



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DESARROLLO EMOCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE UNA CASA  
HOGAR DEL DIF**

**INFORME DE PRÁCTICAS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**CARMEN LILIANA ROBLEDO HERNÁNDEZ**

DIRECTORA DE INFORME DE PRÁCTICAS:

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO

REVISORES:

MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO

DRA. SUSANA ORTEGA PIERRES

**C.D. UNIVERSITARIA, 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo que es producto de muchos años de estudio, desveladas, muchas horas de esfuerzo y arduo trabajo...

*A mi mamá*, “La Mamá”, que hizo todo lo que estuvo en sus manos y más para que nunca me faltará lo necesario, dándome amor y echándome porras como solo ella sabe hacerlo. Ella ha sido mi sostén, mi guía en este camino, la mejor mamá del mundo, sin dudarlo. Gracias a ella, por todo lo que me ha dado, no me alcanzará la vida para agradecerle. Este es solo un fruto de todo el esfuerzo que hemos hecho juntas.

*A mi familia*, que han estado ahí apoyándome de la forma en que solo ellos saben hacerlo. Gracias por sus consejos, sus ánimos, porque desde que nací siempre me han mostrado su amor y nos han apoyado a mi mamá y a mí a pesar de todo. Gracias por no dejar sola a mi mamá en esta labor tan difícil de criar a una hija.

*A Leonardo* que ha sido mi mejor amigo y mi compañero de vida. Gracias por tu amor, cariño, comprensión y paciencia, por tomarte el tiempo para leer una y otra vez mi informe y ayudarme a corregirlo. Por entender la psicología y escucharme hablar horas sobre todo lo que me apasiona de ella. Gracias por hacerme reír, por ser parte de mi sonrisa y de mi alegría. Gracias por todo.

*A los niños* del Centro Amanecer que me hicieron llorar, enojar, reír y vivir una de las mejores experiencias de mi vida. Gracias por todo lo que enseñaron. Me hicieron más humana y sensible a las adversidades de la vida.

*A mis amigos*, los de verdad, que han estado ahí día a día aun estando lejos.

*Y a ti, mi abuelo*, que me dio todo. No hay día en que no te recuerde, que no piense en ti. Recuerdo tu risa, tus consejos, tus caras chistosas, tus experiencias. Gracias por tu inmensa sabiduría, gracias por siempre pensar en nosotros, por amarnos tanto. Tu mayor herencia es el amor que nos dejas. Algún día nos volveremos a reunir.

***“Lo esencial es invisible a los ojos” Antoine de Saint-Exupéry***

## Índice

RESUMEN	5
I. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO	6
1.1 Datos generales del Programa de Servicio Social	6
1.2 Justificación del Programa	7
1.3 Contexto de la institución	7
1.4 Contexto del Programa de Servicio Social (Centro Amanecer para Niños)	9
II. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo del Programa la Servicio Social y Bolsa de trabajo de la Facultad de Psicología, UNAM	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social	11
2.3 Objetivos específicos del Informe Profesional de Servicio Social	11
III. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	12
3.1 Organigrama del Centro Amanecer para Niños	12
3.2 Descripción del área de trabajo	12
3.3 Actividades	12
3.3.1 Evaluación psicológica.	13
3.3.2 Intervenciones psicológicas	14
3.3.3 Actividades preventivas	16
3.3.4 Actividades socio-recreativas	18
IV. DESARROLLO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE	19
4.1 Desarrollo de los niños en etapa escolar	20
4.1.1 Desarrollo físico, cognitivo y social	20
4.1.2 Autoconcepto	24
4.1.3 Autoestima	25
4.2 Desarrollo en la Adolescencia Temprana	27
4.3 El Desarrollo Emocional en niños y adolescentes	30
V. CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO DEL NIÑO QUE VIVE EN UNA CASA HOGAR	35
5.1 El niño dentro de una institución	36
5.2 Trastorno reactivo de la vinculación en la niñez	40

5.3 Características del Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	45
5.4 Trastorno negativista desafiante	55
VI. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	60
6.1 Juego y terapia de juego	60
6.2 Estrategias Cognitivo-Conductuales para en niños y adolescentes	64
6.3 Terapia narrativa	66
6.4 Inteligencia Emocional en niños y adolescentes	68
6.5 El Buen Trato	70
VII ANÁLISIS DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	74
7.1 Evaluaciones psicológicas	74
7.2 Intervenciones psicológicas	77
7.3 Actividades preventivas	88
7.4 Actividades sociorecreativas	91
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
IX. REFERENCIAS	98
Anexos	104
	104
Anexo 1: Cartas descriptivas del taller “Habilidades para la vida” (periodo vacacional de Semana Santa)	105
Anexo 2: Cartas descriptivas del taller “Regulación emocional” (periodo vacacional de Navidad).	113
Anexo 3: Evidencias de las actividades realizadas por la población	117

## RESUMEN

En el presente Informe Profesional de Prácticas, se describe el trabajo que realicé como prestadora del servicio en una Casa Hogar que atiende a niños y adolescentes varones de entre 9 y 13 años de edad, quienes fueron tomados bajo custodia por el Estado debido al abandono y/o diversas circunstancias de las que fueron víctimas.

El propósito de este trabajo es dar a conocer las actividades que se realizaron con los niños y adolescentes en el ámbito psicológico, así como explicar la metodología y las técnicas utilizadas durante el desarrollo de las prácticas, exponer los resultados y dar propuestas con la finalidad de promover mejoras en la Institución.

El objetivo de las actividades durante este periodo, fue promover la adaptación y desarrollo emocional de la población, tanto individual como social. Estudiando y analizando los factores psicológicos mediante la realización de un diagnóstico, tratamiento y análisis de resultados. Para lograrlo, las actividades programadas consistieron en realizar un diagnóstico psicológico de la población; posteriormente se emplearon técnicas de intervención psicológica durante sesiones terapéuticas en las que colaboré como co-terapeuta; mientras que de manera preventiva, se diseñaron y aplicaron dos talleres, durante el periodo vacacional de Navidad y de Semana Santa, cuyos ejes temáticos estuvieron enfocados en: el control de las emociones, la toma de decisiones y las formas asertivas de expresar el enojo, guiados bajo la teoría del “Buen Trato”.

**Palabras clave:** *casa hogar, buen trato, desarrollo emocional, vulnerabilidad y abandono.*

# I. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

## 1.1 Datos generales del Programa de Prácticas

Clave del Programa:	2014-63/5-2730
Institución u Organismo Social:	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
Área:	Dirección General de Integración Social
Nombre del Programa:	Asistencia Social a la Población en Situación de Vulnerabilidad
Objetivo:	Fortalecer y satisfacer las necesidades de asistencia social y prestación de servicios asistenciales, proporcionando soluciones eficientes de gran impacto que beneficien a la población más vulnerable y contribuyan al mejor desarrollo de las familias de la Ciudad de México.
Metas:	Brindar una atención integral a los niños de asistencia social en las casas hogar del DIF, mediante servicios médicos, odontológicos, psicológicos, recreativos y culturales, buscando fomentar la corresponsabilidad de instituciones civiles, públicas y privadas para la atención de los niños.
Tipo de Ubicación:	Centro Amanecer para Niños
Entidad:	Ciudad de México
Delegación/Municipio:	Delegación Coyoacán

### Actividades del Psicólogo:

- Apoyo en la impartición de terapias a personas que se encuentren albergados.
- Contención, asesoría y apoyo psicológico a las familias de las personas.
- Entrevistas clínicas de acuerdo a la edad de la población albergada.
- Revisión de informes y calificación de instrumentos psicológicos.
- Participación en programas de intervención, estimulación múltiple, estimulación temprana, motricidad, terapia individual y grupal. (DIF DF, 2015)

## 1.2 Justificación del Programa

Con el apoyo del DIF se busca favorecer el ejercicio pleno de sus derechos, disminuir el riesgo de que vivan en la calle y coadyuvar a su integración y permanencia en el sistema educativo, además de contribuir a fortalecer una cultura de respeto de sus derechos y los de sus familiares. Así mismo el brindarles un hogar seguro en el que se desarrollen personalmente y profesionalmente

## 1.3 Contexto de la institución

Misión:

El DIF está comprometido a fortalecer y satisfacer las necesidades de asistencia social y prestación de servicios asistenciales, proporcionando soluciones eficientes de gran impacto que beneficien a la población más vulnerable y contribuyan al mejor desarrollo de las familias de la Ciudad de México.

Visión:

Ser un Organismo de vanguardia e innovación que represente para la población más vulnerable de la Ciudad de México, la mejor opción en cuanto a la prestación de servicios asistenciales, atención social y desarrollo familiar.

Objetivo General:

Garantizar la protección y el desarrollo integral de las personas que por alguna situación de vulnerabilidad social se encuentran en riesgo, en situación de abandono o de maltrato, promoviendo el acceso a los satisfactores básicos de desarrollo, al ejercicio pleno de sus derechos y a una formación con sentido humano, que potencie sus capacidades individuales y el acceso a una vida digna. (DIF DF, 2015)



## Objetivos específicos:

Atender de manera integral a población vulnerable en Centros Asistenciales como casas cuna y hogar para niños y ancianos, así como apoyar temporalmente a grupos de población abierta en condiciones de vulnerabilidad social.

Fortalecer el desarrollo de capacidades, en las familias de comunidades que por su situación socioeconómica y/o biológica se encuentran en condiciones de riesgo; impulsando su participación en proyectos que fortalezcan sus capacidades de organización, productivas y de autogestión.

Instrumentar, promover y realizar acciones de protección y orientación jurídica a los integrantes de la familia, especialmente a los niños, adolescentes y a la mujer.

Promover y definir los criterios básicos de operación, de las acciones orientadas a la prevención de riesgos sociales en niños y adolescentes, a la defensa de sus derechos y al incremento de los factores de protección social.

Los servicios que ofrece el DIF de la Ciudad de México son:

Programa de estancias infantiles.

Agencias de integración laboral para personas con discapacidad.

Procuradurías de la defensa del menor y la familia.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Vicente García Torres”.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación “Casa Cuna Tlalpan”.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”.

## **Centro Amanecer para Niños.**

Casa Hogar para Varones

### **1.4 Contexto del Programa de Prácticas (Centro Amanecer para Niños)**

Se localiza al Sur de la Ciudad de México en la Delegación de Coyoacán, que tiene como objetivo el promover el desarrollo integral de los niños y adolescentes que habitan ahí, muchos de ellos provienen de familias con bajos recursos económicos y han sufrido diversas situaciones de vulnerabilidad.

La población del Centro consta de cuarenta niños y adolescentes varones de entre nueve y trece años de edad.

Los niños y adolescentes que viven aquí desarrollan distintas actividades tanto escolares como culturales que buscan fortalecerlos como individuos y brindarles habilidades, estrategias y conocimientos que les ayuden en la resolución de problemas en el futuro a corto y largo plazo. La mayoría de ellos asisten a la escuela pública, algunos de ellos van a un Centro de Atención Múltiple (CAM). Los que no asisten a la escuela, se quedan en el Centro a realizar actividades como: labores de limpieza y mantenimiento general del Centro, actividades físicas (entre ellas natación), reforzamiento escolar en el Área de Pedagogía y pláticas sobre distintos temas en el Área de Psicología. Parte de la población padecen trastornos psiquiátricos y son atendidos de manera puntal en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

Las instalaciones cuentan con seis dormitorios, cada uno tiene la capacidad para albergar a diez niños como máximo, tiene una sala para lectura, dos salones para hacer tareas, área médica, comedor, almacenes para ropa y comida, un patio pequeño en la parte de frontal, mientras que en la parte posterior cuenta con canchas de fútbol y basquetbol, alberca y biblioteca que son compartidas con “Casa Hogar para Varones” que se localiza en el mismo edificio que el Centro, y que están separadas por medio de rejas y puertas.

La institución cuenta con un equipo multidisciplinario para la atención integral de la población; las personas más cercanas a ellos son los cuidadores que se encargan

de apoyarlos en sus necesidades diarias, así como en la organización de las mismas, promoviendo el uso de horarios y reglas, con la finalidad de fomentar hábitos, valores y respeto hacia sus iguales. Adicionalmente, cuentan con apoyo de psicólogos, pedagogos, enfermeras, médicos, nutriólogos y abogados. De manera colaborativa intentan, brindar a los niños un lugar seguro en el que desarrollen al máximo sus capacidades.

El Área de Psicología y Pedagogía son coordinadas por la misma dirección, los niños tienen horarios establecidos para realizar las actividades de cada una. En el Área de Psicología hay tres psicólogas de planta, dos en el turno matutino y una en el turno vespertino, ellas trabajan con los cuarenta niños y adolescentes. Trabajan con ellos de manera individual y grupal, realizando diagnósticos clínicos, intervenciones psicológicas, apoyando cuando alguno llega a presentar crisis emocionales, también desarrollan y plantean talleres para los días en los que los niños no tienen clases (últimos viernes de mes y vacaciones).

La Coordinadora del Área de Psicopedagogía divide al total de la población de entre las tres psicólogas para que cada uno pueda tener una atención personalizada. Por lo tanto, las psicólogas tienen el conocimiento y las habilidades para trabajar con cualquiera, aunado a que están al tanto de las características particulares de cada uno.

Trabajé directamente con una psicóloga de planta responsable de catorce niños y adolescentes. Diariamente había un horario establecido para cada uno, que se acoplaba con sus demás obligaciones y actividades personales, entraban a sesión psicológica una vez por semana con una duración de entre una hora y cuarenta minutos que dependía en gran parte a estado de ánimo.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo del Informe Profesional de Prácticas**

- Reportar las actividades que se llevaron a cabo durante las prácticas y que sirvieron de apoyo en el desarrollo emocional de niños y adolescentes en una Casa Hogar del DIF (DIF DF, 2015).

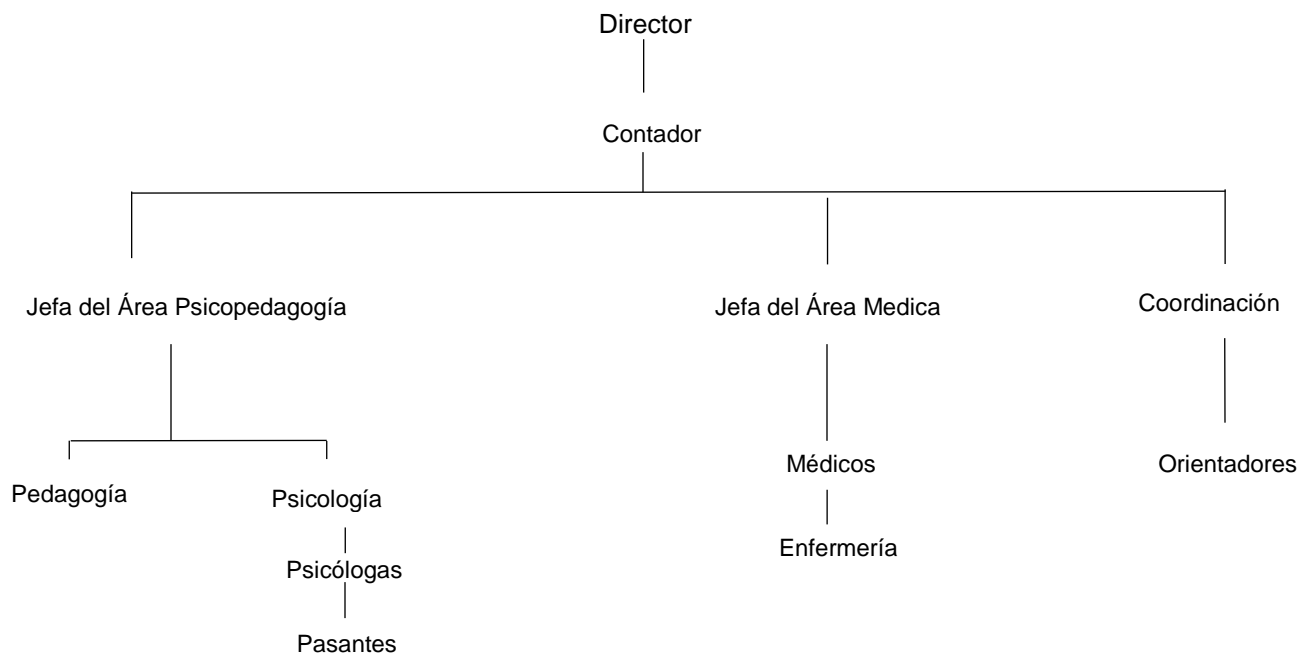
### **2.2 Objetivos específicos del Informe Profesional de Servicio Social**

- Realizar evaluaciones diagnósticas con la población del “Centro Amanecer para niños”
- Participar como co-terapeuta en las sesiones de intervención psicológica de los niños y adolescentes.
- Diseñar, aplicar y evaluar talleres que fomentaron en los niños el desarrollo de la inteligencia emocional.
- Apoyar en el funcionamiento de eventos al personal y la población de la Casa Hogar.

### III. ACTIVIDADES REALIZADAS

Mis actividades se desarrollaron en el turno vespertino de lunes a viernes en un horario de 13:00 a 17:00, en “Centro Amanecer para Niños”, ubicado en la calle Francisco Sosa No. 439 Col. Barrio de Santa Catarina Del. Coyoacán C.P. 04010.

#### 3.1 Organigrama del Centro Amanecer para Niños



#### 3.2 Descripción del área de trabajo

El área de trabajo fue en el cubículo de una de las psicólogas, que tenía el material requerido para cada sesión de psicoterapia (juguetes, pruebas psicológicas, colores, títeres, libros de diversos temas).

#### 3.3 Actividades

Las actividades durante los seis meses de Servicio Social, se describen de manera específica a continuación:

### *3.3.1 Evaluación psicológica.*

Se realizaron evaluaciones psicológicas mediante la aplicación, calificación y diagnóstico de pruebas psicológicas y proyectivas, como la Escala de Inteligencias de Weschler para niños IV (WISC-IV), Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender para niños, Fábulas de Düss, Test del Dibujo de la Familia por Louise Corman y entrevistas iniciales.

Las pruebas se realizaron con la finalidad de hacer diagnósticos iniciales, así como poder estructurar las sesiones psicológicas dependiendo las características y necesidades de cada paciente. Durante las evaluaciones, apoyé a la psicóloga en la aplicación de pruebas; en un inicio como observadora, posteriormente participé como evaluadora realizando los informes e interpretaciones de las mismas.

Otra técnica de apoyo para el diagnóstico fue la entrevista. Estas fueron semi estructuradas, aunque carecían de un formato especializado que tuviera una línea base para la impresión diagnóstica. Las entrevistas implicaban conocer su historia de vida, contexto familiar y cómo se sentían acerca de su situación actual. Previamente a las entrevistas, la psicóloga me guiaba sobre las preguntas que se debían hacer, me daba un breve resumen del contexto de la persona que se iba a entrevistar y me aclaraba dudas que pudieran surgir durante la entrevista.

De igual forma brindé apoyo en las entrevistas, evaluación, interpretación de las pruebas y redacción de informes que la terapeuta realizó a un padre de familia y a un voluntario. La evaluación del padre de familia tuvo el objetivo de valorar las posibilidades para tener convivencias mensuales con su hijo y tener antecedentes para que en un futuro pudiera tener una reintegración familiar. Mientras que la evaluación al voluntario se realizó para permitirle tener convivencias mensuales con un niño. Durante la evaluación se les aplicó el Test del Dibujo de la Familia por Louise Corman y el Test de Frases Incompletas.

### *3.3.2 Intervenciones psicológicas*

Durante las intervenciones psicológicas realizadas en las sesiones terapéuticas trabajé como co-terapeuta, ayudando durante el desarrollo de las mismas y brindando apoyo durante crisis emocionales, contenciones físicas y psicológicas. La metodología y técnicas empleadas fueron utilizadas de manera específica para cada caso clínico.

La Terapia de Juego fue empleada con los más pequeños (9 y 10 años) con la intención de que los pacientes ocuparan los diversos materiales destinados a la sesión para la expresión y autocontrol de sus emociones, el reconocimiento de habilidades y potencialidades, buscando que tuvieran la oportunidad de contrastar y reestructurar los significados que le ha brindado su historia personal.

Actué con los niños siguiendo las indicaciones de la terapeuta durante las sesiones para apoyarlos en la resolución de dudas, jugando con ellos para que fomentaran la expresión de sus sentimientos y reconociéndolos como importantes, establecimiento de límites les permitieron asumir las consecuencias de sus acciones.

El consultorio, tenía diferentes juguetes que promovían este proceso de autoconocimiento, entre los que se encontraban diversos títeres que representaban varios personajes con los que los niños podían identificarse y proyectar sentimientos. También había juegos de mesa, que ayudaban y fomentaban la paciencia, aceptación de reglas, el poder esperar turnos, el respeto hacia los sus compañeros, la tolerancia a la frustración y el trabajo en equipo.

El elemento principal del trabajo con los adolescentes (11 a 13 años) fue la Terapia Narrativa, que trato que los jóvenes fueran reestructurando y dándole forma a su historia de vida, ligando los distintos acontecimientos que han vivido y que los han llevado a ser lo que son actualmente, promoviendo que reflexionaran hacia donde quieren dirigirse en el futuro, replanteando sus alternativas y entendiendo sus capacidades, conociéndose y perdonando.

A ellos se les pidió que elaboraran su autobiografía, algunos la representaron con juguetes como si fuera una obra de teatro, otros eligieron escribirla y hubo

quienes elaboraron un comic. Después en las sesiones se analizó su trabajo y se reflexionó sobre lo que hicieron, se trató de que entendieran que su historia de vida no sólo afecta en el presente, sino que tendrá implicaciones para las acciones futuras y que el significado que le den a estos eventos no son neutrales, tienen efectos que le darán forma a su vida en el futuro incentivando la elaboración de sus planes de vida.

También durante las sesiones se habló con ellos sobre temas de sexualidad como:

- Cambios en la adolescencia: físicos, psicológicos y sociales.
- Abuso sexual.
- Violencia en el noviazgo.
- Influencia de los amigos.
- Asertividad.
- Dependencia a sustancias.

Se emplearon las estrategias Cognitivo-Conductuales con algunos niños que padecían diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Estas tuvieron el objetivo de enseñarles estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas, además de auto-monitoreo y auto-refuerzo. Consistían en una serie de instrucciones auto-dirigidas al momento de realizar sus tareas. Incluían definir y comprender la tarea o el problema, planificar una estrategia general para aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una respuesta o solución y evaluar su desempeño.

Se trabajó con ellos una estrategia llamada “El semáforo de las emociones”, que ayuda a los niños a autorregularse, se les explicó que los tres colores del semáforo (verde, rojo y amarillo) tienen un significado y que a cada acción que se realiza le correspondía un color, los colores representaban el éxito para regularse, como se describe en la tabla 1.



**Tabla 1**  
*Significado de los colores de la técnica "El semáforo de las emociones"*

R rojo: pararse.	Cuando sentimos mucha rabia nos ponemos muy nerviosos, queremos gritar y patear... ¡¡ALTO!! Es el momento de pararnos. Es como si fueras el conductor de un coche que se encuentra con el semáforo con luz roja.
Amarillo: pensar	Ahora es el momento de pararse a pensar. Tenemos que averiguar cuál es el problema y lo que estamos sintiendo. Cuando el semáforo está en naranja los conductores piensan, buscan soluciones y se preparan para salir
Verde: solucionarlo	Vía libre para los vehículos. Ahora, es el momento de circular de nuevo. Es la hora de elegir la mejor solución y ponerla en marcha.

Este semáforo se analizaba con los niños cada sesión, en las que explicaban que les había ocurrido para obtener ese color. También se les daban estrategias de autorregulación como el controlar la respiración, contar del uno al diez hasta que estuvieran calmados, ponerse a hacer algo que los tranquilizará como el dibujar o escuchar música tranquila.

### *3.3.3 Actividades preventivas*

Durante el período vacacional de Navidad y Semana Santa diseñé, desarrollé y apliqué dos talleres, con el objetivo de fomentar la regulación e incrementar la inteligencia emocional en la población mediante diversas actividades lúdicas y vivenciales. Ambos talleres estuvieron bajo la supervisión de la psicóloga y de la Jefa del Área de Psicopedagogía.

Estos talleres se realizaron bajo la premisa de que vivir emocionalmente sanos nos ayuda a conocernos, aprender a observar, entender y expresar lo que sentimos y sobre todo controlar nuestras emociones. Y que la mejor etapa para aprender a manejar nuestras emociones es durante la infancia y la adolescencia.

Bajo la consigna de que nadie más que ellos pueden controlarse y que solo ellos deciden que pueden hacer con ese sentimiento, como se describe en la se incentivó en la Figura 1.



**Figura 1**  
Esquema trabajado en los talleres durante los periodos vacacionales

En este taller los niños y adolescentes tuvieron la posibilidad de adentrarse de forma lúdica y formativa en el mundo de las emociones para reconocerlas, aceptarlas y adquirir herramientas que los ayudaran a expresarlas de manera sana, sin dañarse a sí mismos ni a los demás.

En los talleres se trabajó con toda la población, se realizaban por equipos que se dividían de acuerdo a la edad de los niños:

- Equipo 1: 9 a 10 años
- Equipo 2: 10 a 11 años
- Equipo 3: 11 a 12 años
- Equipo 4: 12 a 13 años

Las sesiones tuvieron una duración de una hora diaria por equipo, cubriendo un total de 20 horas a la semana que se trabajó con toda la población.

El eje rector de los talleres y el objetivo de las sesiones fue que la población aprendiera a:

- Reconocer, nombrar y aceptar sus emociones y las de los demás.
- Relacionar sus sentimientos con las situaciones que viven diariamente.
- Consentir o rechazar diversas situaciones identificando lo que sentían.
- Orientar sus emociones para crear cosas positivas.

