en grupo (hermanos o no) se observa que ellas representan a las familias en crisis; términos que no se debe esforzar en definir ni describir, porque todo sabemos lo que significa. Este criterio es importante, porque diagnostica a un niño como abandonado sin tomar en consideración el abandono familiar. No nos permitiría encontrar el camino adecuado para la prevención y tratamiento de su recuperación.

Lo más importante al localizar a un niño en estas condiciones es que nos permitieran abordar su núcleo familiar informándole, responsabilizándole, rehabilitándole, mientras simultáneamente le prestamos ayuda desde el punto de vista moral, psicológico, educativo, sanitario, etc., es decir prestándole un apoyo integral.

Ellas representan nuestro fracaso, representan el fracaso de nuestro gobierno y de la sociedad actual que continua conformándose con inculpar a los menores como los principales protagonistas de los delitos olvidando naturalmente que el principal delito es su Abandono y de ello son responsables su núcleo familiar y por ende la sociedad.

De esta manera, cuando el abandono ocurre debido a la desatención del menor por sus padres o personas encargadas de su tutela, esta última puede adoptar dos variantes esenciales, es decir, tratarse de una desatención física: en el caso de que sea insuficiente la provisión al niño de alimentos adecuados, ropas, resguardo y cuidados físicos de rutina; o de una desatención desde el punto de vista emocional: cuando la insuficiencia se sitúa en el soporte paternal primario y en la transmisión de seguridad emocional sobre la base de afectos. En el primero de los casos quedará anulada la función de la familia de satisfacción de las necesidades físicas de sus miembros, y en el segundo la de satisfacción de las necesidades afectivas. Y es aquí en donde las menores presentan un alto nivel de enfermedades a nivel emocional en donde sufre de un agotamiento, que puede desencadenarse hasta el punto de querer terminar con su sufrimiento quitándose la vida.

2.10 RECOMENDACIONES

- Una alarmante realidad protagonizan hoy las infantes Guatemaltecos y es necesario lanzar una campaña mundial por los derechos del niño y así minimizar los casos de abandono de menores.
- Es necesario someter a las niñas en estado de abandono a un medio, donde prevalezca el amor, la paz y la comprensión, creando un medio de integración de las menores, reforzando el mejoramiento de su conducta a través de un tratamiento integral, pero especialmente el trabajo psicológico.
- Es necesaria una protección legal, pero es urgente que nuestra sociedad adquiera nuevos y mejores hábitos de crianza y convivencia. Aún en la posibilidad de parecer alarmista, es menester una reeducación en cuanto al trato familiar.
- Para lograr el cambio de esta situación se requiere, en un inicio, el replanteamiento de los papeles del padre y la madre frente a los hijos, con el fin de que éstos últimos en el futuro respondan a las expectativas de sus progenitores.
- Al dar a conocer la presente información, es importar conocimiento para tenerse bases que se puedan entender manejar y aplicar en cada caso de abandono.
- Es importante que se dé a conocer la importancia y el trabajo que realizan los hogares abrigantes, ya que los niño (as) que sufren de abandono, es importante que sean protegidas con rapidez, antes que se apoderen de ellas, personas que hagan con ellas barbaridades.
- Se adjunta el test aplicado y todas sus indicaciones para el uso correcto de este, para la realización de un diagnóstico y tratamiento.

La historia “emula el tiempo, deposito de las acciones, testigo del pasado, ejemplo y aviso del presente, advertencia del porvenir.

CERVANTES

2.11 ANALISIS

Como parte esencial del Ejercicio Profesional Supervisado, esta área de investigación que básicamente empieza desde el principio de la práctica con la detección de algún problema que prevalezca dentro de la institución, y consecuentemente se realiza, una investigación completa que incluya el trabajo de campo. Esto con el fin de formar estudiantes bien formados, en todas las áreas y al final de la práctica no se encuentre deficiente en ninguna área.

En el HOGAR DE PROTECCION LUIS AMIGO, la mayoría de las menores sufre de algún tipo de problema a nivel psicológico ya que La niñez y adolescencia son etapas con características propias y singulares que comienza en la infancia y da paso a la edad adulta, durante ella se producen cambios y transformaciones, que no solo afectan a las características puramente físicas de las menores, sino también sus aspectos intelectuales, emocionales, sociales y psicológicos, haciendo de esta etapa uno de los periodos más difíciles y turbulentos de la existencia, acompañados del abandono de la familia y la sociedad. Pero es satisfactorio observar que el trabajo que se realiza es de gran ayuda para las menores, y nuestro aporte como practicantes deja, una satisfacción a nivel personal, ya que se trabaja directamente con cada una de las menores, y al ver su nuevo rostro después de los tratamientos psicológicos aplicados.

