



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL
FORTALECIMIENTO DE LA RESILIENCIA PARA GRUPO DE
ADOLESCENTES Y PREADOLESCENTES MALTRATADOS**

GABRIELA YOLANDA CARRIZO OLVERA

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2006

ST

13 FEB 2009

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en **Psicología Clínica**
Facultad de **Psicología**
Número de Código _____
Nombre del Estudiante **Gabriela Yolanda Carrizo Olvera**
Cédula **4-201-775**
Titulo al que Aspira **Magíster en Psicología Clínica**

Tema de Tesis **Aplicación de programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas.**

Resumen Ejecutivo **El programa se elaboró para un grupo de preadolescentes y adolescentes con las características especiales de personas maltratadas que requerían una intervención terapéutica. Se trata de un estudio experimental, donde se buscará evaluar la efectividad del programa de resiliencia para disminuir los síntomas del maltrato. Después de las evaluaciones clínicas, se dividirá en sesiones, donde se fortalecerán los factores internos como el autoconcepto, además de los factores externos, como las habilidades sociales; factores importantes que promueven la resiliencia con la capacidad de reconstruir un proyecto de vida personal y comunitaria. Se procederá a evaluar antes, en el intermedio y al final del programa, por medio de entrevistas y pruebas psicológicas, el autoconcepto y locus de control de las adolescentes y preadolescentes, en edades entre 11 y 17 años de edad.**

Nombre del Asesor **Dr. Jorge Cisneros**

Firma del Asesor _____

Firma del Estudiante _____

Aprobado por _____
Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y

Postgrado
Fecha _____

no se firmó con resúmenes

14/2/09

DEDICATORIA

Dedicada al ser humano en su esencia
A todos los seres humanos que tocan día a día a otros
Llevando crecimiento y desarrollo

AGRADECIMIENTO

A Dios que me da la fuerza necesaria para seguir adelante con mis sueños, y
me ayuda a creer en mi misma

A mis padres por su ejemplo de perseverancia

A mis hermanas y hermano, compañeros de vida

A mi asesor Dr Jorge Cisneros

Al Profesor Gerardo Valderrama

A todos los profesores de la Maestría en Psicología Clínica

Al Profesor Rolando Jaén

A colegas amigos por su apoyo y guía

A amigos por darme su apoyo y ánimo

Un especial agradecimiento a los patrocinadores del paseo al final del
programa

A la institución donde se realizó la investigación

A todas las personas que directa o indirectamente me ayudaron

INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS	IV
INDICE DE FIGURAS	V
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
1 1 LA ADOLESCENCIA	5
1 1 1 DEFINICIÓN DE LA ADOLESCENCIA	5
1 1 2 CAMBIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO DURANTE EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA	9
1 1 2 1 Físicos	9
1 1 2 2 Psicológicos	12
1 1 2 3 Emocionales	14
1 1 3 IDENTIDAD PERSONAL Y SOCIAL DEL ADOLESCENTE	14
1 2 MALTRATO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA	16
1 2 1 CONCEPTO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA TIPIFICACIÓN EN PANAMÁ	18
1 2 2 CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL	20
1 2 3 ENTORNO FAMILIAR	25
1 2 4 TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	27
1 2 4 1 Violencia sexual	28
1 2 4 2 Violencia física	32
1 2 4 3 Violencia psicológica	33
1 2 4 4 Delito de maltrato de menores	33
1 2 5 CLASIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL	34
1 2 5 1 Maltrato físico	35
1 2 5 2 Negligencia	35
1 2 5 3 Maltrato emocional	36
1 2 5 4 Abuso sexual	37
1 2 6 CONSECUENCIAS DEL MATRATO INFANTIL EN EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA COMO PARTE DEL CICLO VITAL	38
1 3 RESILIENCIA	40
1 3 1 Histona	40
1 3 2 Investigaciones sobre resiliencia	44
1 3 3 Definición de resiliencia	48
1 3 4 Nuevas tendencias en resiliencia	53
1 3 5 Pilares de la resiliencia	58
1 3 6 Experiencias tempranas	63
1 3 7 ¿Se puede construir la resiliencia?	65
1 3 8 Recursos del comportamiento resiliente	72
1 3 9 Nuevo concepto de resiliencia dentro del tema de maltrato/violencia y abuso sexual	74