El taller del período vacacional de diciembre, “Regulación Emocional”, fue diseñado y aplicado por mí y por otra prestadora de Servicio Social, mientras que el taller de Semana Santa, “Habilidades para la vida”, fue diseñado por mí y aplicado con el apoyo de dos psicólogas del Centro.

Las actividades se planearon de acuerdo a las características de la población y las sesiones se estructuraron de acuerdo a la edad de los participantes y su comportamiento.

Se trabajó con ellos varias estrategias de autorregulación que se encuentran en las tablas descriptivas de los talleres en el (*Anexo 1 del documento*).

### 3.3.4 Actividades socio-recreativas

En las actividades socio-recreativas, obtuve una participación como jurado del “Concurso de Alebrijes” fabricados por la población, también colaboré con la elaboración de la decoración para el “Día de Muertos” y durante la época navideña apoyé en la fabricación de una piñata para el “Concurso de Piñatas de las Casas Hogares del DIF” y también con decoración para estas festividades; cabe mencionar que todo esto me ayudó a establecer un rapport con el personal, los niños y jóvenes.

Las actividades fueron planeadas con el fin de fomentar el desarrollo de habilidades y estrategias que incrementan su Inteligencia Emocional, para permitirles conocer y manejar sus propios sentimientos, incrementar la empatía, así mismo fomentar una buena adaptación social.

En los siguientes capítulos se describe el marco teórico que sustenta el trabajo realizado.

## IV. DESARROLLO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Los niños exteriorizan sus emociones con facilidad; pasan de la rabieta al llanto... y a la risa, con gran facilidad; los adultos, a partir del aprendizaje social, aprenden a modular la expresión de sus emociones. Sin embargo, las emociones se producen en forma independiente de la voluntad y que alguien desarrolle destrezas para ocultarlas sólo explica una capacidad de ocultamiento, pero de ninguna manera niega el hecho de la emoción misma, siempre se experimenta como un fenómeno interno (Berk, 1998).

El afecto en general se suele identificar y relacionar con la emoción, pero son fenómenos distintos, aunque, sin duda, relacionados. Mientras la emoción es una respuesta individual interna que informa de las probabilidades de supervivencia que ofrece una situación, el afecto es un proceso de interacción social entre dos o más personas. Dar afecto implica realizar un trabajo no remunerado en beneficio de los demás: hacer un regalo, visitar a un enfermo, explicar un concepto o una idea a un compañero de curso, demandan un esfuerzo: el afecto es algo que se transfiere. Por eso se dice que las personas dan afecto y reciben afecto. Las emociones, en cambio, no se dan ni se quitan: se experimentan (Fernández, Hamido, & Ortiz, 2009).

En este capítulo se explora el desarrollo de los niños en la etapa escolar (6 a 13 años) que sentarán las bases para entender a la población con la que se trabajó; se describe lo primordial del afecto desde el punto de vista de diferentes teóricos expertos en el apego. De igual forma la necesidad afectiva se acentúa al máximo en ciertas circunstancias, por ejemplo, en la infancia, en especial en los primeros años de vida.

## 4.1 Desarrollo de los niños en etapa escolar

### 4.1.1 Desarrollo físico, cognitivo y social

El período de desarrollo que va de los seis a los trece años, tiene como experiencia central el ingreso a la escuela. A esta edad el niño debe salir de su casa y entrar a un mundo desconocido, donde aquellas personas que forman su familia y su mundo hasta ese momento, quedan fuera. Fuentes (1999) explica que *su éxito o fracaso en este período va a depender en parte de las habilidades que haya desarrollado en sus seis años de vida anteriores*. Este hecho marca el inicio del contacto del niño con la sociedad a la que pertenece, misma que hace exigencias que requieren de nuevas habilidades y destrezas para su superación exitosa, y es, en la escuela, que se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo adulto. Este espacio puede ser una prueba severa de si se han logrado o no las tareas del desarrollo de las etapas anteriores, ya que el período escolar trae a la superficie problemas que son el resultado de dificultades previas no resueltas.

La entrada a la escuela, implica que el niño debe enfrentar y adecuarse a un ambiente nuevo en el que deberá lidiar con demandas desconocidas hasta ese momento para él, aprender las expectativas de sus profesores y lograr la aceptación de su grupo de pares. La adaptación y ajuste que el niño logre a este nuevo ambiente, como veremos posteriormente, tiene una importancia que trasciende lo inmediato (Buñay, Marcillo, & Silvia, 2016). El grado en que el niño se considera confortable e incluido es expresión del éxito en su adaptación. Reacciones como ansiedad, evitación o actitudes negativas pueden ser signos tempranos de dificultades en su ajuste y que pueden tornarse en problemas futuros.

Por otro lado, la relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía, y aparece el grupo de pares como un referente importante y que se va a constituir en uno de los ejes centrales del desarrollo en esta etapa (Martorell, Gonzáles, Rasal, & Estellés, 2015).

En términos generales al desarrollo lo podemos separar por áreas; sin embargo, existe una estrecha relación entre los aspectos intelectual, afectivo, social y motor. Lo que vaya ocurriendo en un área va a influir directamente el desarrollo en las otras, ya sea facilitándolo

o frenándolo o incluso anulándolo, y provocando el regreso a conductas o actitudes ya superadas.

En relación al crecimiento físico, entre los 6 y 12 años, comienza a disminuir su rapidez. En términos generales, la altura del niño aumentará en 5 o 6%, y el peso se incrementará en aproximadamente un 10% por año. Los niños pierden sus dientes de leche y comienzan a aparecer los dientes definitivos. Muchas niñas comienzan a desarrollar entre los 9 y 10 años las características sexuales secundarias, aun cuando no están en la adolescencia (Berk, 1998).

Por otro lado, los niños de esta edad se vuelven más fuertes, más rápidos, hay un continuo perfeccionamiento de su coordinación: muestran placer en ejercitar su cuerpo, en probar y aprender nuevas destrezas. Su motricidad, fina y gruesa, muestra todas las habilidades posibles, aun cuando algunas de ellas aún sean ejecutadas con torpeza.

En el ámbito cognitivo, el niño de seis años entra en la etapa que Piaget (1961) ha denominado operaciones concretas. Esto significa que es capaz de utilizar el pensamiento para resolver problemas, puede usar la representación mental del hecho y no requiere operar sobre la realidad para resolverlo. Sin embargo, las operaciones concretas están estructuradas y organizadas en función de fenómenos concretos, sucesos que suelen darse en el presente inmediato; no se puede operar sobre enunciados verbales que no tengan su correlato en la realidad. La consideración de la potencialidad (la manera que los sucesos podrían darse) o la referencia a sucesos o situaciones futuros, son destrezas que el individuo logrará al llegar a la adolescencia, al tiempo de llegar a las operaciones formales.

Uno de los principales hitos del desarrollo intelectual en la Teoría de Piaget, es que el niño alcanza en este período del desarrollo, la noción de conservación, es decir, es la toma de conciencia de que dos estímulos, que son iguales en longitud, peso o cantidad, permanecen iguales ante la alteración perceptual, siempre y cuando no se haya agregado ni quitado nada (Delval, 1994).

Existen varios principios que van a caracterizar la forma en que los niños de esta edad piensan (Erikson E. , 1977):

1. Identidad: Es la capacidad de darse cuenta de que un objeto sigue siendo el mismo aun cuando tenga otra forma.
2. Reversibilidad: Es la capacidad permanente de regresar al punto de partida de la operación. Puede realizarse la operación inversa y restablecerse la identidad.
3. Descentración: Puede concentrarse en más de una dimensión importante. Esto se relaciona con una disminución del egocentrismo. Hasta los seis años el niño tiene un pensamiento egocéntrico, es decir, no considera la posibilidad de que exista un punto de vista diferente al de él. En el período escolar va a ser capaz de comprender que otras personas pueden ver la realidad de forma diferente a él. Esto se relaciona con una mayor movilidad cognitiva, con mayor reflexión y aplicación de principios lógicos.

En términos generales el niño en esta edad va a lograr realizar las siguientes operaciones intelectuales (Erikson E. , 1963):

- Clasificar objetos en categorías (color, forma, etc.), cada vez más abstractas.
- Ordenar series de acuerdo a una dimensión particular (longitud, peso).
- Trabajar con números.
- Comprender los conceptos de tiempo y espacio.
- Distinguir entre la realidad y la fantasía.

Por otro lado, hay un perfeccionamiento de la memoria, tanto por que aumenta la capacidad de ella, como porque mejora la calidad del almacenamiento y la organización del material. Se enriquece el vocabulario, hay un desarrollo de la atención y la persistencia de ella, en la tarea. El lenguaje se vuelve más socializado y reemplaza a la acción.

Estos cambios se traducen en una mejor y más realista comprensión de las emociones, una integración profunda de los rasgos de la personalidad y unas amistadas más sólidas e íntimas que las de la primera infancia. Todo ello da como resultado una mayor autonomía y un reajuste profundo del autoconcepto.

Este desarrollo surge de la relación entre el cerebro y cuerpo del niño y el cerebro y cuerpo de su cuidador principal, generalmente, la madre. Esta relación se da en una cultura ambiente que apoya, inhibe o incluso puede llegar a amenazar su estabilidad.

En el ámbito psicosocial, Erikson (1963) definió la etapa escolar como el periodo de la *laboriosidad* frente a la *inferioridad*. Según su visión del desarrollo psicosocial, los escolares procuran todos los medios para aprender las habilidades que son valoradas en su cultura. El objetivo de ello es ganarse el respeto y la consideración de los adultos y de sus iguales mediante el desenvolvimiento exitoso en tareas de relevancia en su cultura, esto se conoce como ser *productivo*. Existe una motivación orientada a la productividad que coincide con el crecimiento de nuevas demandas, tanto escolares como sociales y de autonomía personal, a las que debe enfrentarse.

La exposición de un clima más exigente para los niños por parte de sus padres, profesores e iguales, unida a la mayor sensibilidad a las críticas, hace que la *percepción de eficacia* sea un aspecto relevante en el ámbito emocional del niño (Erikson, 1977). El escolar se expone a nuevos contextos sociales y en cada uno de ellos se evalúa su desempeño. Si el balance final es negativo, la autoestima se verá resentida lo que podría tener consecuencias para el futuro si las circunstancias, o la percepción de las mismas, no varía.

El ajuste del niño a las nuevas condiciones de desarrollo, dependerá de muchas variables, pero hay dos que resultan significativas: el temperamento y la educación familiar. Se entiende por temperamento, como la propensión biológica a reaccionar con mayor o menor prontitud e intensidad, se relaciona con el desempeño social, especialmente en sus niveles extremos. Por otro lado, la educación emocional que el niño haya recibido desde la familia, repercute en su regulación emocional y en su forma de abordar los conflictos. Consciente o inconscientemente, los padres modulan la emotividad del niño actuando como modelos frente a ellos. De hecho, cuando se evalúan los niveles de manifestación y de control de las emociones que muestran los niños se observa que estos suelen ser similares a los que manifiestan sus padres (Livingstone, 2010).



Por otro lado, el comportamiento social que se exhibe en la infancia se relaciona con el sistema de apego establecido en la primera infancia. Así la exhibición, la seguridad o la ansiedad que definen los distintos tipos de apego se asocian, en muchos casos, a comportamientos similares en la infancia tardía.

En este período existe un aumento de las relaciones interpersonales del niño; los grupos de amistad se caracterizan por ser del mismo sexo. Entre los escolares pequeños (6 y 7 años), hay mayor énfasis en la cooperación mutua, lo que implica dar y tomar, pero que todavía está al servicio de intereses propios (nos hacemos favores). En los escolares mayores (8 a 10 años), la amistad se caracteriza por relaciones más íntimas, mutuamente compartidas, en las que hay una relación de compromiso, y que en ocasiones se vuelven posesivas y demandan exclusividad (Renner, 2016).

Por último, el contexto cultural en el que se desarrolla la infancia y el género de los niños son otras variables fundamentales que influyen en los patrones emocionales y de comportamiento.

#### 4.1.2 Autoconcepto

En la etapa escolar comienza a desarrollarse el autoconcepto, que Lilia Campo (2014, pág. 69) define como “*el sentido de sí mismo*”. Se basa en el conocimiento de lo que hemos sido y lo que hemos hecho y tiene por objetivo guiarnos a decidir lo que seremos y haremos. El conocimiento de sí mismo se inicia en la infancia en la medida en que el niño se va dando cuenta de que es una persona diferente de los otros y con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y sus acciones. De acuerdo con Erikson (1953) a los seis y siete años comienza a desarrollarse:

- Yo verdadero, quien soy.
- Yo ideal, quien me gustaría ser, estructura que incluye “los debe y los debería”, que van a ayudarlo a controlar sus impulsos. Esta estructura va integrando las exigencias y expectativas sociales, valores y patrones de conducta.

Estas dos estructuras en la medida en que se van integrando, deben ir favoreciendo el control interno de la conducta del niño.

#### 4.1.3 Autoestima

De acuerdo con el artículo "*The multimodal treatment for children and adolescents with depression*" (Ulloa-Flores, Pena, & Nogales, 2011) definen "*el autoestima como la imagen y el valor que se da el niño a sí mismo*". Es una dimensión afectiva y se construye mediante la comparación de la percepción de sí mismo y del yo ideal, juzgando en qué medida se es capaz de alcanzar los estándares y expectativas sociales. La autoestima se basa en (Couch, Góngora, García, Ian, & Olmos, 2015):

- Significación: que es el grado en que el niño siente que es amado y aceptado por aquéllos que son importantes para él.
- Competencia: es la capacidad para desempeñar tareas que consideramos importantes.
- Virtud: consecución de los niveles morales y éticos.
- Poder: grado en el que niño puede influir en su vida y en la de los demás.

La opinión que el niño escuche acerca de sí mismo, a los demás va a tener una enorme trascendencia en la construcción que él haga de su propia imagen. La autoestima tiene un enorme impacto en el desarrollo de la personalidad. Una imagen positiva puede ser la clave del éxito y la felicidad durante la vida.

En la teoría de Erikson, los niños y adolescentes con los que trabajé en el Centro, se encontraban en la etapa de laboriosidad vs. Inferioridad. Laboriosidad es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y luego escolar, coincidiendo esto con la edad entre 4 hasta los 11, 12 o 13 Años, ya que después de esta edad entrará en otra etapa de la pubertad y adolescencia. En este periodo se realizan las adaptaciones que le permiten ganar reconocimiento aprendiendo., se caracteriza por cierta flexibilidad, por la capacidad de darse cuenta de los diferentes puntos de vista. Frente a esto existe el peligro de desarrollar una sensación de extrañamiento frente a sí mismo y frente a sus tareas: el sentimiento de inferioridad, relacionado con el conflicto edípico y con esquemas sociales que le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica- social, por su condición "racial" o debido a una deficiente estimulación escolar, pues es precisamente la institución escolar la que debe velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad (Erikson, 1963).

Este estadio es decisivo el hacer cosas junto con los otros, lo que le permite desarrollar su sociabilidad y un sentimiento de competencia que significa un libre ejercicio de la destreza y de la inteligencia en el cumplimiento de tareas importantes sin la interferencia de sentimientos infantiles de inferioridad.

Respecto al ámbito sexual, hace algunas décadas se consideraba que esta etapa se caracterizaba por la ausencia absoluta de interés sexual; sin embargo, en la actualidad se ha constatado que se mantiene cierto interés por parte de los niños, tanto en preguntar y hablar acerca del tema como por experimentar y participar en juegos sexuales, pero la intensidad y el tiempo destinados a ellos son notoriamente menores que en la etapa anterior y a los que se va a destinar durante la adolescencia. Esto ocurre debido a que el foco central del niño durante la niñez intermedia está puesto en el aprendizaje y adquisición de herramientas que le permitan integrarse al mundo adulto (Villaseñor, 2003).

En esta etapa comienza la aparición de la moral vinculada a la consideración del bienestar del otro, lo que puede ocurrir debido al desarrollo cognitivo que se produce en esta edad y que permite que el niño considere puntos de vista diferentes a los suyos, producto de la disminución del egocentrismo de etapas anteriores. Esto implica que pueda imaginar cómo piensa y siente otra persona.

Podríamos resumir esta etapa de acuerdo a las tareas que el niño debe lograr:

1. Iniciar un proceso gradual de autonomía e independencia de los padres, que le permita integrarse a nuevos ambientes.
2. Integrarse a su grupo de pares, que se ve reflejado en su participación en juegos colectivos, su capacidad de establecer vínculos con otros niños y su percepción de ser aceptado por ellos.
3. Desarrollo de sentimientos de competencia y capacidad, realistas, es decir que incluyan información tanto acerca de sus habilidades como de sus dificultades, enfatizando en éstas las estrategias de enfrentamiento. El niño debe ser persistente, emprendedor.
4. Motivación por aprender.

5. Aprender los conocimientos que se requieren para su desenvolvimiento en el mundo adulto.
6. Aprender a regular su conducta de acuerdo a la situación en la que se encuentra.
7. Adaptarse a normas sociales.
8. Ir, progresivamente, siendo capaz de integrar los diversos puntos de vista en sus reflexiones.

## **4.2 Desarrollo en la Adolescencia Temprana**

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), media (14-16), y tardía (17-19). Es una época importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta (Juárez & Gayet, 2014).

Se considera como adolescencia temprana el periodo que se extiende entre los diez y catorce años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración de crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque sean menos evidentes, son igualmente importantes. El adolescente temprano, como se mencionan en un artículo de Veiga, Garcia, Reeve, Wentzel, & García, (2015), señalan que tiende a focalizar en los cambios físicos en su cuerpo y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las “presiones” sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales.

La emotividad al comienzo de la adolescencia, se caracteriza porque los chicos son entusiastas, apasionados, con respuestas emotivas exageradas, y enfados frecuentes. Son reacciones emocionales primarias y de las que son poco conscientes y carecen de control, por eso hay al principio momentos de inestabilidad y cambios de humor. Se sienten a veces culpables, tristes, con necesidad de ser queridos y comprendidos.

Además, cambian por completo su contexto social, progresivamente se irá ampliando, necesita salir del entorno familiar y escolar para formar grupos de iguales: requieren menos a sus padres y más a sus amigos. La buena relación familiar facilita los grupos de amigos, no los entorpece. Son grupos cohesionados, con ideas muy similares, que tienen las mismas conductas y definen su identidad diferenciándose de los demás. Son más gregarios, y pueden entrar en relaciones de dominación o servilismo. Los grupos todavía no permiten esas relaciones de intimidad y de amistad al comienzo de la adolescencia (Ortuño, Aritio, & Edurne, 2015).

En esta etapa de la vida, se puede sentir atraído por una persona en particular más que por un grupo. Los grupos a los que ha pertenecido en su infancia pierden atractivo. Esta persona importante (que puede ser un amigo, un profesor a quien admira, un músico, un héroe deportivo, un hermano mayor) que le da opiniones que adquieren mucho valor. Esto sucede porque el adolescente está buscando activamente modelos de conducta a seguir. (Veiga et al., 2015)

La independencia está en el deseo de iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta. El adolescente ya ha internalizado los valores que le han inculcado, así como los estándares de conducta y lo que desea es que, basado en estos, se le deje tomar sus propias conductas (Silva, 2008).

Es una edad en la que se aprende la intimidad, se aumenta la introspección, y se desarrolla el pensamiento reflexivo. Se diferencia la personalidad: se elige de entre distintas formas de ser, se busca la autonomía personal. Se afirma la personalidad y aparecen también conductas ambivalentes: entre ser independientes y dependientes, entre conformarse y rebelarse, entre abrirse o retraerse. Cuando la inseguridad es predominante puede aparecer una rebeldía agresiva.

El pensamiento reflexivo (etapa de las operaciones formales), consiste en pensar por sí mismo y sobre el propio pensamiento, o sobre sí mismo. Tienen sus propios criterios y pueden poner en duda los argumentos de autoridad. Piensan en lo posible: es posible aquello que se admite en lo real (piensa en adulto), es real lo que yo veo posible (piensa el adolescente). Es una inteligencia abstracta pero vital, que guía su comportamiento práctico. Pero al ser un pensamiento en desarrollo, suelen aparecer conductas poco racionales, dogmáticas, emocionales, con poco control, o con excesivo control (Piaget, 1961).

La vida moral se hace individual, porque las normas se comprenden como valores que hay que integrar, y es el propio adolescente quien va a elegir, y quien tiene que mantener un sentido del deber. La presión externa no puede ser el motivo de su comportamiento, sino sus propias decisiones. Los valores se integran en su vida y son valores elegidos, se concretan en la vida diaria (Silva, 2008).

Es una etapa de sentimientos, que son de afecto, ternura, alegría, amistad, amor, y otros de tipo trascendente, como la estética, la moral o la religión y los sentimientos negativos son los agresivos o los de inhibición. Comienzan algunas dificultades emocionales, porque necesitan forjar su identidad, necesitan afecto, realización de potencialidades, y porque necesitan independencia, al mismo tiempo que ampliar sus relaciones sociales.

Surgen las relaciones de amistad y de amor, por una parte, se dan las idealizaciones del otro y por otra se dan las pertenencias. En la amistad o el amor buscan encontrarse a sí mismos, mejorarse y probar sus sentimientos. Los sentimientos de confianza y simpatía son muy importantes, junto con la lealtad, el apoyo mutuo, la pertenencia. Es el principio de relaciones más desinteresadas, en las que se comprende mejor a los demás.

*El adolescente intenta progresivamente y en forma oscilante separarse de las figuras parentales, lo que se expresa en conductas cuestionadoras de los padres, oposicionismo y negativismo (Gutierrez & Tito-Olavo, 2013).* Se desidealizan las figuras de autoridad adultas y el adolescente pareciera que se fija "especialmente" en los defectos, lo que suele ser un proceso difícil de aceptar para los padres. Además, esta rebeldía oposicionista hacia los padres es contradictoria con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que el adolescente no se atreve a oponerse.

Cabe señalar que no todos los adolescentes desarrollan conductas oposicionistas, muchos logran consolidar una adecuada individuación sin que medien conductas rebeldes o impulsivas, así como también es importante diferenciar cuando son propias de un desarrollo normal, de las que corresponden a los trastornos conductuales en la adolescencia.

En el adolescente predomina un fuerte sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, lo que, junto a la tendencia a actuar los impulsos, los puede llevar a conductas de riesgo donde no se detienen a evaluar las consecuencias (Soriano, 2009).

Se pueden centrar en sus tareas con más perseverancia, necesitan ponerse a prueba y superarse a sí mismos. Es una maduración más continua y estable, en la que hay un equilibrio entre extroversión e introversión. La capacidad de profundizar en un campo de estudio les da mucha estabilidad y seguridad mental. Deben tener ya una vida interior, la capacidad de reflexionar y hablarse a sí mismos, la capacidad de no perderse, de no aislarse y de mantenerse en su realidad personal y social. La vida interior y exterior, el pensamiento y los ideales y lo que logran hacer, deben armonizarse, algo que es difícil de lograr y muchos jóvenes no alcanzan. El paso supone abrirse a los demás, rebelarse para ser, superar, aprender acerca de la solidaridad, alegría de vivir, tolerancia y flexibilidad, aprender sobre los demás y aceptar ayuda. Son rasgos de la personalidad cuando se ha logrado superar la edad adolescente bien (Veiga et al, 2015).

Es el momento de hacer elecciones sobre el proyecto de vida y esto supone comprender cuál es su aportación posible a la sociedad, qué pueden hacer de valor, proyectándose más allá del tiempo presente.

### **4.3 El Desarrollo Emocional en niños y adolescentes**

El estudio de las emociones ha interesado desde siempre a escritores, filósofos y humanistas en general, sin embargo, durante mucho tiempo las emociones han ocupado un segundo plano en la investigación psicológicas, debido, fundamentalmente, a sus dificultades de medición y a la creencia de que se trata de fenómenos cognitivos. No obstante, en los últimos estudios sobre las emociones se han mostrado mejoras en las

técnicas de medición que facilitan el acercamiento empírico a las emociones, además de un mejor examen de los vínculos con otros procesos de interés de tipo cognitivo, perceptivo, social o de autorregulación (da Silva & Calvo Tuleski, 2014). Es en la segunda mitad de los años noventa que se produce una especie de “revolución emocional”, entre sus exponentes más destacados se encuentran Gardner, Mayer, Salovey, Elias, Caruso, Brackett, entre otros.

En este sentido, se pueden mencionar que las aportaciones recientes como la de Henao (2009) quien analizó los vínculos entre el control voluntario y el reactivo, se entiende por reactivo como la tendencia relativamente inflexible a la reactividad o la inhibición, y la presencia de problemas de conducta en los niños de entre cuatro y diez años. Encontrando como parte de los resultados que existe una asociación entre la impulsividad o el insuficiente control voluntario y la presencia de problemas conductuales, una relación que se nota marcada en niños que fueron catalogados como con disposición a la ira.

Por otro lado, varios estudios sugieren que los niños que son más conscientes de sus expresiones emocionales, tienden a ser mejores negociadores y se desenvuelven mejor en situaciones que implican cambios emocionales (Bisquerra, Pérez-Escoda, & Filella, 2012).

Actualmente, las destrezas más directamente relacionadas con el ámbito emocional se agrupan bajo el constructo de competencia emocional que, de manera sencilla, se define como el nivel de eficacia que demuestra quien se emplea en interacciones sociales de índole emocional.

El niño aprende constantemente del entorno en el que vive y se desarrolla. La entrada en la escuela amplía el entorno social del niño, aunque, la influencia familiar sigue siendo el factor básico en la determinación de su futura madurez personal (Bisquerra, 2011). La vida familiar supone, por una parte, el centro de comunicaciones afectivas, donde se van conformando las actitudes sociales y origen de cuadros normativos de conducta.