Para que la realización de la investigación fuera completa se realizó un test bastante amplio para poder tener la información necesaria de cada una de las menores el cual retardo un tanto la investigación ya que la calificación implica exactitud y precisión en su calificación, sin embargo no impidió el estudio, ya que las menores prestaron toda la disponibilidad para realizarlo.

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron exitosos ya que se logro establecer un nivel de influencia objetivo en el Perfil Psicológico de cada una de las menores, lo cual permite que ya teniendo un resultado objetivo se puedan buscar medidas preventivas para mejorar el nivel de salud mental en las menores, dentro de los centros de atención a las menores en estado de abandono.

Es un trabajo que deja como resultados positivos, la preparación y practica del estudiante de psicología en el área de investigación, y lo forma de manera más profesional y con una mejor calidad en su preparación profesional, llenando así deficiencias que pudieran existir en esta área de la preparación como futuro profesional.

El conocer el perfil psicológico de las niñas y adolescentes en estado de abandono proporciona detalladamente información para un mejor abordaje psicológico, y esto proporciona una sanación eficaz, para que la menor en un corto tiempo pueda reincorporarse socialmente y así mismo se prevenga de psicopatologías, en las áreas cognitiva, física, afectiva y social de las menores y así mejorar su calidad de vida y salud mental”

CAPÍTULO III

PLAN DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN

CONTEXTO INSTITUCIONAL HOGAR LUIS AMIGO URBINA CANTEL, QUETZALTENANGO

A. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCION:

- 1. Nombre de la institución:** Hogar Luis Amigó
- 2. Dirección:** 4-79 zona 4 Urbina Cantel, Quetzaltenango
- 3. Correo electrónico:** hogarluisamigó@yahoo.com
- 4. Teléfonos:** 57935064- 53538422
- 5. Resoluciones Estatutos de Asociación Cultural de las Religiosas Terciarias Capuchinas de la Sagrada Familia nombramiento legal de la representante del Hogar Luis Amigó.**
- 6. Nombre de la directora:** Hna. Grettel Iliana Fallas Bermúdez
- 7. Horario de atención al público:** de 8 a.m. a 5: 00 p.m.

Justificación:

Una de las principales razones de ejercer docencia en el Hogar de Protección de Menores Luis Amigo, fue darme cuenta de que la bondad, es uno de los mayores dones que como personas proveemos, no faltan organizaciones públicas y privadas preparadas para proteger y contener a un creciente número de niñas maltratadas ya abandonadas.

Si bien los datos oficiales muestran a una gran cantidad de niñas, expuesta a graves riesgos, el trabajo de las entidades privadas que dan a las niñas y adolescente más desprotegidos la contención y el cariño no recibidos en sus hogares conduce a la consolidación de finales felices para quienes durante mucho tiempo sobrevivieron con dolor.

Una de las razones por la que las menores van a un hogar de protección es por algún tipo de maltrato, generalmente físico, pero también emocional o por adicción de uno de sus padres; en algunos casos llama la atención que el abandono del hogar fuera por voluntad propia. Lo anterior habla de una baja autoestima ya preexistente en estas niñas.

Los problemas aparejados al consumo de sustancias es otra de las razones del abandono del hogar. Por lo cual es de suma importancia la ayuda Psicológica para que las menores puedan sobrevivir con la experiencia y puedan superar y prepararse para una mejor salud mental.

Objetivos:

Objetivo General:

Desarrollar estrategias de tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada una de las menores, realizando un tratamiento psicológico de acorde a toda la sintomatología que las menores hayan presentado.

Objetivos Específicos:

- Evaluación de las menores con pruebas de personalidad, test de habilidades y Autoestima.
- Proporcionar beneficios con los datos adquiridos durante la practica a la Institución en Donde se Realice el Ejercicio Profesional Supervisado.
- Lograr realizar un Diagnostico y Tratamiento Psicológico para cada una de las menores.
- Proporcionar talleres y Charlas a las menores para superación y crecimiento personal.