CAPITULO II PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES MALTRATADAS	77
2 1 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA	78
2 1 1 Terapia racional emotiva	78
2 1 2 Cognición y perturbación emocional	81
2 1 2 1 Autoaceptación	82
2 1 2 2 Autoaceptación VS Autoestima	85
2 1 2 3 Autoconcepto	86
2 1 3 TREC en la educación emotiva de niños y adolescentes	86
2 1 4 Trabajo realizado en Panamá con la TREC en mujeres maltratadas	90
2 1 5 Terapia Cognitiva Conductual en Terapia de Grupo para Niños y Adolescentes	97
2 2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	98
2 2 1 Características del Programa	98
2 2 2 Técnicas para facilitar el proceso de desarrollo grupal	99
2 2 3 Descripción de las actividades del Programa	103
CAPITULO III ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA	122
3 1 Planteamiento del Problema	123
3 2 Justificación	123
3 3 Objetivos	125
3 3 1 Objetivos generales	125
3 3 2 Objetivos específicos	125
3 4 Hipótesis	126
3 4 1 Hipótesis conceptual	126
3 4 2 Hipótesis operacional	126
3 4 3 Hipótesis estadística	126
3 5 Estrategia de investigación	127
3 6 Variables	129
3 6 1 Variable independiente	129
3 6 2 Variable dependiente	129
3 7 Definiciones	129
3 7 1 Definiciones conceptuales	129
3 7 2 Definiciones operacionales	131
3 8 Población	132
3 8 1 Población objeto	132
3 8 2 Población muestral	133
3 9 Muestra	133
3 10 Instrumentos de medición	134
3 11 Técnicas de intervención	143
3 12 Procedimiento del tratamiento	145
3 13 Evaluación de los resultados	146
CAPITULO IV PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	147
4 1 Entrevistas psicológicas	148
4 2 Resumen del Programa de tratamiento	166
4 3 Presentación, análisis e interpretación de los resultados	170

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	204
CONCLUSIONES	205
RECOMENDACIONES	209
BIBLIOGRAFIA	212
ANEXOS	216

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página	
I	Ciclo de Vida – Erk Enkson	8
II	Pilares de la Resiliencia	68
III	Presentación de características generales del grupo	164
IV	Presentación de motivo de ingreso a la Casa Hogar	164
V	Resumen de síntomas de maltrato del grupo	165
VI	Puntuaciones brutas obtenidas antes, en medio y al terminar el Tratamiento con la Prueba Locus de Control	171
VII	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas Locus de control 1 y 2	178
VIII	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas Locus de control 1 y 3	179
IX	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas Locus de control 2 y 3	180
X	Puntuaciones brutas obtenidas al inicio del tratamiento (1ª medición) con la Prueba de Autoconcepto AFA	181
XI	Puntuaciones brutas obtenidas al inicio del tratamiento (2ª medición) con la Prueba de Autoconcepto AFA	182
XII	Puntuaciones brutas obtenidas al inicio del tratamiento (3ª medición) con la Prueba de Autoconcepto AFA	183
XIII	Resumen de puntuaciones brutas obtenidas en la Prueba de Autoconcepto AFA, al inicio, durante y al final del tratamiento	184
XIV	Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Autoconcepto 1 y 2	186
XV	Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Autoconcepto 1 y 3	187
XVI	Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Autoconcepto 2 y 3	188
XVII	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas	