Cada tipo de ambiente ayuda al niño a descubrir los diferentes aspectos de la vida que él asimila inconscientemente. Bisquerra (2011) asegura que el ambiente familiar le ofrece seguridad y confianza, el entorno escolar le descubre otros niños y le desafía en la conquista de habilidades que le satisfacen, el ambiente de la calle le permite encontrar experiencias



que recoge y poco a poco integra. Hay otros tipos de ambientes que denominamos artificiales, basados en la imagen, que ayudan a formar la mente o los sentimientos. El niño hace de la pequeña pantalla un mundo real por el que desfilan hechos, acontecimientos, sucesos, eventos, personajes, peligros, entre otros. Este ambiente también aporta al niño una manera de ser y de vivir que influye decisivamente en su desarrollo intelectual y moral.

Es importante que los distintos ambientes interactúen y resulten constructivos. Hay que hacer lo posible para que la vida del niño transcurra en un clima de amor, comprensión, seguridad y afecto.

Desde que los bebés son muy pequeños, experimentan y expresan emociones de diferente índole. Un bebé de pocos meses sonríe a placer cuando es acariciado en brazos de su madre o su padre y, al poco rato, puede mostrar su enfado cuando se le acuesta y deje solo en la cuna. En realidad, como se puede ver en el documental “Secret life of the babies” (Revill, 2014), desde el momento del nacimiento es posible observar en los bebés claras reacciones de agrado y desagrado antes diferentes situaciones (agrado al ser acariciado o alimentado, malestar cuando tiene sueño o hambre) con un importante valor comunicativo. Estas reacciones globales abren el paso a emociones específicas que van apareciendo progresivamente (primero la alegría y el malestar, más tarde el enojo y la sorpresa, y por último el miedo y la tristeza), en la mayoría de los casos, a lo que lo largo de la primera mitad del primer año de vida. Un poco más tarde, al final de la primera infancia y en los meses siguientes, los niños comienzan a comprender y experimentar emociones más complejas como la vergüenza, la culpa o el orgullo, al tiempo que, un poco más adelante, se observan los primeros indicios de comprensión y control emocional.

No obstante, todavía queda un largo camino por recorrer en lo que se refiere a desarrollo emocional; a lo largo del resto de la infancia y la adolescencia los niños tienen que comprender la existencia de emociones contradictorias, conocer y adoptar normas de expresión de las emociones y aprender a controlarlas (da Silva & Calvo, 2014).

De acuerdo con Palacios e Hidalgo (1999), “*no son pocas las situaciones diarias que nos provocan sentimientos positivos o negativos al mismo tiempo*”. Por ejemplo, no es extraño que el cariño que una madre siente por su hijo tenga que convivir con el enfado que le provocan algunos comportamientos del niño. Este ejemplo pone de manifiesto que, aunque

hay situaciones que provocan reacciones emocionales muy claras y diferenciadas, otras pueden provocar un estado emocional caracterizado por la combinación de sentimientos diversos que pueden llegar a ser incluso contradictorios, dando lugar a los que se conoce como ambivalencia emocional.

El reconocimiento de la ambivalencia emocional es un logro difícil para los niños y tarda bastante en alcanzarlo. Así, aunque se puede observar la expresión de emociones contradictorias en niños incluso de un año de edad, el reconocimiento explícito de esta ambivalencia no suele producirse antes de los 7-8 años. En uno y otro momento, Harter y Budding (citados en Palacios e Hidalgo, 1999) describen una secuencia evolutiva que consta de los pasos siguientes:

1. En un primer momento, entre los tres y cinco años, los niños son incapaces de admitir que una misma situación pueda provocar dos emociones diferentes.
2. Alrededor de los seis y siete años, se observa una fase intermedia en la que los niños comienzan a admitir que algunas situaciones pueden provocar más de una emoción, pero siempre teniendo en cuenta que de una de ellas precede o sigue la otra (*“Estaría asustado si un día me quedase solo en casa, pero me alegraría mucho cuando llegasen a casa papá y mamá”*)
3. En una tercera fase, hacia los siete u ocho años, cuando los niños comienzan a comprender que hay ciertos acontecimientos que provoca dos sentimientos al mismo tiempo, aceptando primero la posibilidad de experimentar dos emociones parecidas (*“Si un amigo rompiera mi juego, estaría enojado con él y triste porque no tendría mi juego”*) y admitiendo finalmente el hecho de que determinadas situaciones pueden provocar emociones contradictorias.

Finalmente, hay que decir que a medida que avanza la infancia la comprensión emocional se va haciendo permeable a muchos factores. Por ejemplo, ya desde los seis años, e incluso antes, los niños consideran los valores y normas de una cultura como regulares de la emoción. También, hacia los diez años se consolida la influencia de la personalidad, afianzándose la idea de que cada persona reacciona a los hechos en función de su propia idiosincrasia (Campo, 2014).

Es esperable en el adolescente una marcada labilidad emocional que se expresa en comportamientos incoherentes e imprevisibles, explosiones afectivas intensas, pero superficiales. El adolescente se caracteriza por tener hiperreactividad emocional (en el sentido que la reacción emocional es desproporcionada al estímulo que la provoca) y comportamientos impulsivos. Estas conductas se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos propios de la etapa que, generan ansiedad y son difíciles de modular (Agulló, Filella, García, & Bisquerra, 2010).

Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos. El desarrollo depende en gran parte de esta capacidad de postergación de las gratificaciones inmediatas. En la adolescencia temprana tiende a haber mayor labilidad emocional y descontrol de impulsos, en la adolescencia media es la etapa en la que los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse "víctima" de las circunstancias a sentir un mayor autocontrol.

La adolescencia es una etapa de separación e individuación. Esto supone la configuración de una identidad propia, la búsqueda del concepto de sí mismo, así como dejar los lazos de dependencia infantil (Bisquerra, 2009).

Armus (2012) reflexiona sobre la importancia de conocer qué es lo esperable en el desarrollo emocional de un niño hasta su adolescencia. Permite acompañarlo, observarlo, respetando el tiempo individual que cada uno necesita para crecer. También permite adquirir criterios de alarma cuando el desarrollo queda obstaculizado.

El niño necesita de sus cuidadores para que este desarrollo se produzca y esto ayude a promover factores protectores. El sostén emocional, la comunicación humana van conformando la confianza básica que es el principal motor del mismo.

Existen muchos factores que influyen en el desarrollo emocional. Tanto el temperamento del niño como el desarrollo neurofisiológico y cognitivo cumplen importantes roles (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000). Sin embargo, se

reconoce que las emociones son a la vez productos y procesos de las relaciones sociales, en especial con los padres.

Eisenberg (2000) en su investigación encontró que los niños con un inadecuado desarrollo emocional tienen un menor autocontrol y son más inestables emocionalmente, más irritables, impulsivos y agresivos o bien presentan un hipercontrol que les impide expresarse libremente y que disminuye su autoestima.

Se ha descrito una gama de adquisiciones que se espera alcancen los niños. Estos logros se van dando en el ritmo y los tiempos de cada niño. Sin embargo, cuando lo esperable no aparece se abre el campo de las problemáticas y dificultades sobre las que es conveniente intervenir lo más precozmente posible.

En el siguiente capítulo se describen las características de los niños que viven en una casa hogar; las dificultades y obstáculos que pueden limitar su desarrollo físico, social y psicológico.

## **V. CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO DEL NIÑO QUE VIVE EN UNA CASA HOGAR**

El impacto que los niños viven ante la separación de su familia puede resultar traumático, tal como lo indica Bowlby (1989) al afirmar que las experiencias de separación y pérdida representan un papel central en el origen de muchas condiciones clínicas.

Los niños que sufren de maltrato infantil e ingresan a instituciones donde son evaluados, tienden a presentar un bajo nivel intelectual, a pesar de que muchos poseen un potencial intelectual normal. Estas dificultades pueden implicar tanto deficiencias como inadecuaciones de los procesos y elementos involucrados en diferentes áreas cruciales para el desarrollo. Lo que puede sugerir que el rendimiento está interferido por problemas emocionales, ya que los acontecimientos vividos y los vínculos distorsionados o rotos con los padres suelen crear un auténtico síndrome de abandono, caracterizado por reacciones

emocionales impulsivas y oscilación entre el desapego afectivo y las dependencias (Gómez, 1988).

Anna Freud (1959) señala que existe *un número de circunstancias que se combinan para detener, deformar y desviar las fuerzas sobre las que se basa el crecimiento mental. Todas inciden de una u otra manera como aspectos del desarrollo en los que diferentes elementos cooperan para el establecimiento de una problemática.*

En este capítulo se describen las principales características psicológicas que se han detectado en los niños que habitan la Casa Hogar “Centro Amanecer para niños”, entre las que incluyen el Trastorno por Déficit de Atención (TDA), Trastorno del Vínculo y el Negativista Desafiante. Estas dificultades han su afectado el desarrollo emocional durante su infancia y el principio de su adolescencia.

### 5.1 El niño dentro de una institución

El artículo 16.3 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Asamblea General de las Naciones Unidas (1948), establece que: *“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”*, los lazos que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad y vínculos de consanguinidad. Aunado a que la familia desempeña un papel importante en la vida de los niños, niñas y adolescentes, sin embargo, no siempre los integrantes de las familias ni el lugar donde residen son elementos idóneos para un desarrollo psicosocial satisfactorio. Y aunque las leyes establecen la protección a la familia como el elemento natural y fundamental de una sociedad, y en muchas ocasiones no se cumple.

Algunos padres de familia no desempeñan sus roles adecuadamente, lo que genera desestabilización en las relaciones familiares, perturbando de una u otra forma a cada uno de los miembros que la conforman, afectándoles de manera directa e indirecta (Cáceres, 2010).

Los elementos que perjudican la vida familiar son: conflictos entre la pareja por la situación económica, maltrato (físico, verbal, psicológico) hacia uno de los cónyuges o hacia los/as hijos/as, adulterio, desintegración familiar y violencia, consumo de varios o distintos tipos de drogas (Campo, 2014).

El maltrato infantil o la violencia infantil pueden darse de distintas formas, siendo éstas, violencia física (golpes, lesiones, mordidas y quemaduras), violencia sexual (abuso y prostitución), violencia por negligencia, violencia psicológica (traumas) y por ende una violación a los derechos de los niños. Cáceres (2010), menciona que ente los indicadores de maltrato infantil se encuentra el miedo, baja autoestima y déficit emocional, así mismo hace referencia a los efectos que provoca, indicando que pueden darse en cualquier clase social.

Las causas principales que dan lugar al maltrato son de tipo económico, cultura, emocional, social o bien porque el agresor pudo haber sido víctima también de maltrato y el rencor guardado o la idea errónea de educar a los hijos se ve reflejado en el maltrato que provoca.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2004), en su investigación sobre el Desarrollo Psicosocial de los niños y niñas menciona algunos aspectos que favorecen o limitan el desarrollo psicosocial, los niños que pertenecen a familias cariñosas y estimuladoras tienen más posibilidades de desarrollarse sanos y felices, necesitan un ambiente seguro, con reglas y límites claros y coherentes. Por otro lado, un ambiente de irritación y violencia familiar es perjudicial para el desarrollo psicosocial infantil. El maltrato físico y psicológico afecta en forma negativa el desarrollo del niño lo que significa que la violencia perjudica el desarrollo psicosocial de los niños.

Ante estas situaciones y, especialmente en los casos en que los afectados son los niños, niñas y adolescentes es necesario separarlos de su familia e institucionalizarlos en hogares que le brinden abrigo y protección temporal. Esta separación del núcleo familiar e internación en un hogar de abrigo también afectará en su desarrollo psicosocial. Aunque estas instituciones están obligadas a velar y asegurar su desarrollo integral mediante la aplicación de programas especializados (Campo, 2014).

En el artículo de Osorio (2015), encontramos la definición de institucionalización como una “tipicación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores en la que los niños, niñas y adolescentes institucionalizados permanecen en hogares de abrigo y protección, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria.” Lo que significa que la

institucionalización crea modos de actuar y relacionarse diferentes a los adquiridos fuera de la institución, por lo tanto, ésta medida debe ser considerada como una alternativa excepcional, limitada en el tiempo y de último recurso, pues debe ser adoptada una vez que se agotan las instancias previas, es decir ser la última opción en atención al interés del niño. En este sentido, se debe buscar que la familia y/o los referentes afectivos de los niños sean considerados como el lugar privilegiado para su desarrollo integral.

Fernández, Hamido y Ortiz (2009) establecen a la institucionalización como un acogimiento residencial de los niños y adolescentes en desamparo como una de las medidas más utilizadas, en sus diversas formas, como respuesta a la situación de desamparo en la que se encuentran. Esta medida puede llegar a tener una duración prolongada que, en algunos casos, llega a cubrir casi la totalidad de la minoría de edad. Este acogimiento se da en hogares o casas de protección.

Fernández y et al. (2009) consideran que la institucionalización ha sido una de las respuestas que la sociedad ha generado para enfrentar múltiples situaciones de conflictos familiares, ésta se da por la percepción de incompetencia por parte del adulto a cargo para asumir las tareas propias de la crianza y porque mediante evaluaciones se define que los adultos son un riesgo para la integridad física y/o psicológica del/la niño/a. Y por lo tanto tiene efectos emocionales y psicológicos que en muchas ocasiones determinan el tipo de vida y su futuro.

La internación en albergues u hogares de amparo ha sido tradicionalmente utilizada con el fin de proteger a los niños cuyas familias son consideradas peligrosas para su desarrollo, o a los niños que han sido abandonados o se desconoce el paradero de su familia. Sin embargo, se ha demostrado que lejos de proteger el desarrollo de los niños, la vida en instituciones tiene efectos negativos para su desarrollo presente y futuro (Herrera, 2014).

La vida en una institución durante los primeros meses o años de vida puede provocar al niño consecuencias físicas y psíquicas, derivadas de la falta de estimulación, de atención sanitaria y nutricional y de apego: el llamado síndrome del niño institucionalizado (Fernández, Hamido, & Ortiz, 2009).

Las posibles secuelas de la vida en una institución hay que tenerlas en cuenta a la hora de entender el estado de salud y el comportamiento a veces peculiar del niño en institución. No tienen por qué darse todos los trastornos en todos los casos, pero es muy habitual que se presente alguno de ellos, en especial cuando ha sido un tiempo prolongado el que permaneció en la institucionalización, aunado a las condiciones en las que se haya desarrollado. En caso de que hubiera existido un maltrato (psicológico o físico) asociado o una falta grave de atención, estas consecuencias pueden ser aún mayores.

Las consecuencias psicológicas que pueden presentarse son: trastornos de la conducta, trastornos del sueño, trastorno de vinculación, retraso del desarrollo psicomotor (global o de áreas específicas), dificultades de aprendizaje, déficits cognoscitivos y retrasos del lenguaje (Bowlby, 1989).

Los casos más graves o con maltrato físico o psíquico pueden manifestar también trastorno de estrés post-traumático, trastorno de déficit de atención con o sin síntomas de hiperactividad o incluso depresión mayor.

La sintomatología que se presente en los niños produce un rechazo hacia hábitos normales como dejar que le bañen o le corten las uñas o el pelo. Pueden presentarse comportamientos que manifiestan carencias afectivas, como balanceos, succión del pulgar o golpes rítmicos de la cabeza contra la pared o el colchón, con las manos entre ellas o contra las piernas. Este tipo de comportamientos suelen irse solucionando, en la mayoría de los casos, con tiempo y paciencia, aunque en casos más graves pueden necesitar apoyo profesional (Gómez, 1988).

Algunos niños pierden paulatinamente la posibilidad de transmitir sus emociones y expresiones cariñosas y de a poco también pierden la conciencia de lo que les pertenece, se van acostumbrando al trabajo con el sistema de premio-castigo como única fuente de gratificación afectiva (Osorio, 2015).

Sin importar que tan buenas puedan ser las políticas en materia de institucionalización, nada ni nadie podrá sustituir el calor, la intimidad y la relación continuada y sostenedora de la madre y la familia. Un niño internado presenta diversos signos que dan cuenta de un



verdadero síndrome del abandono, con síntomas diversos, sujetos a las variables individuales (Herrera, 2014).

Lo que sucede en las primeras etapas de la vida influye en la vida adulta. Las primeras impresiones que recibimos de quedan almacenadas en la memoria emocional y nos informan sobre cuán confortable, confiable y seguro es el mundo de fuera.

## 5.2 Trastorno reactivo de la vinculación en la niñez

En este apartado se describen las características del trastorno reactivo de la vinculación en la niñez, la importancia del apego durante la infancia y las consecuencias de carecer de un cuidador primario, condiciones que se asocian a los niños institucionalizados.

El niño tiene, desde su nacimiento, la capacidad fundamental de relacionarse socialmente. Pero podrá desarrollarla siempre y cuando haya alguien, el cuidador primario, disponible para establecer esta relación social. Por ello, se puede pensar que el bebé no puede desarrollarse en soledad (Barkley, 2006).

El bebé nace en un estado de indefensión que, para sobrevivir, constituirse en un ser humano y desarrollar su potencial genético necesita de otras personas que le provean todo aquello que es necesario. Los niños pequeños, al presentar una estructura psíquica inmadura que se encuentran en formación, tienen un mayor estado de fragilidad.

Las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, debido a que se encuentran íntimamente relacionados. (Bowlby, 1989)

Fue el psicólogo John Bowlby, quien en su trabajo en instituciones con niños privados de la figura materna formuló la Teoría del apego. Mientras que Sigmund Freud fue de los pioneros en el campo, al aseverar que la primera relación entre madre e hijo, establece el prototipo de las relaciones amorosas posteriores en el niño (Armus et al., 2012).

El sostén emocional es la respuesta adecuada al sentimiento universal con el que todo bebé llega al mundo. Este sostén permite que se construya entre el bebé y las personas encargadas de su crianza, un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. Este sostén emocional

se da en el marco de un vínculo estable, un vínculo de apego, con los cuidadores primarios. Este vínculo se establece desde el momento de nacimiento y permite construir un lazo emocional con ellos (Revill, 2014).

Por estable podemos entender como un vínculo cotidiano y previsible, con la presencia de una o más personas que se ocupen de la crianza, que permiten al niño construir una relación de apego seguro (Bowlby, 1989).

Las conductas de apego forman parte de un sistema interaccional complejo (Doménech, 1993) y promueven el establecimiento de una relación de apego, que es la interacción entre el bebé y el cuidador primario, y que a su vez promueve el establecimiento de un tipo particular de vínculo entre ellos (Carlson, 1995). La relación de apego actúa como un sistema de regulación emocional, cuyo objetivo principal es la experiencia de seguridad. Así, se desarrolla un sistema regulador diádico en el que las señales de cambio de los estados de los bebés son entendidas por el cuidador, permitiendo alcanzar la regulación de esos estados.

En la primera infancia, el niño carece de la capacidad de regular por sí mismo sus estados emocionales y queda a merced de reacciones emocionales intensas del cuidador primario. La regulación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional (hablar, abrazar y tranquilizar) le permite establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones. El adulto a cargo de la crianza debe poner en juego su capacidad empática para que le permita comprender lo que el niño necesita (Eisenberg et al., 2000).

Las respuestas emocionales del adulto en sintonía con las del niño generan un estado de regulación afectiva, que más tarde lograrán una autorregulación (Schejtman, 2008).

Tal como se explicó, niño y su desarrollo emocional se apoyan en el vínculo que se constituye con los cuidadores primarios, si estos vínculos fallan o son inadecuados, el desarrollo está en riesgo. Las carencias del cuidado en el marco del vínculo entre el bebé y el adulto llevan a la pobreza de las interacciones, y por lo tanto de la vida cognitiva del niño.

Existen diversos estudios sobre los desórdenes asociados con disturbios en la relación con la figura materna, la mayoría caen en tres tipos (Osorio, 2015):

1. Cuando el niño es separado de la madre y deja de desarrollarse normalmente por lo inadecuado del ambiente nuevo. Este síndrome se ha llamado “hospitalismo”, “depravación anaclítica”, “deprivación materna” y “trastorno del apego”.
2. Otro punto de vista considera que hay algo tóxico en la relación madre-hijo que causa síntomas físicos y psicológicos en el niño, llamado “deprivación social” y “fracaso no orgánico para crecer”. Que se refiere cuando el niño no gana peso, encontrándose por debajo del quinto percentil, destacando factores físicos; mientras que con el término “deprivación social” enfatiza la sintomatología psicosocial del trastorno.
3. Un tercer enfoque es el de Mahler, quien introdujo el término “psicosis simbiótica infantil”, que se refiere a un trastorno en el lazo emocional entre el niño y la madre, que se presenta por deficiencias o excesos en el apego normal, por lo que el niño y su madre quedan fusionados en el orbita simbiótica impidiendo el proceso normal separación-individualización.

El DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) considera que una crianza intensamente patógena como lo es: la desatención persistente de las necesidades emocionales básicas y físicas del niño, así como una estimulación pobre y/o cambios repentinos del cuidador primario, evitan la formación del vínculo. Aunque estén presentes estas características durante la crianza del niño no siempre se cumple con los requisitos para nombrarlo trastorno, solo cuando se producen alteraciones en el área social, si no se encuentran estas alteraciones se hablaría de maltrato infantil o abandono.

Este trastorno se asocia con retrasos en el desarrollo, aunque también puede estar asociado a trastornos en la alimentación como pica o rumiación y malnutrición. Aparece en los primeros años de vida (antes de los cinco años).

Varía de acuerdo a las características del niño y de los cuidadores, la gravedad y la duración de la privación del afecto.

Actualmente el DSM-V distingue dos tipos de trastorno reactivo de la vinculación: el inhibido y el desinhibido. El niño que manifiesta el tipo inhibido esta persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte del tiempo las interacciones sociales y responde a ellas de un modo adecuado para su nivel de desarrollo, es decir, el niño responde socialmente de modo inhibido, hipervigilante o ambivalente con una mezcla de

acercamiento y de evitación. En contraste en el tipo desinhibido se observa un patrón de vinculaciones difusas, donde exhibe una “sociabilidad indiscriminada” o una “falta de selectividad” en la elección de figuras de vinculación.

A continuación, se enlistan los criterios del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), sobre el trastorno reactivo de la vinculación en la infancia:

### **Criterios para el diagnóstico del F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez**

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por 1 o 2:

1. incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)
2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
2. Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño

3. Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

F94.1 Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica

F94.2 Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica

Solloa (2006), describe los factores que pueden crear en los niños afectaciones en el ámbito afectivo:

- *Vinculación inicial deficiente.*

El vínculo inicial con la madre aumenta el apego posterior entre ambos, por lo tanto, situaciones que decrementan el vínculo durante los primeros meses de vida aumentan la vulnerabilidad al trastorno.

- Psicopatología materna

Se considera un factor importante si madre padece algún tipo de psicopatología, como lo es en el caso de depresión post-parto o en algún desorden depresivo que impida a la madre el acercamiento con su hijo y poder proveer los cuidados necesarios. También el que padezca de cualquier disturbio emocional que interfiera con su habilidad parental.

- Factores psicodinámicos

Estos factores intervienen en las habilidades que poseen las madres para cuidar a sus hijos. La madre puede rechazarlo de manera inconsciente por diversas razones. Dificultades que pueden estar presentes, aunque no exista una enfermedad psiquiátrica.

- Falta de habilidades parentales

Las habilidades pueden ser deficientes debido a la privación o aislamiento social y a una carencia de aprendizaje sobre las necesidades de los niños. La madre puede ser poco sensible a las necesidades que se puede relacionar con una maternidad prematura o retraso mental en la madre. Es por ello que la institucionalización o una hospitalización prolongada pueden tener efectos desastrosos en la formación del apego, ya que el niño podría tener faltar de contacto íntimo con sus cuidadores y una pobre estimulación sensorial para un óptimo desarrollo físico y emocional.

Resulta claro que, aunque la tarea de la formación del apego continúa a lo largo de la vida, es durante el primer año que este proceso puede sufrir un deterioro fundamental. En estos niños se manifiesta un desarrollo retardado, ausente o anormal en el área emocional y social. Hay una desviación del desarrollo esperado que varía según la edad cronológica (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000).

La reeducación o resolución de los síntomas de este trastorno probablemente dependan en gran parte de la naturaleza, duración y severidad de la exposición infantil de la crianza patógena, de los factores constitucionales del niño o de la interacción de los dos. El pronóstico depende de las medidas correctivas; si el niño permanece en una institución o regresa a casa y es asignado a un nuevo ambiente adecuado con un cuidador cariñoso de manera permanente. También dependerá de las intervenciones psicológicas tanto individuales y en caso de ser posible familiar. Este tratamiento disminuirá e incluso puede eliminar la desconfianza y la falta de vinculación niños (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , 2004).

### 5.3 Características del Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención fue descrito por primera vez por el médico alemán Heinrich Hoffman en 1854, este trastorno aparece a temprana edad y suele ser más común en los hombres, los síntomas asociados son: la hiperactividad, impulsividad y distractibilidad (Alexander- Roberts, 1994).