Operativizacion:

Se realizara por medio de una observación y análisis dentro de la población del centro, así como la colaboración de las niñas y adolescentes, y las encargadas del centro de cuidado.

Actividades:

Talleres y Charlas Sobre:

- ✓ La Autoestima
- ✓ Los Valores y Antivalores
- ✓ El Liderazgo
- ✓ Las Drogas
- ✓ Sexualidad
- ✓ Actividades Lúdicas
- ✓ Manualidades y Pintura.

Recursos:

b. Humanos:

- ✓ Epesista
- ✓ Supervisora de E.P.S

b. Materiales:

- ✓ Clínica Psicológica
- ✓ Plan de Actividades
- ✓ Material Didáctico
- ✓ Material Psicológico
- ✓ Materiales de oficina

e. Financiamiento:

f. Estudiante Epesista.

Resultados que se Esperan: Se espera estimular los valores en las adolescentes, así como su realización como personas, para su bienestar emocional y el mejoramiento de su conducta dentro del hogar de Protección Luis Amigo.

Fecha de Realización:

Se iniciara el 3 de Agosto 2,009 y finalizara el 31 de Enero de 2010.

Cronograma de Actividades

Cronograma de Actividades							
Diagnostico de Necesidades	03-8-2009 Al 31-01-2010						
Presentación de Temas	06-08-2009						
Fechas de Atención en Docencia.	15-08-2009 29-08-2009	12-09-2009 26-09-2009	17-09-2009 31-09-2009	14-10-2009 28-10-2009	12-12-2009 26-12-2009	16-01-2010 30-01-2010	
Fecha de Finalización			✓	✓	✓	30-01-2010	

Evelyn Loarca
Responsable

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS CASOS ATENDIDOS

Dentro del centro fueron atendidas 30 menores comprendidas entre las edades de 9 a 19 años, se les brindaron charlas y temas de interés, en donde se abordaron temas de crecimiento personal, así mismo temas de salud mental, en donde la contribución de las menores fue bastante atenta y de mucho interés.

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ÁREA DE EXTENSIÓN

La valoración psicológica de un caso de abandono es abordado, fundamentalmente, a través de la entrevista psicológica al menor y la observación. Básicamente, son dos los tipos de entrevistas que se programan con la víctima: por un lado, aquellas que están encaminadas a investigar lo que ha ocurrido, y por otro las que están orientadas a la intervención sobre el niño como víctima del abandono.

Dentro del trabajo realizado en el área de extensión es muy fundamental la intervención inmediata en donde se extraen los primeros contactos con la víctima es si la intervención terapéutica es necesaria o conveniente, pues no todos los menores víctimas de abandono presentan síntomas psicopatológicos que obligan a un tratamiento. Normalmente, determinadas características individuales del menor y de su contexto socio familiar pueden ser suficientes como para proteger al menor del impacto negativo del abandono.

Dentro de los factores más importantes dentro de esta área fue la intervención a las menores con la mayor prontitud del caso, ya que las menores al recibir la ayuda psicológica su entorno se torno más agradable, lamentablemente solamente es un tiempo estipulado y no se tiene a bien poder continuar por un largo tiempo con cada uno de los casos

Entre las técnicas que se utilizaron están:

- el desahogo emocional de las menores, con el objeto de romper el secreto y el correspondiente sentimiento de aislamiento, que en ocasiones puede llevar a que el niño cree sus propios y errados mecanismos de defensa;
- la reevaluación cognitiva, con el objeto de evitar la disociación o la negación de la experiencia, de forma que el niño reconozca que sus sentimientos son legítimos y normales tras una experiencia como la que ha vivido;
- técnicas que permitan cambiar las alteraciones cognitivas, afectivas, sexuales y conductuales (habilidades sociales y asertividad; entrenamiento en relajación y control de la ira; autoexploración...).
- terapias basadas en el «juego dramático» (para crear con la imaginación situaciones y personajes que permitan al menor regresar al hecho perturbador pero desde una posición analítica, externa y controladora); los cuentos infantiles (para explicar y analizar los hechos metafóricamente); el dibujo (con una función diagnóstica y terapéutica, a la vez).