	Variable social de la Prueba Autoconcepto	191
XVIII	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas Variable social de la Prueba Autoconcepto 1 y 3	192
XIX	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas Variable social de la Prueba Autoconcepto 2 y 3	193
XX	Puntuaciones obtenidas en las aplicaciones de la prueba para evaluar la ansiedad con la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R) a la mitad del del Tratamiento y luego de finalizarlo	196
XXI	Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Escala de Ansiedad Manifiesta Total 1 y 2	198
XXII	Resultados de la primera medición de las esub-escalas de ansiedad manifiesta	199
XXIII	Resultados de la segunda medición de las esub-escalas de ansiedad manifiesta	200
XXIV	Resultados del Nivel de Cambio Subjetivo en la Evaluación del Programa Reportado por los Adolescentes	201
XXV	Datos de la evaluación subjetiva del Programa	202

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1 Casita de la Resiliencia por Stefan Vanistendael	71
2 Teoría del ABC de Albert Ellis	80
3 Diagrama de la Agresión- Violencia	92
4 Cogniciones y creencias que generan la ira	94
5 Diagrama de respuestas y resultados de la ira, por medio de un aprendizaje	95
6 Estrategia terapéutica por medio de técnicas en el manejo de la ira	96
7 Porcentajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al inicio del tratamiento	172
8 Porcentajes en la Prueba de Locus de Control aplicada durante (medición No 2) el tratamiento	173
9 Porcentajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al final (medición No 3) el tratamiento	174
10 Gráfica de Puntajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al inicio (medición No 1) de el tratamiento	175
11 Gráfica de Puntajes en la Prueba de Locus de Control aplicada durante (medición No 2) el tratamiento	175
12 Gráfica de Puntajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al final (medición No 3) del tratamiento	176
13 Puntajes en las Prueba de Locus de Control aplicadas antes, durante y después (mediciones No 1, 2 y 3) del tratamiento	177
14 Aplicación de las tres mediciones de la Prueba de Autoconcepto	184
15 Presentación gráfica (barras) de los resultados de las tres mediciones de la Prueba de Autoconcepto del grupo	185
16 Gráfica de la variable académico de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones	189
17 Gráfica de la variable social de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones	190

18	Gráfica de la variable emocional de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones	194
19	Gráfica de la variable familiar de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones	195
20	Presentación gráfica de los resultados de las dos mediciones de la Prueba de Ansiedad Manifiesta del grupo (diagrama de barras)	197
21	Presentación gráfica de los resultados de las dos mediciones de la Prueba de Ansiedad Manifiesta del grupo	197
22	Gráfica de puntajes de la evaluación subjetiva para cada pregunta	201
23	Presentación de porcentaje de cambio según la evaluación subjetiva del programa	203

RESUMEN

Se realiza esta investigación con el propósito de crear un programa de intervención psicológica grupal, específico para adolescentes y preadolescentes maltratadas. El grupo conformado por 9 sujetos, proviene de una Casa-Hogar donde albergan a niñas y adolescentes, referidas por abandono, abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico o/y riesgo social. Para ello, el Programa se fundamenta en la teoría, y se realiza en base a la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, a su vez se utiliza el concepto de resiliencia, el cual se refleja en la sorprendente capacidad que muestran muchos seres humanos de crecer y desarrollarse en medios adversos y alcanzar niveles de competencia y salud, que, en otros casos, no alcanzan individuos que no fueron sometidos a situaciones severamente traumáticas, ni negativas.

El programa de tratamiento está dividido en dieciocho (18) sesiones, con una frecuencia de una (1) vez por semana, dos (2) horas cada sesión, además de realizar entrevistas individuales, antes, en el intermedio y al final del mismo.

Los resultados señalan que hubo cambios significativos en cuanto al Locus de Control, y hubo aumento en el autoconcepto mas no fue significativo estadísticamente, a excepción de la variable social. En los resultados de el cuestionario subjetivo en su mayoría respondieron haber tenido mucho cambio positivo.