En sus inicios fue nombrado como “un defecto de la conducta moral” por el pediatra británico Frederick Still (Barkley, Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 2006) e incluso ha sido tratado como una “impulsividad orgánica”. De igual forma se planteó que era resultado de un daño cerebral, siendo las aportaciones de Clemens en 1966 las que lograron cambiar el término de daño cerebral por el de disfunción, puesto que no pudieron localizar una zona dañada en el cerebro que apoyara esta teoría. (Amador, 2007)

En 1988, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) distinguió por primera vez al trastorno como una “reacción hiperquinética de la niñez” caracterizada por tener una sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos aunque se planteaba que desaparecían al llegar a la adolescencia. En un intento por llegar a una definición, American Psychological Association (APA) ha propuesto en sus manuales, DSM-III, DSM III-R y actualmente en el DSM V que este trastorno se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de nivel de desarrollo similar, de igual forma se indica que para tener un diagnóstico preciso se debe tomar en cuenta que estos síntomas tienen que afectar significativamente las actividades en el desarrollo de los infantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría se ha llegado a la conclusión de que es TDA es un trastorno heterogéneo, por lo que se han propuesto dos subtipos:

- Trastorno con Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
- Trastorno con Déficit de Atención situacional y generalizado.

En el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) se refiere al niño (a) con TDA, *“como aquel que manifiesta grados inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad”*, suelen agravarse en situaciones que refieren atención sostenida. Estos síntomas pueden disminuir e incluso desaparecer con un reforzamiento frecuente o un control estricto, también suelen presentarse cuando está en situaciones que desconoce o nuevas para él que podrían producirle ansiedad.

En el siguiente apartado se enlistan los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V (2013):

***Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad***

A. Existen 1 o 2:

*1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención que han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:*

*Desatención:*

*(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.*

*(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.*

*(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.*

*(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).*

*(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.*

*(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).*

*(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).*

*(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.*

*(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.*



2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### *Hiperactividad*

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

#### *Impulsividad*

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

*B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.*

*C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).*

*D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.*

*E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).*

***F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)***

*Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.*

***F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)***

*Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.*

***F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)***

*Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.*

*Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".*

Para considerar el diagnóstico del TDAH, el niño debe mostrar al menos seis de las características de falta de atención e hiperactividad, deben ser evidentes antes de los siete años de edad. Asimismo, los comportamientos de falta de atención, impulsividad e hiperactividad deben ser incoherentes respecto al nivel del desarrollo del niño y alteren su adaptación social (Solloa, 2006).

Hasta el día de hoy, la detección del TDA/H es puramente clínico, puesto que no existe ningún examen psicológico que pueda determinarlo de manera infalible.

Al respecto, Uriarte (1998) propone el siguiente procedimiento de evaluación diagnóstica:

1. Observación clínica
2. Entrevista y aplicación de cuestionarios a padres y familiares.
3. Historia clínica.
4. Evaluación psicométrica.
5. Consideración de los criterios diagnósticos con base en el DSM-V

Soutullo (2005) comparte con Uriarte dicho procedimiento y agrega dos puntos más:

1. La exploración física para descartar, principalmente, problemas visuales o auditivos.
2. La realización de una entrevista con los maestros para determinar la capacidad, rendimiento, comportamiento y situación emocional, así como la relación con el resto de los compañeros.

La información que proporcionan padres y profesores es sustancial, pues son ellos quienes observan en el niño los síntomas típicos del trastorno.

En el ámbito escolar y la vida en el hogar, la impulsividad y la inatención se hacen presentes mediante la incapacidad para seguir las instrucciones de los maestros y para terminar las tareas. En cuanto a la hiperactividad, se nota cuando al niño le cuesta trabajo estar sentado y suele ser muy ruidoso e inquieto (Solovieva, Bonilla, Lázaro, & Quintanar, 2010).

Usualmente este trastorno es detectado en la escuela. Es un trastorno difícil de diagnosticar, no existen marcadores biológicos y mucho menos un estudio específico que nos diga si el niño padece o no el trastorno, además que muchos padres de familia suelen “diagnosticar” a sus hijos con TDA-H cuando muestran un comportamiento inquieto, pero la respuesta definitiva solamente la puede dar un especialista entrenado en psiquiatría infantil tras una evaluación cuidadosa y detallada de cada caso. Se detecta usando la información que den los padres, maestros y cuidadores sobre el comportamiento (Solovieva et al., 2010).

Sin embargo, hay que hacer una valoración neuropsicológica para descartar cualquier otro problema y también se deben realizar diagnósticos diferenciales de enfermedades psiquiátricas. El asma, por ejemplo, provoca que el niño tenga periodos cortos de atención.

Los exámenes psicométricos pueden ayudar a obtener algunos indicadores, pero el testimonio de padres y maestros es muy importante (Rosas, 2004).

Ávila y Polaino (2002) mencionan que los niños que padecen el trastorno desde muy temprana edad muestran conductas no esperadas en los diferentes periodos de desarrollo.

Emocionalmente los niños con TDA/H se perciben como latosos, traviosos, malos, no queridos, tontos, sin amigos, esto les genera sentimientos de minusvalía; se sienten como individuos raros o diferentes. Las conductas compensatorias para tales sentimientos son, con frecuencias negativas y destructivas (Passow, 1998). Socialmente tienen dificultades debido a que su grupo de pares los excluyen, usualmente porque no saben jugar o porque siempre quieren ganar y, cuando no lo logran hacen trampa y explotan en rabietas.

Caldera (2016) describe las conductas habituales por periodos determinados:

**Tabla 2.**

Conductas habituales en diferentes edades en niños con TDAH

Edad	Características
Infancia: 0- 4 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadamente activos</li> <li>• Hábitos nerviosos como: morderse las uñas</li> <li>• Demandas de atención excesivas</li> <li>• Problemas para dormir</li> <li>• Falta de autocontrol</li> <li>• Dificultades para relacionarse con otros niños</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
Niñez media: 4-8 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reto a la autoridad</li> <li>• Desobediencia</li> <li>• Bajo rendimiento académico</li> <li>• Mentiras</li> <li>• Problemas de aprendizaje</li> <li>• Prefieren relacionarse con niños menores que ellos</li> </ul>
Niñez tardía (pubertad):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresividad</li> <li>• Robos</li> </ul>

8-13 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destructibilidad</li> <li>• Aversión a la escuela</li> <li>• Pueden demostrar ciertas conductas sociópatas</li> <li>• Carencia de amigos</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Problemas de aprendizaje</li> <li>• Falta de atención</li> </ul>
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La motivación hacia la escuela y el aprendizaje se ven aún más disminuidos</li> <li>• Dificultades para planear y medir el tiempo</li> <li>• Puede ser sumamente activo o sumamente pasivo</li> <li>• En esta etapa la hiperactividad suele disminuir significativamente, pero puede ser reemplazada por una sensación interior de inquietud.</li> </ul>

Los síntomas del TDA, pueden hacer sentir a los cuidadores cierta desesperanza a la hora de educar a los pequeños por las dificultades que esto representa, sin embargo, no debe perderse de vista que son niños muy inteligentes y llenos de creatividad que como cualquier otro necesitan cariño. Indudablemente son necesarias las reglas y un sistema parental firme.

Barragán (2003) y Gratch (2003) enfatizan que el mejor tratamiento para aquel que contempla un manejo integral, no solo de los síntomas del TDA-H, sino de los ámbitos social, escolar y familiar. Este tipo de tratamiento se basa principalmente en:

1. *Tratamiento farmacológico*: Es importante dejar perfectamente establecido que los profesionales clínicos (neurólogo, psiquiatra y pediatra) son los únicos capacitados para prescribir el medicamento apropiado; autores como Uriarte (1998) y Amador (2007) apuntan que, antes de recetar dichos medicamentos, los profesionales deben considerar: edad, severidad de los síntomas y de las conductas, tratamientos previos, actitud de los padres hacia la medicación y, finalmente, actitudes del paciente ante ésta. Sugieren que sólo tras valorar todos los aspectos ambientales, diseñar un programa terapéutico adecuado y verificar que la severidad de los síntomas sea incapacitante deberá administrarse el medicamento.

Los efectos terapéuticos de los psicofármacos inciden directamente en los

síntomas de hiperactividad e impulsividad y por, ende, en las capacidades de concentración, pero sus efectos son a corto plazo, pues funcionan solo mientras se administra el medicamento. Solloa (2006), confirma lo anterior y planea como objetivos del tratamiento médico:

- a. Facilitar el aprendizaje escolar
- b. Disminuir conductas hiperactivas
- c. Optimizar la relación social al beneficiar la autoestima y disminuir el estrés familiar.

En cuanto al rendimiento escolar del niño TDA-H se observa mejoría en su capacidad de aprendizaje, las calificaciones se incrementan, aumentan considerablemente componentes cognitivos tales como: atención, motivación, capacidades lingüísticas, sensopercepción y memoria; no así en habilidades sociales, por lo que se torna indispensable el tratamiento psicológico.

2. *Tratamiento psicopedagógico*: de los resultados obtenidos de la valoración académica de los niños con TDA-H se puede concluir que la gran mayoría requieren de apoyo psicopedagógico adicional; esto depende de la magnitud y calidad de las dificultades encontradas (Barragán, 2003). esto se debe a que, las dificultades de aprendizaje se acumulan de tal manera que entre más temprana sea la intervención, el paciente tendrá mayores expectativas de rehabilitarse y nivelarse con sus compañeros. La finalidad es optimizar, mediante el entrenamiento de habilidades, el rendimiento académico de infantes que presentan dificultades frecuentes como: comprensión de lectura, la escritura, el cálculo y la resolución de problemas y el procesamiento perceptual.

Es de suma importancia destacar que el entrenamiento y la reeducación en las áreas cognitivas revisten un elaborado proceso, cuyo éxito radica en la colaboración y compromiso del alumno, padres y maestros.

3. *Tratamiento psicológico*: Barragán (2003) indica que el tratamiento psicológico se basa fundamentalmente en programas de estrategias conductuales, cognitivo-conductuales, entrenamiento y orientación a padres.

En las estrategias conductuales la intervención directa se realiza al niño en:

entrenamiento en atención a la tarea, economía de fichas, refuerzo positivo y costo de respuesta. Este tipo de intervención es eficaz para aumentar las conductas de atención, cantidad de trabajo escolar realizado y calidad de uno mismo.

Dentro del programa de modificación de conducta, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia (Miller, 2016). Esta perspectiva terapéutica conjunta técnicas conductuales y cognitivas para lograr la modificación del comportamiento, a mediante la alteración de los procesos cognitivos, que actúan como punto focal del entrenamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, expectativas, creencias e ideas. Este enfoque implica, manipulaciones en el entorno y utiliza técnicas como desensibilización sistemática, condicionamiento cubierto, modelamiento, autocontrol y autoinstrucciones.

En el entrenamiento y orientación a padres los principales objetivos son: incrementar el conocimiento, formar e informar acerca de métodos de cambio conductual y mejorar las habilidades para manejar y controlar las conductas presentadas.

En el libro “The ADHA Parenting Handbook” (Alexander- Roberts, 1994) les ofrecen a los cuidadores y padres recomendaciones para orientarlos en el proceso de la educación y estructuración de los niños, algunas de estas sugerencias se describen a continuación:

1. *Modelar instrucciones.* Enseñarle al niño que repita y repase las instrucciones antes de empezar a darle una tarea.
2. *Modelar soluciones a los problemas.* Después de explicarle lo que debe hacer, se le debe decir, cómo hacerlo y si hay soluciones se le debe enseñar cuál es la más apropiada.
3. *Enseñar estructura de organización.* Fomentar la realización de tareas que se dificulten bajo el desarrollo de un plan organizado.
4. *Enseñar automonitoreo.* Usar señales diarias que fomenten el trabajo del niño y el desarrollo de la habilidad de automonitorearse.
5. *Instrucciones cortas.* Darle al niño instrucciones concretas y claras, una a la vez.

Gratch (2003) y Solloa (2006) mencionan que una de las consecuencias del TDA es el daño crónico en el su autoestima y la marginación de actividades grupales, familiares y

escolares, por lo tanto, se considera indispensable en apoyo de los padres o tutores en el tratamiento de los niños.

El diagnóstico para los niños que padecen TDA es generalmente optimista, sobre todo si la familia, las personas que los rodean y sus cuidadores han conjuntado esfuerzos para fortalecer su autoestima y con ello logran hacerles sentir que el mundo es amable con ellos. Se les debe enseñar que todos los niños son diferentes y que pueden lograr todo lo que propongan, deben hacerles sentir con la seguridad de que sus diferencias con el resto de los niños no los privarán jamás del amor y el respeto de todos y que tampoco los limitarán a lograr sus metas (Solovieva, et al., 2010).

#### 5.4 Trastorno negativista desafiante

Las alteraciones de conducta son un problema clínico importante en la niñez y en la adolescencia, y generalmente se presentan asociadas a importantes desajustes en la vida familiar, escolar y social del niño (Peña–Olvera & Palacios–Cruz, 2011).

Originalmente a este trastorno se le nombraba como personalidad pasivo-agresiva, pero en la actualidad se distinguen dos trastornos dependiendo de la edad del sujeto; los niños al no poder ser diagnosticados con un trastorno de personalidad, se les diferencia de los adultos por un negativismo desafiante, que es considerado como trastorno típico de la niñez y, en el caso de la adultez se puede manifestar el problema bajo el rubro de trastorno de la personalidad pasivo-agresiva (Solloa, 2006).

El oposicionismo normal de ciertas etapas del desarrollo es necesario para asumir una individualidad y poder establecer normas y controles internos; la patología comienza cuando estas fases se prolongan o cuando el medio reacciona excesivamente a la oposición del niño. De esta manera, el oposicionismo sano de una etapa adquiere autonomía por sí mismo, se convierte en parte del carácter y persiste aún después de que su función adaptativa ha terminado (Greene, 2002).

El oposicionismo normal comienza a las 10 u 11 meses de edad, cuando el niño busca alimentarse por sí mismo. Otra fase normal ocurre entre los 18 y 30 meses de edad, donde



el negativismo es una expresión de la independencia y autonomía que está en desarrollo. Erikson (1963) establece que el desarrollo del ser humano pasa por ocho etapas de la vida, las cuales, al vivirse exitosamente, aportan una mayor fuerza al yo. Explica segunda etapa que se da durante la primera infancia como: *la adquisición de un sentido de autonomía al mismo tiempo que se combate contra un sentido de la duda y la vergüenza: realización de la voluntad.*

En esta etapa, la adquisición de la autonomía es el tema central; a medida que aumenta la confianza del niño en su madre, en su ambiente y en su modo de vida, comienza a descubrir que la conducta que se desarrolla es propia, con lo que afirma su sentido de autonomía y realiza su propia voluntad. Al volverse consciente de su dependencia crea al tiempo un sentido de duda respecto a su capacidad y libertad para afirmar su autonomía. Es en este momento que necesita una guía sensible y comprensiva, así como un apoyo que le permita adquirir una relativa autonomía en ciertas áreas de su vida, integrar en sí mismo orientadores de control y dirección que lo ayude a superar la crisis de esta etapa logrando interiorizar su propia autorregulación (Armstrong, et al., 2012).

La adolescencia es otra etapa en la que las conductas rebeldes y opositoras son normales. Para Erikson (1977), en esta etapa lo primordial es lograr la identidad, *la capacidad del yo de mantener la continuidad y la mismidad frente a un destino cambiante.* La sociedad provee al adolescente de una “moratoria psicosexual” que le permite experimentar lo que la sociedad tiene que ofrecer, con el fin de ir definiendo su personalidad.

De acuerdo al DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) este trastorno se caracteriza por un patrón recurrente e inapropiado, para el nivel de desarrollo y contexto socio-cultural, de conductas negativistas, desafiantes, desobedientes y comportamiento hostil hacia las figuras de autoridad. Este patrón conductual afecta de manera importante su vida social, académica y la función ocupacional, conduce a importante alteración en la relación con los padres, hermanos, otros miembros de la familia, compañeros, profesores, entre otros.

Clínicamente se puede diferenciar dos tipos de negativismo: el pasivo y el activo; en el primero, el comportamiento del niño se caracteriza por que el niño no realiza órdenes o peticiones de los otros, pero sin llevar a cabo conductas hostiles u opositoras

manifiestas. Estos niños dirán que si a todo, pero no lo llevaran a cabo. Por otro lado, los niños con un negativismo activo se resistirán en forma abierta a realizar peticiones de otros, mostrando una actitud constante de enojo, resentimiento y desplegando conductas hostiles y agresivas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Este trastorno generalmente se manifiesta en el ámbito familiar, aunque con el tiempo puede hacerse extensivo a otras áreas como la escuela y las relaciones sociales.

Los criterios que establece el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante son los siguientes:

### **Criterios para el diagnóstico del F91.3 trastorno negativista desafiante**

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. A menudo discute con adultos
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. A menudo es colérico y resentido
8. A menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Los niños negativistas pueden presentar, enuresis, encopresis, mutismo selectivo, evitación de la escuela, bajo rendimiento académico, baja tolerancia a la frustración, trastornos del sueño y de la alimentación. Su autoimagen está deteriorada ya que se encuentra asociada a las relaciones negativas con los demás. También están presentes sentimientos de inadecuación y depresión por sus dificultades sociales, académicas y a su pobre autoestima. También se pueden observar labilidad emocional, utilización de palabras soeces y consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales (Hamilton, 2008).

Se estima que afecta al 3% de los niños en edad escolar. Es más prevalente en niños que en niñas, aunque algunos investigadores recomiendan que en las niñas se utilicen otros criterios dado que sus conductas irregulares pueden ser más sutiles, utilizan más la agresión verbal que la física, recurren a rumores o conductas de exclusión de otras compañeras, entre otros (Peña–Olvera & Palacios–Cruz, 2011).

No hay una explicación clara sobre su causalidad, pero se considera que los niños lo padecen, pueden no tener las habilidades cognitivas y emocionales necesarias o lo suficientemente desarrolladas, para cumplir con las demandas del entorno o requerimientos de las figuras de autoridad (Greene, 2002). Puede haber cierta alteración o menor desarrollo de la modulación afectiva y la función ejecutiva. Aunque no hay una explicación neuroquímica específica se han vinculado vías relacionadas con la serotonina y la norepinefrina (Hamilton, 2008).

El diagnóstico se establece por la presencia del patrón conductual descrito en los criterios. La entrevista para la documentación de la historia, la observación del patrón conductual y los reportes de padres y profesores son las fuentes que aportan los elementos del diagnóstico. Pueden utilizarse algunos instrumentos como la Pediatric Symptom Checklist, SNAP-IV, NICHQ Valderbilt Assessment Scale y otros utilizados por clínicos neurólogos (Rigau- Ratera, 2006).

Para el tratamiento de niños con trastorno negativista, lo que ha resultado más efectivo es una combinación de psicoterapia individual para el niño y asesoría para los padres. Es importante utilizar un entrenamiento parental a fin de ayudarles a ser más positivos, adquirir estilo de disciplina apropiada y evitar los patrones punitivos de corrección (que pueden reforzar las conductas negativas, especialmente las respuestas agresivas), ayudar a establecer normas y límites que sean lógicos y consistentes, resolución de problemas o situaciones conflictivas, manejo del enojo para evitar la agresión o las conductas hostiles, aprender a premiar y castigar. Acuerdo en el manejo de la conducta entre los adultos, de manera especial entre el padre y la madre, así como intervenciones múltiples en situaciones de la vida diaria y entrenamiento para la expresión apropiada del enojo y la frustración (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

La meta es lograr el control de las respuestas agresivas, el establecimiento de normas y límites, desarrollar un entorno social positivo, un apropiado desarrollo del lenguaje y la expresión emocional (Miller, 2016).

El programa "Defiant children" de Barkley (1998) puede aplicarse como alternativa de tratamiento, este incluye etapas que cubren los siguientes aspectos:

1. Aprender a prestar atención al hijo.
2. Usar la atención para conseguir que obedezcan o se ajusten a la norma establecida.
3. Ordenar de una manera más eficaz.
4. Enseñar a no interrumpir.
5. Establecer un sistema de recompensas.
6. Aprender a castigar o sancionar el mal comportamiento de una forma constructiva.
7. Aprender a controlar al hijo en lugares público.

En el siguiente apartado se describen las estrategias de intervención utilizadas, sus antecedentes y sus principales objetivos en psicoterapia.

## VI. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

### 6.1 Juego y terapia de juego

La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) define a esta terapia como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Schaefer, 2012)

La Terapia de Juego surge a partir del trabajo de Freud con el pequeño Hans, él incorporó el juego a la psicoterapia. Freud describió que el juego cumple tres funciones principales: fomentar una autoexpresión libre, satisfacción del deseo y dominio de sucesos traumáticos. Ya que el juego permite al niño recrear con un sentido de poder y control la situación; permitiéndole conscientizar los recuerdos reprimidos (Schaefer, 2012).

Melanie Klein continuó con la idea de usar el juego para la terapia infantil en un marco psicoanalítico. En particular, creía que el juego permite aflorar el material inconsciente, y que el terapeuta podría interpretar los deseos y conflictos reprimidos para ayudarlo a entender sus problemas y necesidades. Ella trabajó con niños más pequeños que los que atendían los psicoanalistas tradicionales (Schaefer, 2012).

Por su parte, Anna Freud, creía que el juego es importante porque permite al terapeuta establecer una alianza terapéutica con el niño (Schaefer, 2012).

Posteriormente Virginia Axline, defendió la creencia de que las condiciones necesarias para el cambio terapéutico son la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad. También afirmó que los niños pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos por medio del juego que con palabras (Axline, 2004).

En 1946 Bernard Guerney concibió esta modalidad, pues considero que la terapia de juego funcionaba mejor cuando los padres participan en ellas. Asimismo, se observó que el manejo de materiales en el juego terapéutico, para enseñar a los padres a cambiar u optimizar conductas de sus hijos, propiciar mejoras en la relación padres-hijo (Axline, 2004).

Helleberg (1988) sostiene que el juego ayuda a involucrar al niño en la relación terapéutica, al permitirle la *reactuación simbólica del contenido abrumado por el conflicto y la expresión de los deseos primitivos reprimidos en forma de mentiras*.

Schaefer (2012) clasifica a la Terapia de Juego en ocho categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización. Indica que estos mecanismos de cambio constituyen los fundamentos de los modelos teóricos de esta terapia.

Schaefer (2012) afirma que:

Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación social positiva. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata para ellos. Pueden practicar nuevas habilidades de forma que tiene sentido, sin los límites estructurados del “mundo real” o la necesidad de usar un lenguaje verbal. Esta actividad les brinda la oportunidad de dominar su mundo a medida que crean, desarrollan y mantienen el sentido de sí mismos.

Virginia Axline (2004), por su parte, asumió los principios Rogerianos, modificó el método, reformuló los principios como una guía para ser usada en la práctica y los convirtió en una técnica de terapia de juego:

- Ser cálidos y amistosos en la relación.
- Aceptar expresiones, sentimientos y decisiones, cuidando que no viole ningún límite.
- Crear un ambiente de permisividad para que exprese sus sentimientos.
- Esperar que los sentimientos se expresen, así como reflejar los sentimientos ocultos para que sienta comprensión y aprenda más acerca de sus emociones y conductas.
- Respetar la habilidad para resolver sus propios problemas.
- No dirigir las acciones del niño, el terapeuta sigue la dirección que el niño marca.

- No apresurar, se debe mostrar paciencia.
- Establecer límites y hacer que el niño se percate de ellos.

Axline (2004) describe el proceso como una oportunidad que se le ofrece a los infantes para experimentar el crecimiento bajo condiciones favorables; es decir, al jugar con sus sentimientos el niño los saca a flote, los encara, aprende a controlarlos o abandonarlos; al jugar libremente también experimenta un periodo de independencia mediante la acción al tiempo que reorganiza e integra sus actitudes, pensamientos, emociones y sentimientos para alcanzar la autorrealización, pero para poder llegar a ésta, necesita ser él mismo y ser aceptado por los demás.

Al igual que la terapia tradicional, la terapia de juego puede ponerse en diversos formatos. Por ejemplo, los terapeutas de juego centrados en el niño suelen utilizar sesiones individuales con el pequeño y le dan la libertad de expresarse con poca dirección del terapeuta. El papel del terapeuta es alentar en el niño la expresión apropiada de emociones y proporcionarle un sentido de control sobre la relación terapéutica. Los terapeutas que utilizan otras modalidades, como la terapia de juego cognitivo-conductual, suelen dar más estructura al proceso terapéutico, dependiendo de las necesidades evaluadas del niño (Campo, 2014).

Los terapeutas filiales entrenan a los padres para ser coterapeutas y llevan a la práctica el proceso terapéutico por medio de las interacciones entre los padres y el niño. Las sesiones de terapia filial son similares a la terapia de juego centrada en el niño, pero en estas los padres fomentan interacciones positivas que continuarán más allá del consultorio (citado en Schaefer, 2012).

Durante el proceso, el niño “empieza a darse cuenta de su potencialidad, de pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más madura psicológicamente y, con lo anterior, adquiere conciencia de su individualidad” La toma de conciencia de la individualidad es la meta de la terapia de juego no-directiva y para lograrla es necesario ofrecer un espacio donde no se le evalúe, critique, sugiera o presione para cambiar; es decir, proporcionarle un ambiente óptimo bajo condiciones de aceptación y permisividad para que pueda exteriorizar los sentimientos acumulados a fin de que los afronte, controle o abandone. Una vez conseguida la relajación emocional, comienza a descubrirse y aceptarse

tal como es, obtiene la libertad de dirigir su propio camino y asume el compromiso de sus propias decisiones (Axline, 2004).

Existen tres etapas en el proceso de terapia. El primero, construcción del rapport, involucra sesiones iniciales en que el niño y el terapeuta empiezan a establecer una relación de trabajo. El terapeuta sigue recabando información acerca del niño y sus experiencias, mientras que éste conoce el espacio de juego y el proceso de terapia. (West, 2000)

La segunda etapa, de trabajo, es la más prolongada y donde ocurre buena parte del cambio terapéutico. En esta etapa el terapeuta selecciona y aplica el agente, o agentes, más apropiados inherentes al juego. Durante esta etapa pueden surgir deseos o necesidades no satisfechas, conflictos no resueltos o dificultades que el niño trata de dominar o entender.