3.3 Análisis del E.P.S como Práctica Final de la Carrera de Psicología

El Ejercicio Profesional Supervisado es un proceso muy complejo que permite terminar de formar a los futuros profesionales de la carrera de Psicología enfrentándolos a problemas reales y realizar proceso de tratamiento de casos reales, llenando de nuevas experiencias al estudiante; de esta manera se crean nuevos conocimientos y lo más importante conocimientos prácticos y experiencias que son indispensables para una formación completa y enriquecedora.

Esta práctica permite al estudiante tomar el rol de un profesional en su totalidad ya que es la responsabilidad y cargos que se le asignan son de un profesional en el área de psicología en su pleno ejercicio por lo que da opción a que el estudiante termine de formarse a base de experiencias, dudas, casos particulares, y practica. También crea la necesidad del estudiante de conocer nuevas técnicas y terapias, así como la utilización de la gran mayoría de las que se han aprendido teóricamente, teniendo, así una variedad más amplia de terapias y técnicas para la solución de casos.

Al enfocarse en el área de evaluación tanto psicométrica como proyectiva, en esta Ejercicio permite desarrollar un tacto clínico un tanto más sensible a base de experiencia, y facilidad para la interpretación así como para el diagnóstico.

Durante el proceso del E.P.S en el Juzgado de Menores de Quetzaltenango y el Hogar Luis Amigo existió mucha información en el aspecto de asesoramiento ya que las personas encargadas fueron muy abiertas para proporcionar información detallada de los procesos que se daban en cada lugar. Me queda una gran satisfacción como profesional por haber llevado un proceso en el cual me enriquecí grandemente que me lleva a ser una mejor profesional.

El E.P.S realizado fue muy formativo y enriquecedor debido a los casos que ahí se presentaron, ya que se trabaja con una población de niñez adolescencia y así mismo personas adultas, lo cual permite tener conocimiento de todas las ramas que trabaja la psicología a nivel general.

Es necesario también reconocer que se trabajo lo mas arduamente que se pudo, una de mis grandes experiencias fue haber cubierto el departamento de Psicología del Juzgado de Menores durante un mes, ejerciendo como la Psicóloga del Área, y asistiendo en la implementación de varias actividades del mismo como la instalación y creación de la Cámara Gesel, la realización del altar cívico, en donde se obtuvo el primer lugar así como, actividades que me ayudaron a realizar mi trabajo con todo el esfuerzo del caso, y así obtener la satisfacción como profesional. Siempre existieron vacíos también, ya que antes de finalizar el proyecto el E.P.S se retiró nuestra supervisora y asesora del proceso quedando al aire nuestro trabajo y desempeño dentro de los centros de práctica, quedando a la responsabilidad única al estudiante en la presentación de resultados y cierre del mismo.

En general, el E.P.S es integro y necesario para la preparación de un estudiante de psicología, ya que se complementa con los cuatro ejes que responden a las necesidades futuras del estudiante ya que como profesionales. Estos cuatro ejes le permiten desenvolverse de maneras diferentes y en ámbitos diferentes con un enfoque psicológico lo cual amplía su experiencia.

3.4 CONCLUSIONES

- El Ejercicio Profesional Supervisado, es un proceso sumamente enriquecedor en experiencias y conocimiento para el estudiante de psicología, y adecuado totalmente a las necesidades finales del estudiante en su formación previo a culminar la carrera de psicología.
- La oportunidad de tratar con casos infantiles, adultos y de adolescentes, crea realmente un amplio conocimiento en el estudiante y lo hace mas experto en instrumentos de evaluación, diagnostico y tratamiento, sensibilizando el ojo clínico la cual facilitara el desenvolvimiento en casos similares.
- Realizar el E.P.S en dos lugares tan amplios en el campo de la Psicología como lo es El Juzgado de Menores de Quetzaltenango y El Hogar de Protección Luis Amigo es una práctica muy formativa, que llena como persona y como profesional. Si fue un trabajo arduo durante 8 meses en los cuales se trabajo para cumplir en ambos centros pero la satisfacción al recibir la calificación recompensa el trabajo.
- Los ejes que integran el E.P.S son cuatro que cada uno por su parte contribuye con el crecimiento profesional del estudiante, y que al finalizar el proceso el estudiante queda enriquecido con experiencias, las cuales no podrían reemplazadas por ningún otro proceso de culminación de la carrera de Psicología.
- La investigación que se realiza durante el proceso de E.P.S es realmente una estrategia de aprendizaje integradora para el estudiante de psicología ya que lo termina de formar en relación al área de investigación, enfocándose en un problema real y realizando todos los procesos dentro de la sociedad actual. Creando de esta manera la iniciativa de investigación en su propio entorno.
- El proceso de E.P.S es poner en práctica todo lo aprendido, nos lleva a ser responsables y dedicados a nuestro trabajo dentro del área de Psicología, para realizarse lo mejor posible, sin embargo es necesario resaltar que el acompañamiento del mismo es muy necesario, lamentablemente a la mitad del proceso, no existía ninguna persona responsable de nuestro asesoramiento y conocimiento de el trabajo realizado, quedando el trabajo incompleto tanto de supervisión como de asesoramiento en la investigación y eso es lamentable que nadie responda como encargado, al finalizar el proceso.