La etapa final de la terapia de juego es la terminación. El terapeuta y el niño han empleado el proceso terapéutico para mejorar o resolver los problemas presentados. Se pretende que la etapa de terminación permita el niño y a la familia apropiarse de los cambios ocurridos y preparar el terreno para continuar las mejoras.

El terapeuta de juego refleja las acciones y sentimientos del niño mediante su participación en el juego si se le pide. En las primeras etapas el terapeuta no estructura las sesiones, pero, al haber intentado ayudar al niño a sentirse seguro y a comprender las normas del cuarto de juego, espera a ver que surge. La agenda de la sesión depende del niño y el terapeuta de juego asume la responsabilidad de prevenir que exista peligro, daño o conductas inadecuadas (Bray, 1984).

Así, West (2000) sostiene que la Terapia de Juego, desde este enfoque brinda al niño las bases para propiciar los cambios en sí mismo y en su ambiente. Los problemas por los que ingresó a la terapia desaparecen o disminuyen, sintiéndose capacitado.



## 6.2 Estrategias Cognitivo-Conductuales para en niños y adolescentes

Desde comienzos de los años sesenta hasta la actualidad, la Terapia Cognitiva Conductual ha tenido un fructífero desarrollo. Podríamos hablar de una primera generación de terapia cognitiva impregnada de consideraciones basadas en el desarrollo de la conducta y en una extensa base de conocimientos e investigaciones sobre el aprendizaje. Dentro de este movimiento encontramos las teorías del aprendizaje social que ponen el énfasis en la influencia social y la capacidad autorregulatoria de las personas. En este sentido, los aportes de Bandura (1969) han sido fundamentales para los tratamientos cognitivos conductuales en la población de niños, adolescentes y familias. Su marco conceptual, la teoría del aprendizaje social, nos ha permitido pensar cómo contribuyen los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y conducta humanas. Asimismo, dicha teoría sugiere que una combinación de factores del entorno (sociales) y factores psicológicos influyen sobre la conducta (Bandura, 1968).

La Terapia Cognitiva Conductual sostiene que existen cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo (citado en Ávila, 2002). De esta manera, el modelo cognitivo conductual va a incorporar y enfatizar la importancia de las variables contextuales, sistémicas, interpersonales y culturales en el marco general y en particular con la población infantojuvenil.

La terapia cognitiva es lo contrario a la terapia de conducta. La terapia cognitiva se centra principalmente en los pensamientos y emociones que llevan a ciertos comportamientos, mientras que la terapia conductual se enfoca en el cambio y la eliminación de esos comportamientos no deseados. Sin embargo, algunos terapeutas practican un tipo de psicoterapia que se centra en los pensamientos y comportamientos. Este tipo de tratamiento se llama terapia cognitivo-conductual (Alexander- Roberts, 1994).

La terapia cognitivo-conductual, ayuda a mejorar el estado de ánimo, la ansiedad y el comportamiento del niño mediante el examen de los patrones confusos o distorsionados de pensar. Terapeutas enseñan a los niños que los pensamientos causan sentimientos y

estados de ánimo que pueden influir el comportamiento. Durante la terapia, el niño aprende a identificar patrones de pensamientos dañosos. Luego, el terapeuta le ayuda a reemplazar este pensamiento con pensamientos que dan lugar a sentimientos y comportamientos más apropiados (Barkley, 2006).

Existen similitudes y a su vez grandes diferencias entre la terapia cognitiva conductual con adultos y con niños y familias. Una cuestión a tener en cuenta es que generalmente los niños y niñas no acuden a terapia por propia voluntad; la mayoría de las veces son llevados por los adultos (padres, familiares, cuidadores) o suelen ser derivados por el sistema escolar o el sistema de salud. Adicionalmente la terapia cognitiva conductual con niños debe tomar en consideración la característica del trabajo con el sistema familiar, escolar y, por supuesto, con el grupo de pares (Gómez, 1988).

Otra característica a considerar es que los tratamientos cognitivos conductuales suelen basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora. A su vez, los tratamientos están orientados a la acción, ya que los niños suelen aprender haciendo. Y, si bien cada tratamiento tendrá un objetivo específico y particular según las necesidades de cada caso, los terapeutas cognitivos conductuales van a trabajar ampliando recursos, fortalezas y habilidades de afrontamiento, intentando aumentar la motivación y construyendo una fuerte *alianza terapéutica*.

La terapia cognitivo-conductual puede ser realizada por una variedad de profesionales de la salud mental, como psicólogos licenciados, trabajadores sociales y consejeros. Varios métodos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se pueden utilizar, dependiendo del problema particular. TCC se considera una terapia a corto plazo, pues dura entre ocho y diez y seis sesiones. Algunas de las técnicas utilizadas incluyen (Barkley, 2006):

- Guiar auto verbalizaciones (“Parar, pensar, actuar”).
- Auto- declaraciones positivas (“Usted puede resolver este problema”).
- Auto instrucciones verbales (“¿Cuáles son todas mis opciones para resolver este problema?”).
- Técnicas de relajación (respiración controlada, relajación muscular progresiva).
- El reconocimiento de la cognición defectuosa (“Yo sé que ella no quiso hacerlo, fue

un accidente”).

- Modelando, juegos de rol y de refuerzo para el uso de habilidades.

Los beneficios de la terapia de comportamiento pueden incluir:

- Recibir apoyo emocional.
- Resolución de conflictos con los demás.
- Entender cómo los sentimientos impactan los pensamientos y acciones.
- Inversión de los patrones negativos de pensamiento, dirigiendo a los malos hábitos.
- Apropriadamente lidiar con el estrés y la frustración.
- Participar positivamente en una variedad de actividades.
- El establecimiento de objetivos para reemplazar los patrones negativos de comportamiento con los positivos.
- Nuevas formas de técnicas de aprendizaje y de auto-ayuda se refuerzan.
- Aumento de la autoestima.
- Mejora del rendimiento en la escuela, en casa y en situaciones sociales.

La terapia cognitiva conductual puede ser utilizada para tratar la ansiedad y la depresión y prevenir la recaída de la ansiedad o la depresión en los niños que han sido tratados con medicamentos (Solloa, 2006).

### 6.3 Terapia narrativa

Jennifer Freeman y David Epston (2001) son los fundadores de lo que se conoce con el nombre de terapia narrativa. La práctica narrativa asume que las identidades de las personas se construyen en función de las historias que éstas relatan acerca de sus vidas.

Las historias se construyen con la unión de ciertos eventos, vinculados en una secuencia, a través del tiempo y en torno a un tema. Estos eventos están asociados a significados particulares, que construyen nuestra identidad (la sensación de “quién soy”). La experiencia

siempre es más rica que la historia que nos contamos acerca de ella. La selección de los eventos que conforman nuestras historias y los significados que les asignamos, se ven influenciados por el contexto socio-político y cultural más amplio y las relaciones de poder (Freeman, Epton, & Lobovits, 2001).

Los terapeutas narrativos se interesan en que las personas puedan reescribir su vida desde una perspectiva enriquecida, incorporando experiencias (eventos) que han sido invisibilizadas, pero que en definitiva forman parte de la identidad de la persona y son coherentes con lo que ella quiere para su vida. La terapia narrativa representa un desafío para la creatividad de los terapeutas y ha incorporado una gran variedad de recursos e innovaciones en el trabajo con niños, adolescentes, adultos y comunidades. (Barragán, 2003)

La terapia narrativa permite a los terapeutas responder a una gran variedad de problemas individuales, familiares y comunitarios, con personas de todas las edades. Trabaja desde los conocimientos, habilidades, propósitos y valores de las personas, grupos y comunidades y se orienta a re-escribir la historia de vida saturada del problema, a una historia preferida para la persona. (Freeman, Epton, & Lobovits, 2001)

Esta orientación terapéutica surge hace más de treinta años en Australia y Nueva Zelanda. Posteriormente se ha expandido ampliamente en diversos contextos, principalmente Estados Unidos, África y más recientemente se ha ido difundiendo en Latinoamérica, particularmente en México, Brasil y Chile. El terapeuta narrativo está interesado en el enriquecimiento de la descripción de vida de la persona rescatando aquellos eventos que contradicen la historia del problema y construyendo una narración fuerte, identificando en ella, los recursos de las personas y sus intenciones para el futuro. (Freeman, et al, 2001)

Una persona que va a una consulta psicológica, generalmente es porque tiene un problema que quiere solucionar. El terapeuta mediante una serie de preguntas, colabora con la persona a descubrir cómo es que el problema se instaló con tanta fuerza, cuáles son las estrategias que utiliza el problema para dominar gran parte de su vida (Armus, et al, 2012).

Por otra parte, se trabaja en la búsqueda de los recursos y habilidades de la persona que

consulta, con el propósito de que desarrolle su historia preferida de identidad y se conecte con su sentido de agencia personal o sentimiento de 'ser capaz de hacer', para enfrentar al problema y disminuir o eliminar la influencia que está ejerciendo en su vida (Freeman, Epton, & Lobovits, 2001).

El terapeuta es un acompañante/testigo con la responsabilidad de asegurar una atmósfera de curiosidad y respeto, cuya misión es descubrir junto con la persona, cuál es la vida que quiere vivir y cómo llegar a vivirla (Bruner, 1987).

Se trabaja con el relato que la persona hace de su experiencia de vida. No está interesado en definir la identidad de la persona, ni decirle lo que "debe hacer" para estar mejor. Su metodología considera la co-investigación en un contexto de colaboración entre el consultante y él, en el que el conocimiento de la propia persona acerca de su vida adquiere un valor fundamental para el desarrollo del trabajo terapéutico. (White, 2002)

#### 6.4 Inteligencia Emocional en niños y adolescentes

La inteligencia emocional es la capacidad de usar las emociones propias y ajenas para la buena interacción social. Una de las características que nos hace humanos es la de tener emociones. Ser capaz de reconocer las emociones propias y ajenas nos permite una mejor socialización y facilita una vida más feliz (Bisquerra, 2009).

La inteligencia emocional comienza a desarrollarse desde la niñez, pero el periodo clave para ella es la adolescencia. Por eso es tan importante tener este factor en cuenta cuando se tienen hijos adolescentes. (Martorell, Gonzáles, Rasal, & Estellés, 2015)

Como la adolescencia es el momento de la vida en la que se empieza a formar el carácter definitivo y, además, es el periodo en el que los humanos realizamos el proceso de socialización, la inteligencia emocional es una de las cuestiones más importantes a tener en cuenta a la hora de ayudar a los niños y adolescentes en su crecimiento (Armus, et al, 2012).

Lo más importante de una buena inteligencia emocional es que permite al que la posee relacionarse con éxito. Y una buena socialización es una de las bases para tener una vida exitosa y feliz (Bisquerra, 2011).

Una buena inteligencia emocional permite a las personas que la tienen entender mejor el mundo en el que viven y a los otros seres humanos. Pero sobre todo, consigue que la persona que la tiene se conozca mejor a sí misma y sea más capaz de dirigir su vida de forma exitosa (Henaó & García, 2009).

Una persona puede hacer que su inteligencia emocional aumente si trabaja en ello de forma satisfactoria. Así que incluso en personas cuya inteligencia emocional es muy escasa siempre existe la posibilidad de mejorarla.

La buena inteligencia emocional permite identificar las emociones de las otras personas; reconocer las emociones propias y utilizar esos dos conocimientos para las relaciones sociales así como saber manejar las emociones propias. (Agulló, et al, 2010)

La forma de empezar a desarrollar la inteligencia emocional es reconocer las emociones propias. Es importante que dejemos que los infantes sientan esas emociones y las reconozcan. No es bueno enseñarlos a reprimirlas. Es mucho más sano dejar que las vivan y aprendan a conocerlas. Es bueno que los niños y los adolescentes entiendan cuándo y por qué son felices, o desgraciados, o sienten frustración, o tienen esperanza, amor o cualquiera otra de las emociones humanas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , 2004).

También es importante que aprendan a no dejarse arrastrar por ellas. Si un niño se siente frustrado debemos enseñarle a que entienda la razón de esa frustración y ayudarle a encontrar las herramientas, también emocionales, que necesita para que la frustración no domine su vida (Couch, Góngora, García, Ian, & Olmos, 2015).

Una forma para que los niños y adolescentes aprendan a gestionar adecuadamente sus emociones es que sean positivos. La mejor escuela para tener una actitud positiva en la vida es vivir rodeado de personas positivas (Bisquerra, 2009).

Entender las propias emociones y aprender a vivir feliz con ellas lleva tiempo. Es un proceso al que se le debe dedicar atención y enfrentar con paciencia. Y al mismo tiempo que comienzan a aprender sus propias emociones empezaran también a advertir y entender las emociones de los demás. De ese conocimiento además surgirá en los niños una buena capacidad de empatía que es la capacidad de ponerse en el lugar de los otros (Gómez, 1988).

La educación emocional es la aplicación práctica que se deriva de la inteligencia emocional, aunque toma como fundamentos otros elementos como la teoría de las inteligencias múltiples, las habilidades sociales, la autoestima, las habilidades para la vida, el bienestar y la neurociencia (Bisquerra, Pérez-Escoda, & Filella, 2012).

En la educación emocional se propone un conocimiento de las propias emociones, que es el profundizar en el conocimiento de un mismo; conocimiento de las emociones de los demás, para poder llegar a la comprensión empática; regulación emocional de las propias emociones (ira, miedo, ansiedad, tristeza, depresión) como forma de relacionarse mejor consigo mismo y con otras personas; competencias socio-emocionales que faciliten una mejor convivencia; autoeficacia emocional que permita generar las emociones que uno desea; como consecuencia de todo ello contribuir al personal y social (Bisquerra, et al, 2012).

## 6.5 El Buen Trato

El Buen Trato se define en las relaciones con el otro, se refiere a las interacciones que promueven un sentimiento mutuo de reconocimiento y valoración. Son formas de relación que generan satisfacción y bienestar entre quienes interactúan. Este tipo de relación, además, es una base que favorece el crecimiento y el desarrollo personal. (Iglesias, 2012)

Las relaciones de Buen Trato parten de la capacidad de reconocer que “*existe un yo y que también existe otro, ambos con necesidades diferentes que se tienen en cuenta y se respetan...*” (Fundación Presencia, 2010)

El Buen Trato se da gracias a los vínculos que establecemos con nuestros seres queridos y las personas que nos rodean. Es decir, es un tipo de relación, que debe fundarse en un compromiso afectivo, entendido como un esfuerzo social y colectivo que busca el reconocimiento, la participación y la cooperación de todos.

En este sentido, la Asociación Afecto (2004) en su boletín sobre la niñez menciona que el Buen Trato hacia la niñez surge de la necesidad de contar con nuevas opciones y formar de actuar, sentir, valorar y pensar que permitan la promoción de actitudes positivas que ayuden a mejorar el componente familiar y social, del cual forman parte integral. Así mismo, el Buen Trato con los niños y las niñas, permite reducir el número de casos que se presentan frente al abuso y maltrato infantil.

En la Guía Infantil (García, 2012) indican que para “*desarrollar el respeto mutuo entre padres e hijos y la responsabilidad de asumir tareas proporcionadas a su edad, es fundamental marcar límites y saber escuchar*” (Nuevo, 2013). Y es que los niños necesitan sentir que los adultos les escuchan y reconocen sus méritos y las cosas que han hecho bien. Los hijos necesitan percibir que sus padres y madres les dedican atención, afecto y reconocimiento, con independencia de las circunstancias personales y familiares por las que atraviesen los adultos en cada momento.

La Guía Práctica del Buen Trato, propone que éste está compuesto por cinco elementos (García, 2012):

1. El Reconocimiento:

El Reconocimiento se trata de darse cuenta de que, tanto como uno, el otro existe con características, intereses, necesidades y formas de expresión tan importantes como las nuestras. Es la esencia del respeto, se construye desde el primer momento de vida mediante el propio reconocimiento que se como consecuencia de una adecuado vínculo afectivo.

2. La Empatía:

Es la capacidad de darse cuenta, entender y comprender qué siente, cómo piensa y por qué actúa el otro con quien nos relacionamos. Solo es posible desarrollarla si hemos reconocido al otro como individuo.



### 3. La Comunicación Afectiva:

Es dialogo. Está constituido por mensajes que intercambiamos con el otro con alguna finalidad. Solo si se basa en los elementos anteriores (reconocimiento y empatía) es un verdadero dialogo y para serlo precisa de dos capacidades fundamentales: saber expresarse con seguridad y saber escuchar sin juzgar.

### 4. Interacción Igualitaria

Se basa en el reconocimiento, la empatía, expresa la comprensión, uso adecuado de las jerarquías y el poder en las relaciones humanas. Las jerarquías (posiciones de autoridad) y el manejo diferenciado de poder (capacidad de influir en la vida de otros) que surge de ellas, existen para facilitar la convivencia y asegurar las condiciones básicas para la vida; de ninguna manera justifican diferencias en cuanto a la valoración de las personas.

Por ejemplo, los adultos, generalmente, tiene una posición de autoridad frente a los niños, niñas y adolescentes, sea en la familia en la escuela u otros ámbitos. Esto no quiere decir que los adultos sean más importantes; por tener mayor experiencia de vida, tienen la responsabilidad de orientar a los niños y adolescentes, velando porque se respeten las condiciones de seguridad y bienestar para ellos y ellas. Además, tienen la obligación de utilizar el poder que la posición de autoridad les da, para representar adecuadamente, los intereses y necesidades de los niños, niñas y adolescentes, en todas las decisiones que tomen.

### 5. La Negociación:

Es la capacidad de resolver conflictos en forma que todas las partes queden satisfechas. Cuando negociamos, no hay vencedores ni vencidos. Los conflictos en la convivencia son inevitables, precisamente porque somos diferentes. Si reconocemos que las características, intereses, necesidades y puntos de vida de todos y todas son igualmente importantes, no hay otra forma de resolver las discrepancias que negociando.

Lo importante es que en los momentos de tensión los adultos logren controlarse emocionalmente, eviten el maltrato, desarrollen comportamientos bien tratantes mediante el cariño y el uso apropiado de las normas y límites, si lo que realmente desean es criar y cuidar a niños felices. La educación basada en el Buen Trato fomentará en que los niños de

hoy sepan cómo reaccionar el día de mañana las diferentes situaciones que la vida les ponga enfrente. (Gómez J. , 2015)

El Buen Trato se desarrolla, se aprende y es un proceso que debe iniciarse en la primera infancia. Y uno de los caminos claves para que los adultos cuidadores puedan desarrollar comportamientos de buen trato es el adecuado ejercicio de la autoridad en la crianza de niños y niñas (Fundación Presencia, 2010).

En este capítulo describí las técnicas de intervención que trabajé con los niños, las características principales de cada una y sus antecedentes.

El siguiente capítulo analiza los resultados de manera general con los catorce niños y adolescentes que trabajé y de manera específica en dos niños. De igual forma describió los talleres y los temas tratados en cada uno.

## VII ANÁLISIS DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de las actividades realizadas durante los seis meses de Servicio Social. Se describen los resultados de los rubros de las actividades, evaluaciones psicológicas, intervenciones psicológicas y actividades sociorecreativas.

Se presentan tablas que incluyen las características de la población y el trabajo psicológico llevado a cabo con ellos:

- Edad que tenían en el tiempo que realicé en el Servicio Social
- Edad en la que ingresaron a la institución del DIF (casa hogar cuna, albergue temporal, Centro Amanecer)
- Motivo de ingreso a la institución
- Escolaridad
- Diagnóstico
- Técnica empleada
- Temas tratados durante las sesiones de terapia
- Resultados que se observaron al finalizar los seis meses de Servicio Social

De igual forma, se describen los resultados de las actividades de manera individual, para ello se seleccionaron dos casos, en los que se describe la historia clínica de cada niño, así como la relevancia de algunas de las sesiones de psicoterapia, los talleres, orientación que se les brindó y los cambios observados tras los seis meses del Servicio Social.

También se analizan la relevancia de los talleres, que se trabajaron con toda la población del Centro.

Adicionalmente los resultados se describen de manera cualitativa, con especial énfasis en los cambios observados.

### 7.1 Evaluaciones psicológicas

Aplicué varias pruebas a niños, adolescentes y a dos padres de familia. Las pruebas fueron Escala de inteligencias Weschler para niños IV (WISC-IV), Test del Dibujo de la Familia por Louise Corman, Frases incompletas, House, Tree and Person (HTP) y Fábulas de Düss.

Apliqué la prueba *WISC IV*, a siete niños, esta prueba se les aplicaba cuando ingresan al Centro y se reevalúa anualmente. En un inicio, colaboré proporcionando a los niños el material necesario y posteriormente hacía una retroalimentación sobre resultados. Después apliqué las pruebas bajo supervisión, las calificaba y analizaba los resultados para poder integrarlos en el expediente.

Las aplicaciones de esta prueba regularmente ocurrían sin inconvenientes, aunque algunos niños se negaban a hacerlas argumentando que era “aburrido” y que “estaban cansados”, por lo que se trataba de llegar a acuerdos terminaran la prueba.

Un adolescente (F) con él que la psicóloga ya había realizado varios intentos por terminar la prueba y no había tenido éxito, pues no se esforzaba en contestar, argumentando que estaba “muy cansado de la escuela” y siempre contestaba “no sé” a todas las preguntas. Me pidió que lo intentara, y pudimos terminar la prueba después de tres sesiones. Actualizando su expediente.

Otro de los niños (JA) mostró durante toda la prueba, entusiasmo por comparar los resultados que había obtenido cuando ingreso, se le observaba emocionado con cada subprueba preguntando “¿lo hice bien?” y haciendo comentarios como “cuando era más chiquito no podía hacer esto, pero ahora ya todo es más fácil”.

Esta prueba se realizaba siguiendo las instrucciones del manual, se les alentaba a niños a realizar la mayor cantidad de subpruebas por sesión, pero usualmente esta prueba llevaba más de tres sesiones. Los resultados ayudaban a las pedagogas al diseño de estrategias que ayudaban a mejorar su rendimiento académico.

Las *fábulas de Düss* las apliqué a dos adolescentes (F) y (S), para ver algunos rasgos de su personalidad y mecanismos, para poder trabajarlos en las sesiones. Los adolescentes explicaban sus respuestas, posteriormente la psicóloga y yo, analizábamos sus respuestas y diseñamos estrategias para usarlas durante las sesiones. En esta aplicación me permitieron observar cómo era la relación con su familia, sobre todo con la madre además expresaron de manera inconsciente sus deseos por tener una familia.

El *Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender*, lo apliqué a seis niños. El tiempo promedio en el que lo realizaron fue de 15 minutos, aunque hubo un niño que se tardó más

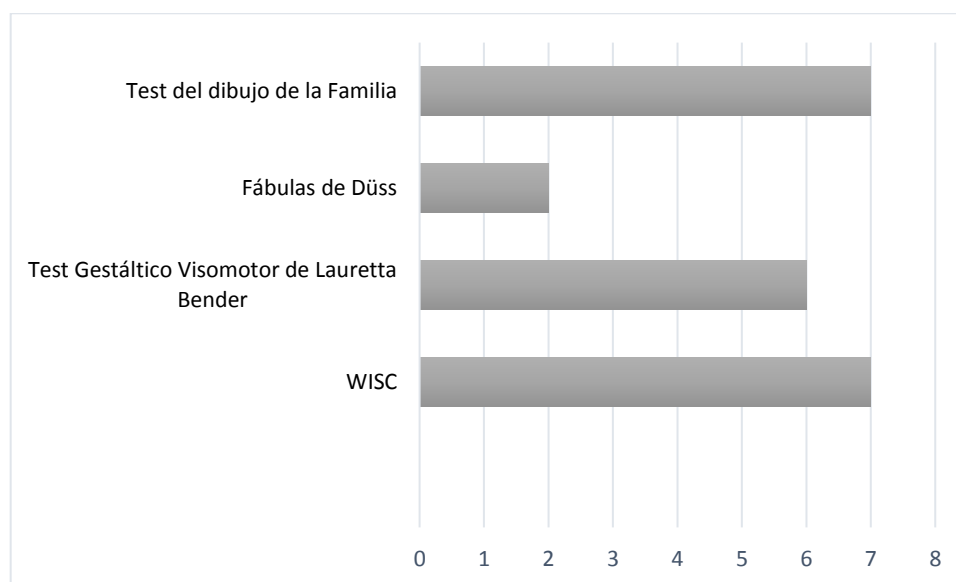
de hora y media (JY), en ese tiempo pudimos observar sus tendencias perfeccionista, en los dibujos, así como sus inseguridades ya que constantemente borraba y pedía una hoja limpia.

El *Test de dibujo de la Familia*, lo realizaron seis niños. Algunos expresaban en sus trazos la rabia y el miedo que tenían. Por ejemplo, (Ad) no quiso terminar sus dibujos y tuvo realizarse una contención psicológica, porque el niño se alteró mucho.

Mientras que (JY), realizó una familia ideal, su dibujo solo contenía personajes de caricaturas que le gustaban y durante el interrogatorio posterior al dibujo, explicó que su familia se preocupaba por él, que su mamá lo iba a visitar mensualmente y que su papá le llevaba regalos, siendo su historia producto de su deseo de tener una familia.

En la Figura 2, se aprecian las pruebas aplicadas y la cantidad de pacientes que las realizaron. Cabe señalar que de los catorce niños y adolescentes con los que trabajé directamente, solo fueron evaluados mediante pruebas psicológicas, ocho.

**Figura 2.** Pruebas aplicadas a los menores



Los resultados se anexaron al expediente institucional, aunque me permitieron tomar algunas fotografías, como evidencia, bajo la consigna de guardar la confidencialidad de los

datos. Las evidencias de las pruebas se pueden ver en Anexos que se encuentran al final del documento.

También apoyé en la evaluación de un padre de familia que deseaba tener convivencias con su hijo y poder verlo después de tres años, y de una mujer que deseaba tener convivencias mensuales con alguno de los niños que habitaban la casa.

Esta evaluación utilizando las pruebas proyectivas de Test de Dibujo de Familia; House, Tree and Person (HTP) y Frases Incompletas. Cabe mencionar que durante la realización se observó un gran esfuerzo de los evaluados. Dedicando bastante tiempo y empeño a cada una de ellas.

También realicé cinco entrevistas, tres fueron iniciales a niños que acababan de ingresar y a los dos adultos. Estas entrevistas fueron semiestructuradas, fueron realizadas para completar los resultados de las pruebas y contextualizarlos.

## 7.2 Intervenciones psicológicas

Durante mi intervención como co-terapeuta durante las sesiones trabajé con los niños diversas estrategias. En este apartado se describen los resultados de las intervenciones en las sesiones y durante los dos talleres.

En las siguientes tablas (Tabla 3 y Tabla 4) se describen los resultados de los 14 varones con los que trabajé durante las sesiones, la psicóloga del Centro trabajaba con los más pequeños la terapia de juego; la terapia narrativa se utilizaba con los grandes y con los niños que padecen TDAH. Los resultados que se describen son los cambios observados al finalizar los seis meses. Los nombres se modificaron por cuestiones éticas, para mantener el anonimato y la confidencialidad. El diagnóstico que se indica en la tabla fue establecido por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

**Tabla 3.**

## Sesiones en pareja (Terapia de Juego)

Nombre	Edad	Edad de ingreso	Motivo de ingreso	Escolaridad	Diagnostico	Temas tratados	Resultados
<b>Aa</b>	9 años	1 año	Abandono	Primaria	- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.  -Conductas agresivas	- Buen Trato. - Inteligencia emocional	Las crisis emocionales disminuyeron en intensidad y frecuencia, al igual que las conductas agresivas que reportaban en la escuela y los orientadores. En las sesiones, controlaba sus emociones al perder en los juegos y con sus compañeros.
<b>YB</b>	9 años	7 años	Resguardo a petición de la madre.	Primaria	- Problemas de conducta.  -Duelo por separación	- Buen Trato - Duelo - Inteligencia emocional	Sus calificaciones subieron, en la escuela reportaron que se había vuelto más participativo y mostraba mayor interés en las clases. Trabajo Social reportó que era más amable con su mamá y su hermano. En las sesiones, hablaba más sobre sus emociones y era más tolerante cuando se le decía que no, respetaba turnos y no "explotaba" perdía.
<b>AI</b>	9 años	6 años	Abandono	Primaria	- TDAH  -Problemas de conducta	- Buen Trato - Autoestima - Inteligencia emocional	Expresaba sus emociones, controlaba "explotar" al perder durante los juegos, esperaba su turno a la hora de jugar y respetaba las reglas. En la escuela, participaba más y trabajaba con compañeros de forma cordial, reportó el Área de Pedagogía. Las últimas dos sesiones en la que participé, se negó a subir diciendo que "quería quedarse jugando en el patio".
<b>Ad</b>	9 años	8 años	Abandono	Primaria	-Problemas de conducta	- Autoestima - Inteligencia emocional - Buen Trato	En las sesiones controlaba sus emociones durante los juegos de mesa, evitaba decir groserías que ofendieran a su compañero, expresaba sus emociones durante el día. Cuando se le tocaba el tema de su familia se negaba a hablar.

Nombre	Edad	Edad de ingreso	Motivo de ingreso	Escolaridad	Diagnostico	Temas tratados	Resultados
<b>JA</b>	11 años	2 años	Abandono	Primaria	- TDAH. -Trastorno depresivo	- Adolescencia - Autoestima - Inteligencia emocional	En el Área de Pedagogía, comentaron que sus calificaciones subieron, la escuela le dio una medalla por su alto desempeño en deportes. Durante las sesiones expresó “sentir más tranquilo y sin ganas de pegar”, hablaba de sus hermanos de manera cortés y sin utilizar groserías. Mencionaba que cuando sentía que iba a enojarse en la escuela, buscaba salir a calmarse.
<b>V</b>	12 años	11 años	Violencia familiar	Primaria	-Problemas conductuales. -Duelo por separación.	- Adolescencia - Autoestima - Inteligencia emocional - Proceso de duelo - Historia familiar	En Trabajo Social, mencionaron que el niño, fue a preguntar cuando podía irse a su casa, Durante las sesiones se mostraba callado, a veces hablaba sobre la música que le gustaba, expresaba que no le gustaba estar ahí, que se quería ir con su mamá y su padrastro porque al menos ahí podía hacer “lo que quisiera”. Sus calificaciones empezaron a disminuir y en el último mes que estuve ahí dejó de participar en las sesiones por decisión propia.
<b>JL</b>	10 años	3 años	Abandono	Primaria	- Trastornos del vínculo. -Trastorno negativista desafiante.	- Inteligencia emocional - Buen trato	Los orientadores, mencionaban que sus conductas agresivas habían disminuido que solo reaccionaba de forma violenta y con amenazas cuando “se metían con su hermano”. Durante las sesiones, se veía dispuesto a realizar actividades en equipo, respetaba el turno de sus compañeros y seguía las reglas. Le costaba trabajo aceptar que perdía, pero expresaba su disgusto, diciendo que “ya no quería jugar ese tonto juego”. Le costaba trabajo establecer vínculos con personas que no fueran su hermano.
<b>D</b>	12 años	2 años	Abandono	Secundaria	-Trastorno depresivo. - Problemas de lenguaje. - Retraso mental leve.	- Inteligencia emocional - Buen trato - Proyecto de vida	Durante las sesiones se expresaba su emoción por tener contacto con un voluntario que lo visitaba mensualmente. También menciona sus planes de vida a largo plazo como ser “chef y jugador del Cruz Azul”. Sus calificaciones disminuyeron y al preguntarle decía que “era por su novia”. Mostraba interés en mejorar su lenguaje y seguir con las sesiones para mejorar, pero, aunque ya le habían dicho que una cirugía no podría ayudarlo, él constantemente decía que ya lo iba a operar.



**Tabla 4.****Sesiones en individuales (Terapia de Narrativa)**

Nombre	Edad	Edad de ingreso	Motivo de ingreso	Escolaridad	Diagnostico	Temas tratados	Resultados
<b>F</b>	13 años	3 años	Abandono	Secundaria	-Baja autoestima	- Adolescencia - Autoestima - Autocuidado - Proyecto de vida	En la escuela mejoró su promedio. Durante las sesiones se le notaba más confiado y aceptaba los cumplidos que se le hacen sobre sus dibujos. Hablaba más sobre lo le interesaba y sobre lo que lo sentía, menciona que le gustaría tener una familia y que “espera que algún día puedan adoptarlo, aunque será difícil porque ya está grande”. Los orientadores expresaron que se le ve más motivo durante sus actividades.
<b>BD</b>	11 años	10 años	Violencia familiar	Primaria	-Baja autoestima -Problemas de conducta	- Adolescencia - Autocuidado - Autoestima - Buen Trato	Expresaba durante las sesiones la molestia por el bullying que sus compañeros le hacían, pero los orientadores mencionaban que usualmente él iba a buscarlos, aunque en las sesiones mencionaba que se alejaba de ellos. Decía que quería ver a su mamá y a su hermano, lo cual se le comunico a Trabajo Social. En sus brazos ya no se encontraban marcas de autolesiones y también se le notaba más limpio y aseado.
<b>S</b>	13 años	12 años	Ambiente familiar inadecuado	Secundaria	-Baja autoestima -Duelo por separación	- Adolescencia - Autoestima - Autocuidado	Manifestó durante las sesiones el deseo de irse a “Casa Hogar Varones”, para poder estar con sus primos y también el deseo de volver a su casa. Se le notaba más seguro de mismo y expresaba sus emociones con mayor frecuencia.
<b>AY</b>	13 años	10 años	Violencia familiar	Secundaria	-Trastorno depresivo	- Adolescencia - Inteligencia emocional - Duelo - Buen Trato	En la escuela mencionaban que era más participativo y colaborador. Sus calificaciones habían subido y él expresaba que “estaba más tranquilo con su novia”. Se expresaba su emoción por las convivencias con su abuela paterna y confusión al pensar en convivencias futuras con su padre.

Nombre	Edad	Edad de ingreso	Motivo de ingreso	Escolaridad	Diagnostico	Temas tratados	Resultados
<b>M</b>	11 años	5 años	Fallecimiento de la madre	Primaria	-Baja autoestima - Problemas de duelo	- Adolescencia - Inteligencia emocional - Duelo	Se notaba callado cuando yo estaba presente en las sesiones y se negaba a hablar de temas personales. Dibujaba durante las sesiones caricaturas que le gustaban, también jugaba con los juegos de mesa, y se burlaba de los demás cuando perdían. Durante las evaluaciones mencionaba constantemente que no le gustaban y que aburrían. Dejo de subir a sesiones durante dos meses por decisión propia y al cuestionarle decía que tenía otras cosas que hacer. Buscamos estrategias para que subiera, pero se negó a hacerlo.
<b>JY</b>	10 años	9 años	Resguardo a petición del tutor	Primaria	- TDAH -Trastorno negativista desafiante -Trastorno del vinculo	- Adolescencia - Buen trato -Inteligencia emocional	Por decisión de la escuela, del director y de la psicóloga de la institución, se reduce la jornada escolar del niño a cuatro horas. En la escuela mencionaban que su concentración había mejorado y que trataba de controlar sus agresiones verbales. En las sesiones se le notaba el esfuerzo por concentrarse en las actividades y se le reconocía el avance. También disminuyeron sus conductas delictivas, como robar a sus compañeros y maestros. Hacia comentarios sobre la situación económica de su tío diciendo que a él "le compraban lo que quería" y en ocasiones menospreciaba a sus compañeros por no "tener un tío rico". Le costaba trabajo aceptar sus errores y cuando perdía. Se trabajaron con él Estrategias cognitivo conductuales para fomentar su autcontrol.

En las tablas 3 y 4 se observa que la mayoría de los niños y adolescentes con los que trabajé sufrieron de maltrato o vivieron alguna situación que los ponía en riesgo, siendo esta la principal causa por la que ingresaron. Los catorce niños asisten a la escuela; primaria y secundaria pública.

También se puede ver que siete de los catorce niños, padecen algún trastorno psiquiátrico, todos ellos asisten al “Hospital Juan N. Navarro” que les proporciona el tratamiento adecuado que se complementa con la terapia que reciben por parte de la institución. Las técnicas y temas tratados durante las sesiones terapéuticas fueron designadas por la psicóloga.

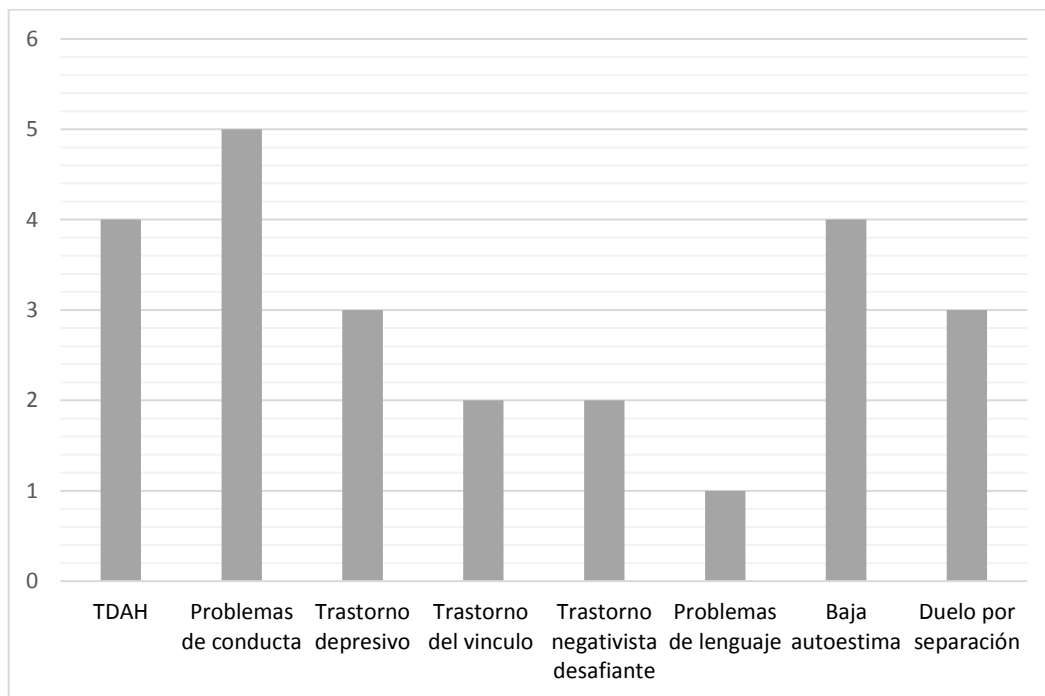
En la columna de resultados, se describen los cambios conductuales observados en cada uno desde mi llegada hasta que finalicé el Servicio Social. Los cambios fueron señalados por la psicóloga, por los orientadores encargados del cuidado de los niños, por el médico que los atiende y por mí. En general, los cambios fueron positivos, ya que los niños disminuyeron sus “explosiones emocionales”, hablaban de lo que sentían acerca de la gente que era cercana a ellos, reconocían sus sentimientos y compartían con sus compañeros como hacían para no “explotar”, la mayoría aceptaba con mayor facilidad las reglas y mostraban más respeto hacia sus figuras de autoridad. Se notaba un incremento de seguridad y autoestima, aceptaban con facilidad cuando se les felicitaba por sus logros y se ve.

El principal motivo de ingreso fue el abandono de la familia, dos ingresaron por petición de las madres debido a que carecían de los recursos para cuidarlos, uno ingresó porque el ambiente familiar en donde vivía era inadecuado para él, otro porque su madre falleció y no existía otro familiar que pudiera hacerse responsable de él y tres sufrieron violencia familiar.

Es importante conocer los motivos porque los niños ingresaron a la institución, ya que fueron los ejes que guiaron los temas de las sesiones, al igual que el diagnóstico. Por ello en la siguiente Figura 3 se analiza los diferentes trastornos y padecimientos psicológicos de los menores.

**Figura 3.**

Trastornos psiquiátricos y padecimientos psicológicos de los catorce menores.



Cuatro de los niños padecían de TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), cinco menores tenían problemas conductuales, tres tenían trastorno depresivo, tres tenían trastorno negativista desafiante, un menor sufría de problemas de lenguaje, cuatro sufrían de baja autoestima y tres tenían problemas para superar el duelo por la separación de su familia.

Las estrategias, fueron diseñadas de forma personal, dependiendo de sus características y de su historia, por lo tanto, se buscó que los niños que trabajaron en pareja compartieran intereses, juego, historias y características que facilitaron el proceso terapéutico. La psicóloga decidió dividir las sesiones (en pareja o individuales) de acuerdo a sus conocimientos.

A continuación, describo dos de los casos que considero relevantes para mi formación profesional durante mi estancia, los casos descritos son de dos niños que trabajé y a los que tuve mayor acceso a la información de su historia de vida y cercanía con ellos durante su tratamiento. Se describe su historia clínica, el motivo por el que ingresaron, la evolución que tuvieron durante las sesiones y algunos momentos importantes durante las sesiones.

## **Caso 1: AY**

“ÁY” es un adolescente de 11 años, que en ese momento cursaba el primer año de secundaria. Se veía un joven social y amigable. Ingreso al Centro a la edad de 9 años. Nació en Aguas Blancas, Hidalgo.

La psicóloga comentó que en meses pasados se le notaba muy triste y que él decía extrañar a su familia, puesto que llevaba dos años sin saber de ellos, exceptuando a sus hermanas que las veía en algunas convivencias con otra casa hogar del DIF.

Él y sus hermanas ingresaron porque sufrían violencia familiar por parte de su padre. Mientras que de la madre solo se sabe que estuvo en un albergue después de dejar la casa en la que vivían, pero después de que los niños ingresaron al DIF perdieron su paradero.

Fue diagnosticado con depresión en el Hospital “Dr. Juan N. Navarro” y medicado con fluoxetina, pues era un joven que solía estar triste e incluso trató de hacerse daño. Cuando ingrese al Centro la psicóloga me comentó que gracias a la labor del área de Trabajo Social se pudo localizar a su familia y que se estaba buscando que pudiera reencontrarse con su abuela paterna. Esto ayudó a que el estado emocional de “AY” mejorará, notándose en sus expresiones faciales, sus dibujos, calificaciones y en el interés en las actividades diarias.

Antes de que ingresara al Centro, la escuela a la que asistía “AY”, reportó que él “tenía comportamientos sexuales inadecuados durante las clases” como: esconderse en el baño de las niñas para verlas, levantarles la falda a sus compañeras, dibujar mujeres desnudas en sus cuadernos. Es por ello que durante las sesiones fue importante hablar de sexualidad, cambios físicos, emocionales y psicológicos en la pubertad y adolescencia, los noviazgos sin violencia y basados en el respeto. Durante el tiempo que estuve colaborando, los reportes de la escuela dejaron de presentarse, indicando la disminución de las conductas, de igual forma en las juntas del Área de Pedagogía con los profesores lo describían “más interesado en las clases, más centrado en la escuela y participativo”. El adolescente expresaba sentirse mucho más feliz.

En alguna de las sesiones mencionó que “sentía menos miedo hacia su papá y que algún día le gustaría volver a verlo”, con el trascurso del tiempo se le percibía con mayor confianza para hablar sobre su familia y también en sí mismo. Otro factor a que ayudó tuviera mejor

estado emocional, fue que se aprobó en la institución que pudiera tener convivencias mensuales con su abuela, aspecto que también lo hacía sentirse emocionado al respecto y confundido pues al ser su abuela paterna, existía gran posibilidad de que su padre se enterara de donde se encontraban. En ese momento tuvo que confrontársele con la noticia de que su padre ya sabía dónde estaba y que solicitaba información a la institución sobre él. Al principio se negaba a verlo y solo quería ver a su abuela, pero con el paso del tiempo accedió a que se le hicieran las evaluaciones pertinentes para su papá fuera candidato para tener convivencias con él.

Al iniciar las evaluaciones con el padre y durante la entrevista psicológica, el señor aceptó haber maltratado a sus hijos y a su esposa, pero aseguraba haber cambiado, también confirmó que ya tenía una nueva pareja y un bebé. Esta nueva información se le comunicó al adolescente, al momento de comunicarle esto, lloró y dijo que “espero que mi papá en verdad sí haya cambiado porque ese bebé no tiene la culpa de nada y no quiero que nadie le haga lo que me hicieron a mí”, mostrando empatía hacia el niño y demostrando su capacidad para expresar sus emociones. También se le explicó que el proceso para que se le aprobara al papá las convivencias con él era largo, pues tenía que demostrar que ya no les volvería a hacer daño, que era capaz de cuidarlos y que recibía ayuda psicológica.

Durante las sesiones la psicóloga ya trabajaba con la terapia narrativa, debido a las características del adolescente y su entusiasmo por el dibujo estas actividades lo motivaron a la realización su propia biografía, “AY” tuvo la iniciativa de que se realizará en forma de una historieta, lo que le ayudó durante su proceso autoreflexivo sobre su pasado, analizando sus decisiones y metas para el futuro y sobre todo fomentando su autoconocimiento para mejorar su presente; elaborando junto a él, su plan de vida con el objetivo de que fuera creando conciencia de que su permanencia en el DIF era temporal, su abuela paterna solicitó la custodia permanente. Hasta el momento que salí del servicio, las autoridades aún se encontraban reflexionando acerca de esta decisión y sobre todo de permitir las convivencias con su padre.

## **Caso 2: BD.**

“BD” de 11 años, ingresó debido a la violencia que sufría en su casa por parte de mamá y su pareja. Ingreso a los 11 años. Tiene un hermano más pequeño que también se encontraba bajo la custodia del DIF. Ambos nacieron en Pachuca, Hidalgo.

Observé en un inicio que le costaba hablar con la gente, pero cuando alguien le proporcionaba confianza se abría y expresaba sus sentimientos. Varios de sus compañeros lo molestaban y lo agredían, él usualmente arreglaba ese tipo de problemas por su cuenta sin mencionarlo a las autoridades

Durante las sesiones psicológicas, contó parte de su historia, mencionando que desde que era muy pequeño sufría violencia por parte de su padre cuando bebía, por lo tanto, su madre decidió correrlo de la casa, quedando en la casa “BD”, su hermano y su madre. Se sabe que tiempo después su mamá tomó la decisión de vivir con otra persona y que “BD” recordaba que también los maltrataba. Ante esta situación, mencionó que siempre buscaba pretextos para estar fuera de su casa, porque *“le daba mucho coraje como trataban a su hermanito así que prefería estar fuera”*.

En una sesión, recordó que *“un día se enojó mucho y salió a la calle, les dijo a unas personas que lo trataban mal y por eso lo llevaron a un albergue”* donde posteriormente fue canalizado al DIF. Expresó preocupación por su hermano, pues, aunque él sabía que estaba en el DIF de Hidalgo, no había tenido noticias sobre él, aunque constantemente iba a preguntar a Trabajo Social.

En las sesiones se le notaba dificultad para entender que no era su culpa que estuviera ahí, pues expresaba *“si yo no les hubiera dicho a esas personas que me pegaban en mi casa yo estaría con mi hermano y no aquí solo”*, por lo tanto, se trabajaron temas sobre los derechos de los niños, la importancia de que estén en un lugar seguro en el que no sufran ni física ni emocionalmente.

Después de leer su expediente y de hablar sobre las razones porque estaba en la institución con las diferentes áreas, nos dimos cuenta que su madre también los golpeaba y que en ocasiones los había dejado encerrados sin comer. Tras preguntarle a “BD” sobre esto, decía que *“yo estoy aquí porque el novio de mi mamá nos pegaba, no era justo, pues*

*no es nuestro papá”, con que pude observar que le costaba trabajo entender que su mamá lo maltrataba también, sobre todo al escucharle en las sesiones comentarios como: “mi mamá también me pegaba, pero pues las mamás tienen derecho a pegarle a los hijos cuando se portan mal ¿o no?”, y “cuando era chiquito e iba al kínder, un día tome mis crayolas y rayé la banca por la parte de abajo, así que la maestra le habló a mi mamá para que fueran a lavar la banca pero ella se enojó y dijo que no iba a lavar nada que lo lavara yo, al final la lavó ella. Pero cuando salimos del kínder me dio una cachetada bien fuerte, que me sacó un buen de sangre de la nariz, yo traía mi batita del kínder y me dijo que la pusiera en la nariz, pero recuerdo que la bata se ensució mucho...”*

Durante las sesiones, se enfatizó la importancia del autocuidado, pues los orientadores constantemente expresaban que sus compañeros lo molestaban y aunque él se quejaba, los buscaba y quería jugar con ellos. Con el autocuidado, se motivó que buscará situaciones y personas con las que se sintiera bien, que valoraran como la persona importante que es, con el objetivo que fuera desarrollando sus máximas potencialidades en ambientes cariñosos, respetuosos y seguros afectivamente.

Usando herramientas como cuentos, videos y juegos en los que se habló de los temas: autoestima, autoconocimiento, bullying y la toma de decisiones basada en el “Buen Trato”, se buscó que “BD” reflexionará sobre la violencia que había vivido en su casa y que ahora trataba de buscar en sus compañeros. Cuando ingresó al Centro, el Área Médica lo reportaba continuamente con golpes, moretones y rasguños, mientras que los orientadores mencionaban verlo triste y sin mucho apetito, aceptando y permitiendo que compañeros más pequeños lo insultaran y lo hicieran sentir mal.

Tras meses de terapia y trabajo continuo, se logró que expresará sus sentimientos sobre la violencia vivida en su hogar *“me siento muy triste al pensar en mi mamá, las mamás deben de cuidar sus hijos y darles amor, no pegarles, yo no era feliz ahí... sólo quiero que mi hermano este bien y que algún día pueda verlo.”* Mencionaba los deseos de poder ver a su hermano y de tener la posibilidad de mandarlo al DIF en Hidalgo para que pudiera estar cerca de su hogar. Durante las sesiones se utilizó la terapia de juego, empleando material sobre todo de marionetas, con los que expresaba sus emociones y sentimientos. También se trabajó el ciclo de violencia con la ayuda de juegos y videos que incentivarán su reflexión.



El bullying que sufría por sus compañeros disminuyó, las heridas e indicadores de violencia que anteriormente se veían en su cuerpo ya no las presentaba. También él solicitó que se le cambiara de habitación para que ya no lo molestaran y habló con los directivos de la institución sobre lo que estaba sucediendo con sus compañeros.

Hasta el momento que finalicé el servicio, “BD” había logrado expresar sus emociones acerca de la violencia que vivió en su hogar y la que estaba viviendo con sus compañeros, mejoró sus relaciones con el personal sobre todo con los orientadores pues les contaba los problemas para que pudieran ayudarlo. Durante las sesiones se le notaba más contento, confiado y esperanzado de que poder reencontrarse con su hermano. Las autoridades valoraban su posible traslado al DIF de Pachuca para que pudiera tener convivencias con su familia.

### 7.3 Actividades preventivas

Durante mi estancia en el Servicio Social, diseñé y apliqué, dos talleres durante los periodos vacacionales de diciembre y de Semana Santa. Estos tenían como eje central reforzar los conocimientos aprendidos durante las sesiones psicológicas, brindándoles estrategias que les pudieran ayudar al autocontrol.