1.2.9.1. Recursos:

f. Humanos:

- Epesista.
- Supervisor (a) de E.P.S.
- Personal de la Clínica Psicológica del Juzgado de la niñez.
- Hogar Temporal “Luis Amigó”.
- Padres de Familia.

b. Materiales:

- Clínica Psicológica.
- Escuela para padres (Sala de Audiencias).
- Plan de Actividades.
- Material Didáctico.
- Material Psicológico.
- Materiales de oficina.
- Test Proyectivos.

c. Institucionales:

- Clínica Psicológica Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia de Quetzaltenango.
- Hogar “Luis Amigó”.
- Sala de Audiencias.

d. Financiamiento

- Estudiante Epesista.

Responsable
Evelyn Rocio Loarca Portillo
E.P.S. Psicología.

Anexos

DISEÑO DE INVESTIGACION

DEFINICION DEL TEMA

“El Perfil Psicológico de las niñas y Adolescentes en estado de abandono en el Hogar “Luis Amigó” del Municipio de Cantel Departamento de Quetzaltenango.

JUSTIFICACION

Las niñas y adolescentes albergadas como medida de protección en instituciones públicas y privadas por encontrarse en presunto abandono material y moral, reflejan la grave crisis que atraviesa la familia en el país, producto de un conjunto de factores económicos, políticos, sociales y culturales que han afectado su normal desarrollo y amenazan su existencia como tal.

El presente estudio surge de la necesidad de sistematizar, conocer y aportar información que ayude a la comprensión de la situación a nivel psicológico de las menores en su estado de abandono, y permita elaborar estrategias de acción en el ámbito local a nivel psicológico, Para ello se ha trabajado sobre la base de la información existente en los Expedientes y pruebas de 30 niñas y adolescentes albergadas en el Hogar “Luis Amigó” por disposición Judicial como medida de protección, durante todo el año 2,009.

Es fundamental en esta investigación crear una perspectiva más amplia del Perfil Psicológico de la niña y adolescente al ser abandonadas y las secuelas que estas presentan. Asi mismo, la importancia del servicio psicológico, para que las niñas y adolescentes por medio de una atención individualizada a nivel psicológico se les establezca un diagnostico y tratamiento en el cual se conozca su problemática, descubrir sus talentos y estimular sus capacidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inquietud de realizar la investigación nace al conocer la problemática que presentan las menores; niñas y adolescentes al ser víctimas de Abandono, y al ser institucionalizadas a decisión de un Juzgado de Menores. Es preocupante ver el rango de problemas planteados por las menores, y ver la gran necesidad de apoyo psicológico que requieren los centros de protección de las menores, para mejorar su calidad de vida, ya que es difícil manejar la idea de vivir alejadas de su familia, lo cual solamente de pensarlo crea incertidumbre.

En su permanencia dentro de los centros de protección, las menores presentan una gran serie de circunstancias preocupantes que afectan su diario vivir, así como su entorno social, los cuales desencadenan la mayoría de veces las siguientes secuelas: pesadillas o recuerdos de alguna situación en donde fueron agredidas física, verbal o emocionalmente, dificultad en la conciliación del sueño, problemas de relaciones interpersonales, agresividad, sensación de fatiga, cansancio emocional, apatía, tristeza, falta de adaptación, incluso casos en que desean quitarse la vida o autoagresión: Y ésto se vuelve preocupante, además las experiencias que las menores han vivido, pueden estar provocando algunas alteraciones mentales .