El taller del periodo vacaciones de diciembre se tituló “*Regulación emocional*” tuvo una duración de cuatro sesiones en las que se trabajaron los cuarenta niños y adolescentes. Este taller fue un trabajo en conjunto con otra prestadora de Servicio Social, lo diseñamos y aplicamos con la supervisión y aprobación del jefe del área de psicopedagogía. Este taller consistió en cuatro sesiones, realizadas en la última de semana de vacaciones de Navidad.

Durante la primera sesión “la olla de presión” se realizó una analogía sobre sus emociones y una olla exprés, se hizo énfasis en que cuando no expresamos lo que sentimos de manera sana, nuestras emociones se van juntando hasta que llega un momento en que “explotamos como la olla” pero la olla a diferencia de nosotros tiene una pequeña válvula que evita que explote, liberando poco a poco las emociones. Se les pidió que al finalizar la sesión cada niño escribiera en un pedazo de papel, todas las rabias que tenían guardadas y que no habían podido expresar para pegarlas en una olla exprés de papel y se reflexionó, que al igual como habían hecho, fueron expresando sus emociones para evitar “explotar”.

En la segunda sesión, “El termómetro emocional”, se expusieron los indicadores corporales que sentimos cuando nos enojamos, haciendo énfasis en la diferencia entre enojo y rabia. En esta sesión, debían de llenar una hoja con un termómetro que medía que tan enojados se encontraban y reconociendo las sensaciones de cada etapa para evitar llegar a la rabia.

La tercera sesión, “Mi empatía” consistía en mostrarles una silueta humana con imágenes de ejemplos físicos que deja la agresión, la violencia y el bullying. Haciendo reales las heridas que dejan cuando utilizan la violencia como medio para la resolución de conflictos. Los niños reflexionaron y concluyeron la sesión con una lluvia de ideas las formas sanas de enojarse, es decir, que se expresaran sin dañar a los demás ni a ellos mismos.

Finalmente, en la cuarta sesión, tuvo como conclusión un “Rally de las emociones” donde se ponía a prueba las destrezas físicas de los niños junto con sus conocimientos sobre las sesiones anteriores. Fomentando en ellos la participación y el respeto.

Este taller llamó la atención de los niños más pequeños, que mostraron interés y disposición para trabajar. Sin embargo, los adolescentes se observaban aburridos y poco interesados, excepto en la última sesión, donde la competencia con sus compañeros los motivo a participar y a explicar cómo se sentían.

En el segundo taller, *“Habilidades para la vida”* lo diseñé bajo la supervisión de la psicóloga. Dos psicólogas del Centro lo aplicaron mientras que yo las apoye durante las exposiciones y en cualquier situación.

Este taller, tuvo una duración de ocho sesiones, que se llevaron a cabo durante las dos semanas de vacaciones de Semana Santa.

La primera sesión, “La rueda de las emociones”, comenzó con la lectura de un cuento llamado “El joven más inteligente del mundo” que hablaba sobre la inteligencia emocional. Posteriormente, jugaron una ruleta que tenía las siguientes preguntas, en forma de juego. *“Una de las cosas que más me hace enojar en la vida es...”* *“¿A qué le tengo mucho miedo?”* *“Si tuviera una goma mágica capaz de borrarlo todo ¿qué borraría? ¿por qué?”* *“Pienso que lo mejor que me podría pasar en la vida sería...”* *“Una de las cosas que más me gusta en la vida es...”* *“Si yo fuera un héroe de las caricaturas, me gustaría ser capaz de...”* *“Si tuviera*

*una varita mágica, capaz de aparecerlo todo, ¿Qué aparecería y por qué?” “Pienso que lo peor que me podría pasar en la vida es...”*. Después las contestaron de manera individual en una hoja. En el momento de contestar el cuestionario, varios de ellos se negaron e incluso hubo la necesidad de contenerlos tanto física como emocionalmente.

La sesión siguiente, “El arte de conocerme”, comenzó con una charla sobre la autoestima resaltando la importancia de conocernos. Después reflexionaron sobre lo que los hace ser quien son, para después plasmarlo en una silueta, con dibujos sus características físicas y con recortes habilidades, sueños y personalidad.

En la tercera sesión, se habló del autocuidado utilizando un tablero en el que identificaban las situaciones en las que ellos necesitan ayuda para resolver sus problemas. Después se les mostró el video del “Monstruo de las emociones”, que fomenta el conocimiento de las emociones, posteriormente realizaron su propio monstruo para reforzar los conocimientos aprendidos durante la sesión.

La cuarta sesión consistió en una charla sobre la autoestima y un video relacionado con el tema. La actividad durante la sesión, fue escribir en una hoja las cosas que la gente les ha dicho para herirlos y que ellos saben que no son. Para finalizar hablaron sobre sus cualidades, sobre las cosas que “si son”.

Durante la quinta sesión, se les enseñaron técnicas para controlar el enojo, algunas ya las conocían de las sesiones, como el semáforo de las emociones, pero esta sesión se enfocó en estrategias de resolución de conflicto sin violencia. Para ejemplificar el tema se les proyectó el video “El dragón de las emociones” y para finalizar realizaron un ejercicio sobre las maneras sanas de enojarse.

En la sexta sesión, se habló las cualidades negativas y positivas de cada quien. Escribieron en etiquetas de papel, cualidades y defectos. Posteriormente retiraron las etiquetas negativas, en las que escribieron comentarios sobre cosas que les han dicho que los hacían sentir mal o cosas que no les gustaban de ellos, imaginando que se las quitaban realmente. Después reflexionaron sobre las cosas que les impiden lograr sus sueños y se les motivó a luchar por ellos.

En la penúltima sesión, llamada “Mis propias decisiones”, se les pidió a los participantes que resolvieran diferentes conflictos que se encontraban en unas tarjetas. Utilizando los conocimientos y estrategias que aprendidas durante los talleres. En equipos dialogaron y debatieron sobre la mejor solución. Al finalizar la sesión representaron las soluciones que escogieron mediante un pequeño sociodrama.

La última sesión consistió en un ejercicio de reflexión y de cierre del taller, en el que se les pidió que por equipos expresaran lo que les gusta de ellos, lo que les hace sentir bien, a quien admiran, y también que los demás expresaran lo que piensan de ellos de una forma respetuosa.

Ambos talleres, propiciaron la reflexión, el trabajo en equipo, la convivencia sana y buscaron incrementar la inteligencia emocional, la empatía entre toda la población. En algunas de las sesiones se tuvo que brindar contención emocional y física, aspectos que se trabajaron en las sesiones. Los temas en los que observó una mayor dificultad fueron en los que expresaban sus miedos, sus sueños y los aspectos positivos de cada uno. Algunas sesiones se tuvieron que trabajar más de un día.

Otras de las dificultades durante las sesiones, fue las diferencias de edad, pues algunas sesiones aburrían a los grandes mientras que otras les causaban confusión a los pequeños, aunque se buscó que las actividades estuvieran adaptadas a la población.

Los productos que realizaron durante el taller como: los cuestionarios, rotafolios, tarjetas y el monstruo de las emociones, se quedaron en la institución como evidencia para las psicólogas y como material para trabajar con ellos durante las sesiones.

#### **7.4 Actividades sociorecreativas**

Estas actividades me sirvieron para convivir con la población sobre todo para que ellos me conocieran, estableciendo lazos de confianza para poder trabajar en las sesiones y talleres.

Al principio mostraban timidez para hablarme y algunos incluso eran groseros y se cambiaban de nombre, pues yo no los conocía. Pero gracias a estas actividades, tuve la oportunidad de compartir con ellos varios momentos fuera del consultorio.

Cuando pusimos la ofrenda para “Día de Muertos”, varios me contaron como celebraban el día en donde ellos vivían, permitiéndome observar su contexto cultural en el cual vivían. También me contaron de sus familiares que habían fallecido y cuanto los extrañaban.

En la decoración del árbol de Navidad algunos añoraban pasar esas fechas al lado de su familia, observé que era una época difícil para la mayoría, pues pocos niños tenían la oportunidad de salir con su familia.

Las charlas eran de manera natural, contestaban como se sentía de manera cotidiana. Pude notar también como era su convivencia con sus iguales y con las figuras de autoridad. Entre ellos se llevaban muy pesado, jugando con violencia, pero respetaban a los más pequeños y ya sabían a quien no había que hacer enojar para evitar que “explotar”.

Observé que cuando las personas los regañaban y gritaban constantemente, reaccionaban de forma retadora y desobediente, era mejor mostrarles empatía y negociar para que obedecieran. Aprendí a conocer las reacciones de la mayoría lo que facilitaba tener el control de las sesiones en los talleres y en la terapia.

## VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente Informe de Prácticas, he descrito el contexto de la institución y del programa en que participé, la descripción de mis actividades, el marco teórico que las avala, las técnicas como herramientas para cumplir las actividades y también un análisis de ellas.

Deseo tomar este espacio como foro de reflexión y discusión después de mi experiencia donde mis conocimientos adquiridos y una vocación de servicio fueron puestos a pruebas y donde, sobre todo el contacto con los niños, significó un reto para mi desarrollo profesional.

Desde mi llegada a la institución observé las diferentes características de la población, pues me explicaron a grandes rasgos las situaciones que han vivido.

Por tal motivo, fue muy importante para mí fomentar en los niños la confianza y desarrollar diversas estrategias que pudieran permitirme acercarme para poder establecer lazos que ayudaran durante el proceso terapéutico.

Mi principal motivación fue ayudarlos para que aprendieran a reconocerse como seres humanos capaces de realizar lo que se propongan, creativos, hábiles en muchos aspectos.

Para lograr este objetivo, se impulsó que los niños y adolescentes reflexionaran acerca de sus emociones, incentivando el autoconocimiento, lo que les permitió poder enfocarlas positivamente con el fin de realizar sus metas.

De esta forma se promovió su empatía, para poder reflexionar sobre sus emociones y darse cuenta de que somos parte de una sociedad y que tenemos que aprender a ponernos en los zapatos de los demás, para entenderlos y convivir de una forma pacífica.

Uno de los aspectos en los que más cambios se observaron, fue en el área emocional, pues sus reacciones fueron disminuyendo en intensidad con el transcurso de las sesiones. Pues establecieron objetivos y metas en conjunto, que fueron logrando poco a poco.

Aprendieron a expresar emociones y reconocer las de los demás. También aprendieron a resolver sus conflictos de forma pacífica con las diferentes estrategias que se les brindaron durante las sesiones terapéuticas y los talleres, compartiendo con sus compañeros y

familiares lo aprendido durante las mismas. Fue importante que se les reconocieran sus logros y se les brindara el apoyo necesario.

Los talleres ayudaron a reforzar los conocimientos y aprendizajes que se fomentaban durante las sesiones; también a que aprendieran a compartir sus experiencias y sentimientos con otros compañeros.

Es conveniente manifestar que la población puso interés a participar en los talleres, aunque durante las primeras sesiones expresaban que eran temas que ya habían visto y que ya conocían, finalmente trabajaron siguiendo las consignas y trataron de respetar a los demás durante las actividades. Sin embargo, es conveniente que las psicólogas del Centro replanteen los temas de las sesiones pues en ocasiones la repetición constante de ellos provoca aburrimiento en los niños.

A manera de sugerencia, es importante que el trabajo realizado durante los talleres tenga un seguimiento durante las sesiones para evitar, como ya se mencionó, que se repitan los temas, incrementando el aprendizaje y sobre todo la Inteligencia Emocional de la población. Teniendo presentes las cartas descriptivas y los temas de los talleres.

Otra sugerencia es la mejora de la comunicación entre las áreas para un mayor seguimiento de las modificaciones y estrategias conductuales, pues algunas personas desconocen el tratamiento de los niños y por lo tanto, alientan sus conductas negativas. También existieron como limitantes la falta de capacitación básica acerca de cómo llevar a cabo el manejo conductual para que exista un trabajo interdisciplinario en cuanto a las consecuencias negativas y positivas de la población del centro. Explicando a los trabajadores el papel que tiene el psicólogo dentro de la institución y los objetivos de las sesiones.

Es necesario que todos los empleados se involucren en actividades recreativas en las que participan los niños, ya que algunas responsabilidades son sólo de un área siempre y se desatienden otras actividades de importancia como lo son las sesiones psicológicas y pedagógicas con los niños.

Otra de las limitantes que tuvo mi desempeño, es la conducta de los niños y adolescentes del centro, pues no es fácil trabajar con ellos debido a trastornos que padecen sobre todo

el TDAH y que les cuesta respetar los límites, lo que dificulta su concentración y su permanencia en los salones que se desarrollen las propuestas.

A modo de reflexión personal, considero que el desarrollo de las actividades, me ayudó a reflexionar acerca de las necesidades que requieren, sobre todo en el ámbito emocional y psicológico.

La oportunidad de detección de necesidades, me permitió desarrollar las actividades con objetivos claros y precisos, que espero ayuden a la mejora de su la calidad de vida. Son niños y adolescentes que tienen toda una vida por delante y que pueden lograr lo que se propongan, solo les hace falta la motivación necesaria, el apoyo, el cariño y sobre todo la comprensión. Lo que necesitan es que se trabajen en actividades que les ayuden a que puedan darse cuenta de todo el potencial que tiene, que se haga énfasis en todas oportunidades que el DIF les proporciona y que a veces no valoran.

Aprendí mucho, no sólo en el ámbito profesional sino en el personal. Cuando llegué no me sentía preparada para trabajar con el tipo de población que habita ahí, pero poco a poco fui aprendiendo a trabajar con ellos. Gracias a la supervisión, apoyo y retroalimentación del personal que labora en el centro, fui aprendiendo y sobre todo incorporando los conocimientos teóricos de mi carrera directamente a la práctica y labor en el escenario.

El trabajo que realicé, lo considero parte importante para mi aprendizaje tanto profesional como personal. Trabajar con esta población me enriqueció, su situación crea un campo muy amplio para la labor del psicólogo.

Las actividades fueron basadas en sus necesidades y carencias, tanto afectivas como emocionales. Fue gracias a las enseñanzas de la psicóloga que me asignaron para trabajar que aprendí cómo trabajar con ellos, como hablares, a identificar sus emociones y a conocerlos mejor.

Llegué al servicio social, sin un buen conocimiento acerca de la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas; durante el transcurso de los seis meses fue aprendiendo como realizarlas, lo que me permitió realizar valoraciones a varios niños, adolescentes e incluso padres de familia, aplicando y calificando.



De igual forma, pude reforzar mis conocimientos sobre cómo realizar una entrevista clínica, permitiéndome realizar las preguntas necesarias para conocer la información que requería obtener de la población en caso de querer averiguar algo importante, tanto dentro y fuera de las sesiones psicológicas.

Tuve que aprender a contener físicamente a los niños, pues por su condición solían entrar en crisis y para evitar que se dañaran o dañaran a sus compañeros. Al principio fue difícil pues no sabía cómo realizarlas las intervenciones, no te preparan en la escuela para este tipo de “crisis”, poco a poco fui descubriendo a base de la observación a las psicólogas cómo realizar esta actividad, se tiene que realizar con fuerza, pero inmovilizando a los niños principalmente de las manos y pies, es una actividad más de “maña que de fuerza” como suele decirse.

Entre las otras cosas que aprendí fue el trabajo bajo presión, es una habilidad que adquirí en el servicio, aprendiendo a realizar una o varias tareas bajo condiciones que ejercen tensión, pues hay situaciones en las que no tenía tiempo para planearlas y tenía que realizar algo con los niños en el momento, de igual forma carecía de recursos (humanos, materiales y técnicos) o de un espacio adecuado para realizar las actividades lo que me llevaba improvisar. Había veces en las que el esmero no era suficiente para lograr el resultado con eficiencia y en ocasiones me encontraba sola con niños difíciles que no sabía bien como bien a reaccionar y tenía que pensar bien cómo manejarlos para poder lograr el objetivo. En el lapso que estuve ahí aprendí a no perder la capacidad ni las habilidades de funciones ante la carga de trabajo.

Siempre me he considerado una persona responsable, pero es con el servicio social, que reforcé esta habilidad, porque no es lo mismo ser responsable de realizar tus tareas que encontrarte sola con 40 niños y tener que vigilarlos a todos y estar atenta a que no les pase nada. Esos son momentos en los que pruebas tus habilidades para intervenir durante las crisis, pues estás en la expectativa de que en algún momento algo pase, y sobre todo de aprender a reaccionar cuando algo pasa.

Los principales alcances que espero tenga mi trabajo como psicóloga, es haber ayudado a los niños y adolescentes a que tengan un mayor manejo de sus emociones y control de las mismas, incrementando su inteligencia emocional.

Los resultados de las actividades puedo graficarlos y describirlos, sin embargo, solo espero que los niños y adolescentes con los que trabajé se hayan quedado con algo de todo lo que hice; cada tema que expuse, cada sesión psicológica que les di, cada plática que tuvimos, les ayudara a reconocerse como valiosos e importantes.

Son niños verdaderamente talentosos que pueden lograr lo que se propongan en vida, solo es cuestión de que se dejen ayudar y que la persona que los ayude realmente los motive y los apoye. Me siento orgullosa de mi trabajo, de todo lo que aprendí y, pero sobre todo de todo lo que me enseñaron los niños, porque no importa cuántas situaciones vivieron, siempre que los escuchaba reír, que yo conseguía hacerlos sonreír, que lograba que se abrieran conmigo y me contaran sobre ellos, era lo que realmente contaba para mí, lo que me hacía darme cuenta que estaba haciendo algo bueno y sobre todo importante.

Por ultimo me gustaría agregar que el servicio social no fue solo un requisito para la titulación, fue la experiencia más enriquecedora de mi vida, aprendí algo de cada una de las personas con las que trabaje diariamente, me siento muy afortunada de haber sido parte de su vida, quizá me olviden pronto, pero yo nunca olvidaré todo lo que me enseñaron.

*"El mejor medio para hacer buenos a los niños, es hacerlos felices".*

*Oscar Wilde*

## IX. REFERENCIAS

- Agulló, M., Filella, G., García, E., & Bisquerra, R. (2010). *La educación emocional en la práctica*. Barcelona: Horsori-iCE.
- Alexander- Roberts, C. (1994). *The ADHA parenting handbook*. USA: Taylor Publishing Company.
- Amador, J. (2007). *Infancia y adolescencia. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: características, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Araos, K. (20 de Enero de 2015). *Crece contigo*. Obtenido de Chile crece contigo: <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/columnas/el-buen-trato-en-las-relaciones-de-cuidado-con-ninos-y-ninas/>
- Armus, M., Oliver, C., & Woscoboinik, N. (2012). *Desarrollo emocional clave para la primera infancia*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. ONU.
- Asociación Afecto. (2004). El Buen trato a la niñez. *Conexión Niñez*, 1-15.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. México: Masson.
- Ávila, C. y. (2002). *Niños hiperactivos: comportamiento, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. México: Alfaomega Grupo Editor.
- Axline, V. (2004). *Terapia de Juego*. México: Editorial Diana.
- Bandura, A. (1968). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barkley, R. (1998). *Your defiant Child*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barragán, P. (2003). *El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones*. México: Altius.

- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitivo. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Berger, P., & Luckman, T. (1984). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Editorial Amorrortú.
- Berk, K. (1998). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Practice Hall.
- Biblioteca Consulta Psi. (25 de Abril de 2016). *Biblioteca Consulta Psi*. Obtenido de <http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/Dsmadd.htm>
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R. (2011). Diversidad y escuela inclusiva desde la educación emocional. *Consejería de Educación, Formación y Empleo*, 1-9.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bray, M. (1984). Communicating with your children. *Childright*, 18-20.
- Cáceres, A. (2010). *El Programa de familias sustitutas como un recurso para los Jueces de la niñez y la adolescencia dentro del proceso regular de la protección del niño, niña o adolescente vulnerado en sus derechos*. Guatemala: Universidad de San Carlos Guatemala.
- Caldera, M. (20 de Abril de 2016). *Revista de la Dirección de psicopedagogía para trabajadores de educación Jalisco*. Obtenido de Secretaría de Educación Jalisco.: <http://educacion.jalisco.gob.mx/dependen/Psico/CuadernoPEDAGOGIA%201.pdf>
- Campo, L. (2014). El desarrollo del autoconcepto en niños y niñas y su relación con la interacción social en la infancia. *Revista Psicogente*, 17(31), 66-79.
- Couch, C., Góngora, A., García, A., Ian, M., & Olmos, N. (2015). Ansiedad y autoestima en escolares de Educación Primaria de Mérida, Yucatán. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 302-308.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.
- DIF DF. (30 de Mayo de 2015). *DIF Nacional*. Obtenido de <http://sn.dif.gob.mx/servicios/>
- DIF DF. (25 de Agosto de 2015). *Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal*. Obtenido de [http://www.dif.df.gob.mx/dif/prog\\_serv.php?id\\_prog\\_serv=16](http://www.dif.df.gob.mx/dif/prog_serv.php?id_prog_serv=16)

- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 136-157.
- Erikson, E. (1963). *Infancia y sociedad*. Argentina: Hormé.
- Erikson, E. (1963). *Infancia y Sociedad*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. (1977). *Childhood and society*. Granada: Triad.
- Fernández, M., Hamido, M., & Ortiz, M. (2009). *Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo*. Melilla.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia U.N.I.C.E.F. (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y niñas*. México: UNICEF.
- Freeman, J., Epsom, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños. Aproximacion a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Freud, A. (1959). *The psycho-Analytic treatment of children*. London: Hogarth.
- Fuentes, M. (1999). *Los grupos, las interacciones entre compañeros y las relaciones de amistad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Fundación Presencia. (2010). *Hagamos un trato: Halémosle al Buen Trato*. Colombia: Fundación Presencia.
- García, J. (2012). *Guía práctica del buen trato*. Madrid: International Marketing & Communication.
- Gratch, O. (2003). *El trastorno por déficit de atención, ADD-ADHD: Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Greene, R. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1214-1224.
- Gutierrez, M., & Tito-Olavo, G. (2013). Activos para el desarrollo, ajuste escolar y bienestar subjetivo de los adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 339-355.
- Hamilton, S. (2008). Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Family Physician*, 861-866.

- Hellerberg, E. (1985). Children's growth in play therapy. *Chil Psychotherapy: Practice and Theory*, 168-176.
- Henao, G., & García, M. (2009). Interración familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 785-802.
- Hinsghaw, S. (1991). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. EUA: Guilford Press.
- Iglesias, M. E. (2012). *Guía para trabajar el tema del Buen Trato con niños y niñas*. Chile: Save the Children.
- Juárez, F., & Gayet, C. (2014). Transiciones a la vida adulta en países en desarrollo. *Annual Review of Sociology*, 40, 1-18.
- Klein, M. (1990). *The psychoanalytic play technique*. Argentina : Paidós.
- Livingstone, T. (Dirección). (2010). *Children of our time* [Película]. Reino Unido.
- M., W., & Epon, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapeuticos*. Barcelona: Paidós.
- Marcillo, J., & Azucena, B. (2016). *Las normas de convivencia familiar en el desarrollo personal y social de los niños del primer año de educación básica paralelo "f" de la escuela Dr. Arnaldo merino muñoz de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, período 2014-2015*. Riobamba: UNACH.
- Martorell, C., Gonzáles, R., Rasal, P., & Estellés, R. (2015). Convivencia e inteligencia emocional en niños en edad escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 69-78.
- Miller, C. (9 de Mayo de 2016). *Child Mind Institute*. Obtenido de <http://childmind.org/article/terapia-conductual-para-ninos-con-tdah/>
- Nuevo, M. (2013). *GuíaInfantil.com*. Obtenido de <http://www.guiainfantil.com/blog/educacion/conducta/la-cultura-del-buen-trato-a-los-ninos/>
- Ortuño, J., Aritio, R., & Edurne, L. F. (2015). Adolescencia temprana y estrés en el contexto escolar: utilizacion de la Studen Stress Inventory - Stress Manifestation (SSI-SM). *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 13(37), 607-630.
- Palacios, J., & Hidalgo, M. (1999). *Desarrollo psicológico y educación I: Psicología evolutiva*. México: Alianza.

- Passow, A. e. (1998). *Hiperquinesia*. México: Trillas.
- Payne, M. (1990). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Argentina: Paidós.
- Piaget, J. (1961). *Formación del símbolo en el niño: imitación, juego y sueño*. Barcelona: Fondo de Cultura Económica de España.
- Psicología clínica y psiquiatría. (2003). *Papeles del Psicólogo*, 3.
- Renner, E. (Dirección). (2016). *O começo da Vida* [Película].
- Revill, B. (Dirección). (2014). *Secret life of babies* [Película].
- Rigau- Ratera, E. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, s83-s88.
- Rosas, M. (2004). *Niños diferentes: cómo dominar el Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. México: Norma Ediciones.
- Schejtman, C. &. (2008). *Afectos y regulación afectiva, un desafío bifronte en la primera infancia*. Buenos Aires: Akadia editorial.
- Segal, R. (1984). Helping Children express grief through symbolic communication. *Social Casework*, 590-599.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DF. (20 de Septiembre de 2015). *Servicio Social UNAM*. Obtenido de [http://www.serviciosocial.unam.mx/consulta/busqueda.php?ano\\_programa=2015&institucion=63&dependencia=5&secuencial=4176&identificador=255&vuelta=1](http://www.serviciosocial.unam.mx/consulta/busqueda.php?ano_programa=2015&institucion=63&dependencia=5&secuencial=4176&identificador=255&vuelta=1)
- Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicologicos en el niño*. México: Trillas.
- Soutullo, C. (2005). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- UNESCO. (17 de Abril de 2015). *UNESCO*. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/strengthening-education-systems/inclusive-education/street-children/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (20 de Septiembre de 2015). *Portal DGOSE*. Obtenido de <http://www.dgoserver.unam.mx/portaldgose/servicio-social/htmls/ss-carreras/ssc-carreras->

biologicas-salud.html

Urbina, J. (1992). *El psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Uriarte, V. (1998). *Hiperquinesia*. México: Trillas.

Veiga, F., García, F., Reeve, J., Wentzel, K., & García, O. (2015). Cuando se pierde la motivación escolar de los adolescentes con mejor autoconcepto. *Revista Psicodidáctica*, 20(2), 305-320.

West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. Mexico: Manual Moderno.

Winnicott, D. (1971). *Playing And Reality*. Harmondworth: Penguin.



# **Anexos**

## Anexo 1: Cartas descriptivas del taller “Habilidades para la vida” (periodo vacacional de Semana Santa)

Actividad: “La ruleta de las emociones”			Sesión No. 1
Área: Inteligencia emocional		Población: 9 a 12 años	
Objetivo: Que los niños sepan cómo expresar en público sus emociones y a identificarlas.			
Estrategia de enseñanza	Aprendizajes esperados.	Recursos materiales	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se leerá el cuento a los niños “El joven más inteligente del mundo”.</li> <li>Realizar la medalla de las emociones.</li> <li>Por equipos de cuatro a seis jugadores, los niños juegan con la ruleta de las emociones, comentando libremente sus respuestas, durante el tiempo determinado.</li> <li>Contestaran las siguientes leyendas que vienen en la ruleta: <i>“Una de las cosas que más me hace enojar en la vida es...”</i> “¿A qué le tengo mucho miedo?” “Si tuviera una goma mágica capaz de borrarlo todo ¿qué borraría? ¿por qué?” “Pienso que lo mejor que me podría pasar en la vida sería...” “Una de las cosas que más me gusta en la vida es...” “Si yo fuera un héroe de las caricaturas, me gustaría ser capaz de...” “Si tuviera una varita mágica, capaz de aparecerlo todo, ¿Qué aparecería y por qué?” “Pienso que lo peor que me podría pasar en la vida es...”</li> <li>Realizar cuestionario de manera individual de las preguntas anteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que los niños aprendan a identificar sus emociones y a respetar las emociones de sus compañeros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una ruleta de cartón para cada cuatro o seis jugadores.</li> <li>Medalla</li> <li>Cuento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación</li> <li>Respeto hacia los compañeros</li> <li>Cuestionario</li> </ul>

<b>Actividad: “El arte de conocerme”</b>			<b>Sesión No. 2</b>
<b>Área: Autoestima y autoconocimiento</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Que los niños se identifiquen como únicos y valiosos.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizara una charla sobre sobre el autoestima, resaltando la importancia de conocernos y estar orgullosos de nosotros mismos porque somos seres únicos e irrepetibles.</li> <li>• Tras la charla los niños reflexionaran acerca de si mismos, buscando sus características particulares.</li> <li>• Después trazaran una silueta por el frente y la vuelta de una hoja de rotafolios. Para hacer esto, dibujaran una silueta completa en el frente del papel y en parte de atrás calcar la misma silueta. Por el frente dibujaran la cara (autoretrato) y por atrás el cabello y la espalda.</li> <li>• Una vez trazadas las siluetas, de manera personal, los participantes dibujaran, escribirán o utilizaran recortes de las características positivas que encuentren dentro de sí mismos. Los niños compartirán lo que escribieron en sus rotafolios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los niños comprendan que todos tenemos características diferentes y merecemos respeto.</li> <li>• Que los niños se den cuenta que cuando se valoran a sí mismos tienen mayores herramientas para para enfrentar situaciones difíciles que amenacen su integridad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una hoja de papel tamaño rotafolio para cada participante.</li> <li>• Plumones y lápices de colores</li> <li>• Cinta adhesiva o pegamento blanco</li> <li>• Revistas o periódicos para recortar</li> <li>• Tijeras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Respeto</li> <li>• Hoja de rotafolio</li> <li>• Cuestionario</li> </ul>

<b>Actividad: “El juego de las emociones (el monstruo de las emociones)”</b>			<b>Sesión No. 3</b>
<b>Área: Autocuidado</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Que los niños reconozcan sus emociones y sentimientos que los enseñe a valorarse y cuidarse.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del tablero descrito en el apartado de materiales, los participantes por turnos, tiran el dado, leen el texto escrito en la casilla que les corresponde según lo marca el dado que tiraron y responden la sentencia de la casilla correspondiente.</li> <li>• El tablero exhibirá los siguientes textos: <i>“Situaciones que me hacen sentir triste”</i>, <i>“Situaciones que me hacen sentir enojado”</i>, <i>“Situaciones que me hacen sentir feliz”</i>, <i>“Situaciones en las lastimo a los demás”</i>, <i>“Situaciones ante las cuales puedo responder por mí mismo de manera respetuosa”</i> y <i>“Situaciones ante las cuales debo pedir ayuda”</i></li> <li>• Para reforzar la identificación de emociones, con proyección del video “El monstruo de los colores”.</li> <li>• Posteriormente realizaran de manera individual su propio monstruo de las emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños reforzaran sus conocimientos sobre el manejo de las situaciones basado en el buen trato.</li> <li>• Los niños reconocerán como se sienten cuando los lastiman y cuando lastiman a otra.</li> <li>• Los niños recordaran la importancia de cuidarse y no dejarse agredir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un tablero (trazado en el cuaderno, pizarrón, en una hoja de rotafolios, etc.) Marcados del uno al seis.</li> <li>• Dados</li> <li>• Materiales para realizar el monstruo (fieltro, botones, hilos, ojos movibles, etc.)</li> <li>• Pegamento blanco</li> <li>• Video “el monstruo de los colores)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Respetar los turnos</li> <li>• Respetar opiniones de los compañeros</li> <li>• Elaboración del “monstruo”</li> </ul>

<b>Actividad: “Yo no soy eso...”</b>			<b>Sesión No. 4</b>
<b>Área: Autoestima para evitar el acoso (bullying)</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Los niños y adolescentes expresaran sus sentimientos negativos</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comenzará la sesión dando una breve exposición sobre la autoestima y la identidad con el objetivo de darles herramientas para seguir fomentando el buen trato con los demás y no caer en situaciones de acoso (bullying).</li> <li>• Posteriormente se les proyecta el video “¿Conoces a Fito?” y se analizara.</li> <li>• En una hoja en blanco escribirán lo que han sentido y todas las cosas negativas que les han dicho y que se han dicho a sí mismos.</li> <li>• Una vez terminado el ejercicio, pedirán con todas sus fuerzas y repetirán: “Yo no soy eso...” y reflexionarán y escribirán como pueden mejorarlas.</li> <li>• Llenaran una hoja con sus cualidades.</li> <li>• Para finalizar se discute en el grupo como se sintieron y que soluciones proponen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se buscará que los niños y adolescentes adquieran una mayor empatía con sus compañeros, al expresar sus sentimientos cuando son lastimados.</li> <li>• Los niños y adolescentes serán más conscientes del daño que causan las agresiones verbales entre compañeros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Colores, plumones y lápices</li> <li>• Música relajante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> <li>• Cuestionario</li> </ul>

<b>Actividad: “El dragón de la furia”</b>			<b>Sesión No. 5</b>
<b>Área: Control del enojo (toma de decisiones)</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Identificación y control del enojo (maneras sanas de enojarse)</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les explicara brevemente sobre cómo identificar en sí mismos el enojo.</li> <li>• Se les enseñaran técnicas para controlarlo, por ejemplo: visualización del semáforo del enojo recordando el color verde para un buen control, amarillo como señal de alerta para no explotar y el rojo para evitar hacerse daño a ellos mismos y a los demás; otra técnica será aprender a respirar y la resolución de conflicto sin violencia.</li> <li>• Para ejemplificar el tema se les proyecta el video “El dragón de la ira”.</li> <li>• Para reforzar realizaran el ejercicio sobre “Maneras sanas de expresar su enojo”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del enojo.</li> <li>• Maneras sanas de expresar el enojo.</li> <li>• Resolución de conflicto sin violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Lápices de colores, crayolas, plumones o lápices.</li> <li>• Hojas bond</li> <li>• Video “el dragón del enojo”</li> <li>• Esquema sobre las maneras sanas de enojarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto por las reglas</li> <li>• Semáforo</li> <li>• Esquema sobre las maneras sanas de enojarse</li> </ul>

<b>Actividad: “Quita telarañas”</b>			<b>Sesión No. 6</b>
<b>Área: Toma de decisiones</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Concientizar a la población acerca de sus sueños y posibilidades en el futuro.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explicará brevemente que para poder tomar decisiones y planear un proyecto, primero deben de identificar sus capacidades y sus dificultades (etiquetas negativas).</li> <li>• Se le pedirá escribirlas en cinta adhesiva o papeles y pegarlas en su cuerpo, visualizarlas y pedirles que retiren las etiquetas negativas para seguir adelante (quitar telarañas)</li> <li>• Los niños van a cerrar sus ojos, pensando en el sueño más grande que tienen. No deben ser cosas materiales, si no que sientan que les gustaría ser o que les gustaría tener en el futuro; como una familia, una carrera, etc.</li> <li>• Contestaran a las siguientes preguntas en una hoja, mediante recortes, dibujos o palabras claves:  <i>“¿Qué quieres? (poner el sueño)”</i>  <i>“¿Por qué es importante para ti?”</i>  <i>“¿Qué necesitas para lograrlo?”</i>  <i>“Ponerse una fecha límite para lograrlo”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños pensarán acerca de su futuro y las decisiones que tiene que tomar para lograr sus metas.</li> <li>• Los niños reflexionaran acerca de sus sueños y plan de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Revistas, periódicos y otras cosas para recortar.</li> <li>• Plumones, colores y lápices.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> <li>• Hoja de preguntas</li> </ul>

<b>Actividad: “Mis propias decisiones”</b>			<b>Sesión No. 7</b>
<b>Área: Proyecto de vida</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Analizar y reflexionar acerca de los factores que influyen en la toma de decisiones y su importancia.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide a los participantes que formen equipos. Se les entregan una tarjeta con situaciones de vida cuya resolución implica tomar una decisión.</li> <li>• Por equipo reflexionan y dialogan sobre la que consideren la mejor decisión y tratan de representarla frente al grupo.</li> <li>• Explican porque decidieron tomar esas decisiones.</li> <li>• Para finalizar, de manera individual eligen tres situaciones y escriben como las solucionaría cada uno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los adolescentes sean capaces de reflexionar los factores que influyen en sus propias decisiones, así como valorar la importancia de las mismas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjetas con situaciones de la vida cotidiana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> <li>• Cuestionario sobre decisiones.</li> </ul>



<b>Actividad: “Buenas cosas mías”</b>			<b>Sesión No. 8</b>
<b>Área: Autoestima</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Promover la autoestima, poniendo énfasis en los aspectos positivos de cada adolescente.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dividirá al equipo en dos, esta sesión constará de dos partes; en la primera parte el adolescente se sentará en una silla con un espejo en el que se observará mientras que el resto de su subequipo lo rodea dándole la espalda, él describirá cosas que positivas de él, personas que admira, gente que lo quiere, cosas que le gustan de él y cosas que no, los miembros del equipo que lo rodean no pueden hacer comentarios y hablar.</li> <li>• En la segunda parte, el participante se cubrirá con un pedazo de tela la cabeza, mientras sus compañeros que siguen rodeándolo, pero esta vez de frente hablaran sobre las cosas buenas que tiene esa persona, opinaran de forma respetuosa sobre lo que persona haya comentado en la primera parte de la actividad, mientras sus compañeros hablan el participante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los adolescentes se den cuenta de lo importantes que son, resaltando sus habilidades, logros, cualidades o virtudes que ellos y los demás perciben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un espejo de tamaño mediano.</li> <li>• Pedazos de tela de preferencia transparentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> </ul>

## Anexo 2: Cartas descriptivas del taller “Regulación emocional” (periodo vacacional de Navidad).

Actividad: “La olla de presión”			Sesión No. 1
Área: Regulación Emocional		Población: 9 a 12 años	
Objetivo: Reconocer la rabia que nos provocan o nos han provocado diferentes situaciones de la vida cotidiana y sus consecuencias.			
Estrategia de enseñanza	Aprendizajes esperados.	Recursos materiales	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir en un papelógrafo o pizarra <i>Emociones</i> en una columna y <i>Conducta</i> en otra, a fin de pedir a los niños ejemplos de cada una.</li> <li>• Mostrar olla de presión y explicar cómo funciona y para qué sirve.</li> <li>• Hacer la analogía de la olla a presión con nuestro cuerpo y nuestro cerebro</li> <li>• Invitar a los niños a trabajar en la hoja de trabajo individual, para que cada niño escriba en los trozos de papel, las rabias guardadas: qué, quién, cuándo, dónde, por qué, etc., para luego pegarlas dentro de la olla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la integración, promover el seguimiento de instrucciones, la participación del menor como parte de un grupo y un pensamiento crítico y asertivo para contar con un ambiente de cooperación y colaboración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una olla a presión (o su foto, si no es posible tenerla)</li> <li>• Pequeños trozos de papel de diversas formas</li> <li>• Hojas de trabajo individual</li> <li>• Pegamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> </ul>

<b>Actividad: “El termómetro emocional”</b>			<b>Sesión No. 2</b>
<b>Área: Regulación Emocional</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Ayudar a los niños a aprender a diferenciar entre sentir y expresar la rabia, a reconocerla en ellos mismos y en los demás.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se entregarán a los niños la hoja de esta actividad, se les pedirá que escriban su nombre y luego se introducirá el tema abordando la diferencia entre sentir y expresar la rabia; se ayudará a los niños a buscar sus propios indicadores corporales, así como a identificar ideas erróneas o distorsiones cognitivas, dentro de los diferentes grados de la rabia. Los niños deberán rellenar la hoja de abajo hacia arriba, es decir, primero FRUSTRACIÓN o IRRITACIÓN, luego ENFADO o RABIA y por ultimo EXPLOSIÓN, que representa el actina-out y otros modos destructivos de expresión de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los niños a buscaren sus propios indicadores corporales, así como a identificar ideas dentro de los diferentes grados de la rabia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja termómetro</li> <li>Lápices de colores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación</li> <li>Colaboración</li> <li>Respeto</li> </ul>

<b>Actividad: “Mi empatía”</b>			<b>Sesión No. 3</b>
<b>Área: Regulación Emocional</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Que las y los participantes desarrollen actitudes y comportamientos empáticos con sus compañeros.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les pedirá a los niños que, mediante una lluvia de ideas, compartan lo que entienden por empatía, les mostrará la silueta humana y les pondrá ejemplos de lo que sucede cuando se actúa de manera violenta (imágenes)</li> <li>• En el rotafolio escribirán propuestas sobre formas sanas de enojarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que aporten ejemplos de situaciones donde se reaccionó de manera violenta y de cómo se sintieron, de lo que hacen cuando a algunos de sus compañeros les suceden estas situaciones, mostrando empatía con sus compañeros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibujo de una silueta Humana</li> <li>• Imágenes sobre las consecuencias de los golpes, mordidas, pellizcos, etc.</li> <li>• Rotafolio con “formas sanas de enojarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> </ul>

<b>Actividad: “Rally de mis decisiones”</b>			<b>Sesión No. 4</b>
<b>Área: Regulación Emocional</b>		<b>Población: 9 a 12 años</b>	
<b>Objetivo: Conocer las formas en que se responsabilizan de sus decisiones en los diferentes ámbitos de su vida.</b>			
<b>Estrategia de enseñanza</b>	<b>Aprendizajes esperados.</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La promotora colocará dentro de una bolsa tarjetas que contengan preguntas sobre situaciones de la vida cotidiana. Les pedirá que formen dos grupos y les explicara en qué consiste cada etapa del rally.</li> <li>• El Rally, tendrá varias etapas en las cuales se desarrollarán juegos y para pasar al siguiente tendrán que responder de forma asertiva a los ejemplos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que apliquen lo aprendido en las sesiones anteriores para la resolución de conflictos de manera pacífica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjetas con preguntas.</li> <li>• Bolsa de plástico</li> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Respeto</li> </ul>

### Anexo 3: Evidencias de las actividades realizadas por la población

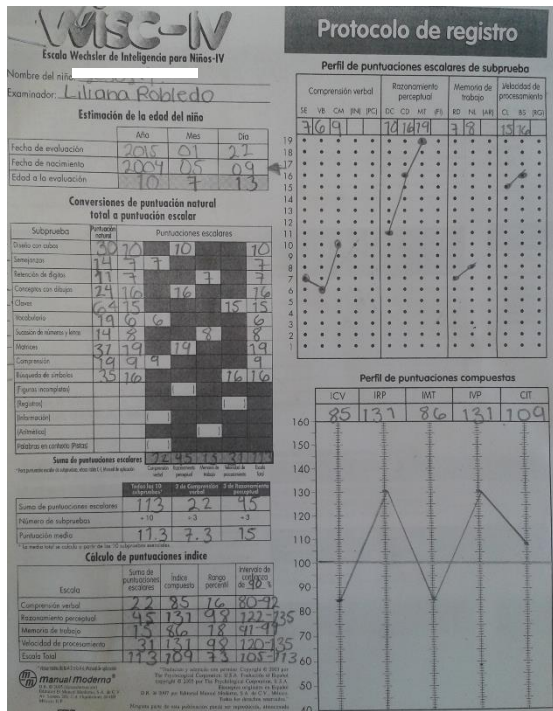


Figura 4 Resultados de la prueba WISC-IV (JA)

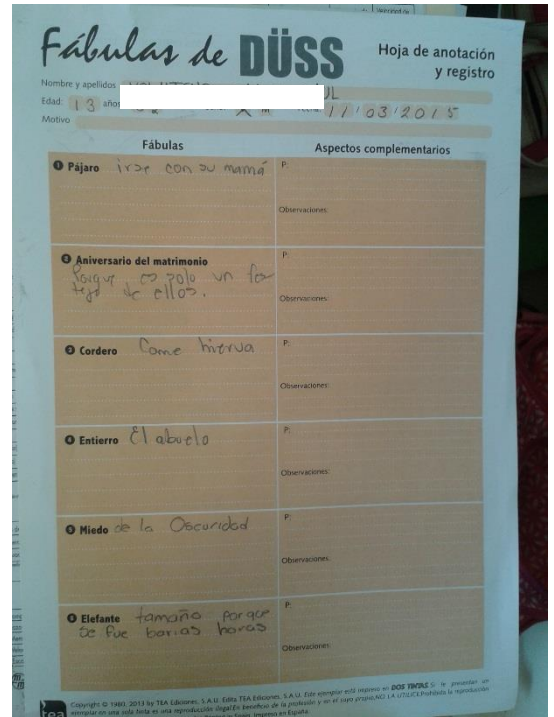


Figura 5 Hoja de respuestas de Fabulas de Düss (S)



Figura 6 Monstruo de las Emociones

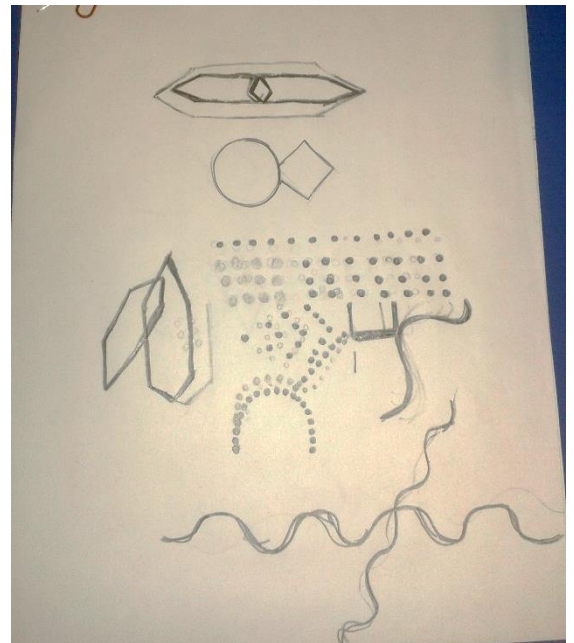


Figura 7 Test de Coordinación Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender (JY)

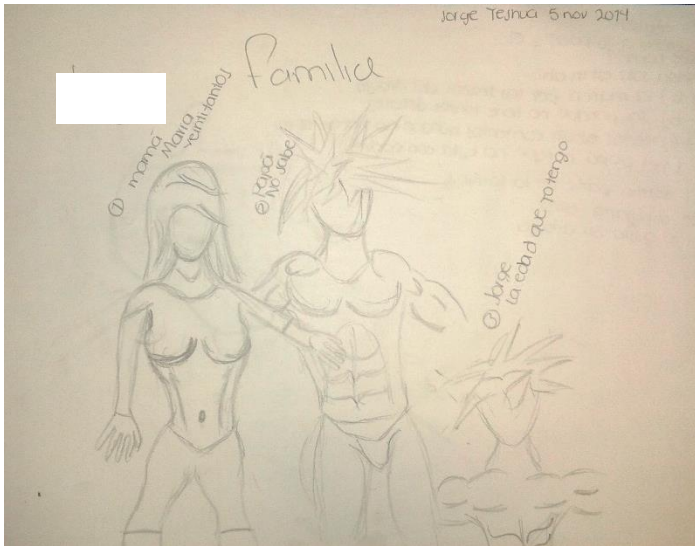


Figura 8 Test proyectivo de la Familia (JY)

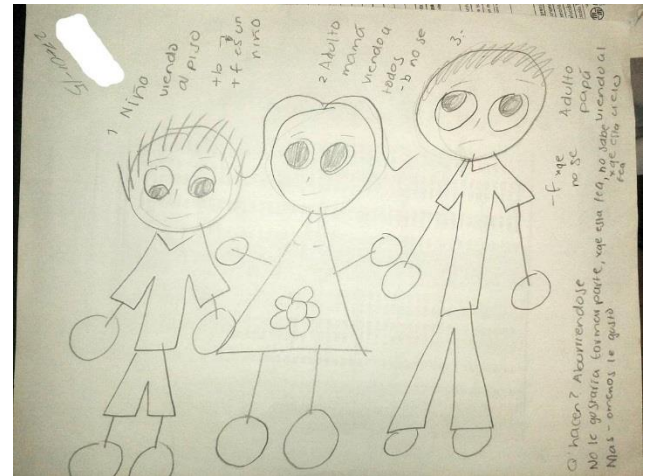


Figura 9 Test proyectivo de la Familia (F)

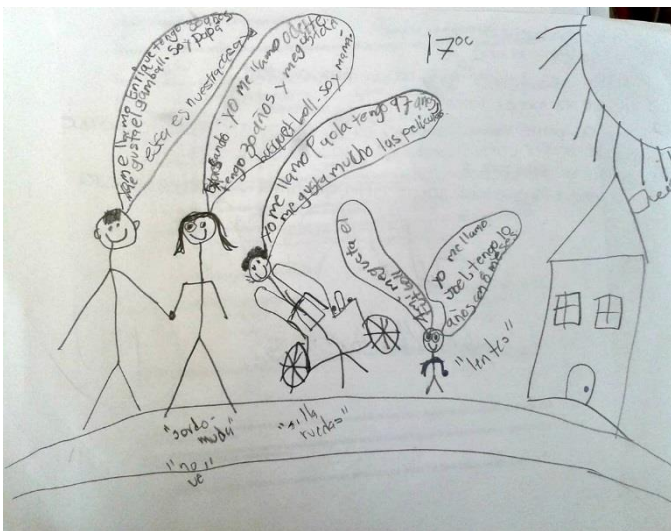


Figura 10 Test proyectivo de la Familia (JA)



Figura 11 Actividad realizada sobre el "Monstruo de las Emociones" (M)



Figura 12 Piñata y árbol de Navidad que ayude a decorar

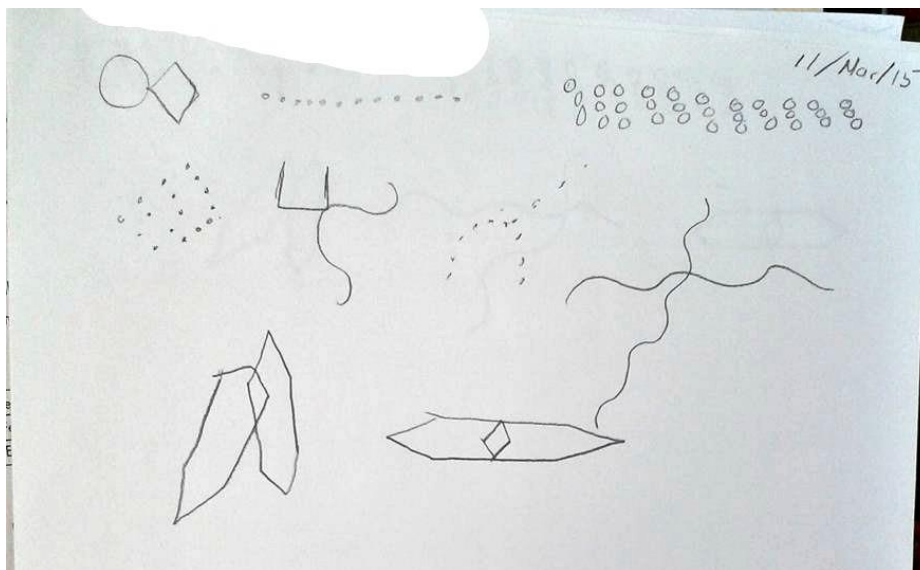


Figura 13 Test de Coordinación Gestáltico Visomotor de Laretta Bender (JA)