Según los datos manejados por el Organismo Judicial de Quetzaltenango diariamente se localizan de 3 a 8 menores abandonadas.

Por razones presumibles aunque no probadas, este año afloró con crudeza el abandono en las peores condiciones. Han sido muy duras las observaciones que se hacen diariamente al respecto de las menores en estado de abandono. Al lado de los menores bien nacidos, los que tienen familia, los que tienen hogar, debe observarse de que hay centenas y centenas de pequeñas y adolescentes, que son menores, en estado de abandono. Algunos son llamados por técnicos del Servicio Social, "menores en situación de riesgo social". Pero pocas personas conocen realmente cual es el cuadro o perfil a nivel psicológico que estas presentan, lo cual es necesario para comprender que las menores abandonadas no son todas aquellas que dejaron de recibir de alguna manera, el soporte, la atención, el respaldo de la familia, de los gobiernos, de la sociedad en general, si no son el futuro de la sociedad y si no se atienden desde sus perfiles emocionales y necesidades psicológicas a tiempo ¿cuál será el resultado de nuestra sociedad?. En relación a lo expuesto surge la interrogante ¿Cual es el perfil psicológico de las niñas y adolescentes en estado de abandono?.

DELIMITACION

Espacial: EL lugar en el que se llevará a cabo la investigación de campo será en el Hogar Luis Amigó, con las niñas y adolescentes que se encuentran albergadas dentro del mismo en calidad de abrigo y protección, con una muestra de 30 niñas.

Temporal: Será de carácter sincrónico.

Teórica: El presente estudio se enmarcará en conocimientos y conceptos de carácter Psicológico, enfocado a los perfiles que se sustentan en el estudio de casos, en un enfoque Teórico Pedagógico.

OBJETIVOS

❖ General:

Conocer el perfil a nivel psicológico, y la sintomatología que presentan las niñas y adolescentes en estado de abandono.

Específicos:

- Analizar el comportamiento de las menores en situaciones de abandono.
- Identificar la sintomatología que se presenta con mayor frecuencia en las niñas y adolescentes en estado de abandono.
- Construir una propuesta que contribuya en la atención Psicológica a este sector de la población estudiado.

TIPO DE INVESTIGACION

La investigación a realizarse por la profundidad de análisis será de tipo: **Explicativa-Predictiva.**

Por el origen de datos: Sera mixta.

Y por el tiempo: Se clasificara como retrospectiva y prospectiva.

HIPOTESIS

En el perfil psicológico de las menores víctimas de abandono en el “Hogar Luis Amigó” prevalece el problema de la Ansiedad.

OPERACIONALIZAR

Variables	Indicadores	Método	Técnica	Población
a. Perfil Psicológico de niñas y adolescentes en estado de abandono.	<p>Escalas M.M.P.I (A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipocondría 2. Depresión 3. Histeria 4. Desviación Psicopática 5. Masculinidad/femineidad 6. Paranoia 7. Psicastenia 8. Esquizofrenia 9. Hipomanía 10. Introversión Social 11. Ansiedad 12. Baja Autoestima 13. Problemas de Conducta 	Investigación Documental.	Test Psicométrico (MMPI –A) Documental.	30 niñas y adolescentes hogar Luis Amigó.
b. Prevalece el problema de ansiedad.	<p>Ansiedad: ansiedad se suele experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos periodos de tiempo y afectar significativamente la vida emocional.</p> <p>Escalas de Ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastorno de ansiedad generalizada. ✓ Trastorno de ansiedad por separación. ✓ Fobias. ✓ Trastorno de pánico. ✓ Trastorno obsesivo-compulsivo. ✓ Trastorno de estrés post-traumático. 	Investigación Documental. Bibliográfica.	Test Psicométrico (MMPI –A) Documental.	30 niñas y adolescentes hogar Luis Amigó.

METODOLOGIA

El estudio se realizará determinando las características de personalidad de las niñas y adolescentes del hogar a través de un test de personalidad MMPI-A “Hogar Luis Amigó” Observación previa a menores y revisión bibliográfica.

DESCRIPCION DEL UNIVERSO

El universo de la investigación, corresponde a las menores que se encuentran dentro del Hogar Luis Amigó situado en los Llanos de Urbina Cantel, Quetzaltenango; 30 menores.

PROCESO DE OBTENCION DE VARIABLES

Características más importantes que destacan las menores al ser albergadas dentro del Hogar y un test de Personalidad para adolescentes (MMPI-A) el que se aplicara a las menores que se encuentran institucionalizadas en el hogar.

Las variables se dividen en tres areas: cognitiva, conductual y emocional.

TECNICAS DE INVESTIGACION

- Investigación bibliográfica.
- Revisión de fichas clínicas.
- Aplicación de test psicométrico MMPI-A
- Análisis.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Los instrumentos que se utilizaran serán:

Test Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A): El cual servirá para determinar el perfil de cada una de las niñas y adolescentes.

BOSQUEJO PRELIMINAR DE TEMAS

CAPITULO I

Definición de un Hogar de Protección.

- Determinantes que llevan a un niño (a) a ser albergado en un hogar de protección.
- Motivos que existen por los cuales los niños son dejados en estado de abandono.
- El problema y las causas de un abandono infantil
- Indicadores de Abuso infantil anteriores a ser albergados en un hogar de protección.
- La Familia Funcional y Disfuncional
- Violencia Familiar y Maltrato Infantil
- Tipos de Maltrato
- Causas y Efectos del maltrato en la niña y adolescente en estado de abandono.

CAPITULO II

La Identidad del Niño (a) y Adolescente en Estado de Abandono.

- La identidad del niño (a) y adolescente en estado de abandono.
- Desordenes a nivel psicológico que presentan las niñas y adolescentes en estado de abandono y alternativas de tratamiento.

CAPITULO III

Derechos de los Niños.

- Los derechos de los niños (as)
- La vulneración de los Derechos
- Discapacidad en situación de Peligro o Abandono
- Explotación Sexual
- Explotación Laboral
- Ausencia del Adulto Responsable

CAPITULO IV

Trabajo de Campo

- Marco Operativo
- Análisis e Interpretación de trabajo de campo
- Comprobación de Hipótesis
- Propuesta para resolver el problema investigado.

CRONOGRAMA

Diagnostico de Necesidades	03-8-2009 Al 31-01-2010					
Presentación de Temas		18-09-2009				
Aprobación de Temas			09-10-2009	15-11-2009		
Aprobación de Diseño de Investigación			23-10-2009			
Entrega de Avances de Investigación.						
Entrega de Informe de Investigación						

RECURSOS:

a. Humanos:

- ✓ Epesista
- ✓ Supervisor (a) de E.P.S
- ✓ Padres de Familia

b. Materiales:

- ✓ Plan de Actividades
- ✓ Material Didáctico
- ✓ Material Psicológico
- ✓ Materiales de oficina

c. Institucionales

- Escuela para padres (Sala de Audiencias)

d. Financiamiento:

- Estudiante Epesista.

3.6. BIBLIOGRAFIA

- ✓ American academy child & adolescent psychiatry, 3615 Wisconsin Avenue, nw.
- ✓ Araya (1997) manual de maltrato infanto-juvenil, servicio de salud metropolitano, chile universidad católica.1999.
- ✓ Goldstein Arnold. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999.
- ✓ Herrera patricia "la familia funcional y disfuncional, un indicador de salud" revista vivir marzo-abril 2009 revista no. 29.
- ✓ Información para la familia" no. 10 el suicidio en adolescentes campaign for american´s kids.
- ✓ Manual de convivencia juez Otoniel Baquix juzgado de la niñez y adolescencia y adolescentes en conflicto con la ley penal de Quetgo. 2009.
- ✓ Marcelo Colussi. Coordinador programa de "Rescate" Casa alianza – Guatemala 2006.
- ✓ Organización no gubernamental española de orientación cristiana SOS infancia España 2008.
- ✓ Remedios Portillo Cárdenas, Equipo de Orientacion Educativa Málaga-Centro. 1999.
- ✓ Santamaría, Sandra. "violencia familiar y maltrato infantil" Madrid kapelusz 2001.
- ✓ Santronck john w. Psicología de la educación, segunda edición editora Gernika, s.a 2006.
- ✓ Teorías de la Personalidad Sussan Cloninger 2003 McGrawHill México.

Páginas de Internet

<http://monografias.com.trabajos26/tipos-familia.shtml>

[Www.familias.org.mex.](http://Www.familias.org.mex)

[Psicología.costsur.com/es/tipos-de-familia.html.](http://Psicología.costsur.com/es/tipos-de-familia.html)