SUMMARY

This investigation is made in order to create a psychological intervention group program, specific for mistreated adolescents and preadolescents. The group constituted by 9 individuals who come from a place where they accommodate children and adolescents referred by abandonment, sexual abuse, physical abuse, psychological abuse and/or social risk. For that purpose, the program is based on the theory, and it is made on the basis of the Behavioral Emotive Rational Therapy by Albert Ellis and Cognitive Therapy by Aaron T. Beck, also, the concept of resilience is used as well, which is reflected in the surprising capacity shown by many human beings to grow and develop in adverse means and to reach levels of competition and health, that, in other cases, do not reach individuals that were not put under severely traumatic situations, nor negative.

The treatment program is divided in eighteen (18) sessions, with a frequency of one (1) time per week, two (2) hours each session, besides the individual interviews made before, during and at the end of it.

The results indicate that there are significant changes in the results in Locus of Control, and had more self-concept but not significant statistics results with the exception en the social variable. In the subjective questionnaire shows have had much positive changing.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las etapas del desarrollo del ser humano está la **adolescencia**, un periodo de la vida en el cual ocurren cambios tanto psicológicos, biológicos como sociales. Esta etapa requiere apoyo familiar y social para pasar a la etapa adulta de una manera más adecuada. Si en lugar de ello, los adolescentes obtienen de su ambiente algún tipo de maltrato familiar, ¿Pueden continuar su vida de manera sana?

En Panamá, desde hace unos años, se ha empezado a estudiar lo que es llamado **resiliencia**. Esta ya ha sido investigada desde los años 70`s en otros países, obteniendo resultados favorecedores. En este trabajo de investigación veremos qué es y cómo podemos ayudar a un grupo de preadolescentes y adolescentes a obtenerla. ¿La resiliencia como fenómeno psicológico complejo, está de manera latente en todos los seres humanos?, ¿Puede ser estimulado y lograr que los niños, jóvenes, adultos, familias y comunidades, sobrevivan y se sobrepongan pasiva o activamente al medio adverso? ¿Cómo algunos niños, aún a pesar de haber vivido en las calles, no asistir a la escuela, ser maltratados, enfrentar situaciones adversas, reaccionan de diferentes maneras ante semejantes situaciones de estrés?

Existe en Panamá un alto grado de **maltrato en niños y adolescentes**, especialmente hacia las niñas y mujeres en los últimos tres años (70 a 80% son niñas en Latinoamérica y el Caribe— UNICEF 2005). Según estadísticas de la Policía Técnica Judicial (PTJ) de Panamá, han aumentado los reportes de

delitos a menores, en los últimos tres años en un 41.5%, delitos como el estrupo, corrupción de menores y el incesto. Según la UNICEF, se estima que en algunos países de Latinoamérica, el número de niños, niñas y adolescentes viviendo en instituciones por razones de abandono ascienden a 25,000.

Con el Programa de intervención psicológica grupal, específico para adolescentes y preadolescentes maltratadas se pretende poner en práctica una intervención psicológica en un grupo de adolescentes de sexo femenino de un lugar que les da un hogar temporal a niñas y adolescentes referidas por instituciones, ubicado en la Provincia de Panamá, provenientes de diferentes puntos del país. El nombre de la institución se conservará para mantener una mayor confidencialidad. Con la intervención desde el punto de vista de la resiliencia se pretende estudiar su pasado, su presente y su futuro y ayudarlas a salir fortalecidas, con nuevas habilidades sociales y de afrontamiento de problemas, utilizando la **Terapia Cognitiva Conductual** fomentando una vida más plena.

El estudio se encuentra dividido en cinco capítulos, en el primero y segundo se observa la fundamentación teórica con la cual se sustenta la presente investigación, en el tercer capítulo los aspectos metodológicos del Programa. Posteriormente en el cuarto se presentan los datos de investigación con los resultados y finalmente, en el quinto las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1 1 LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se ha estudiado en diversas áreas de la Psicología, como parte del desarrollo del ser humano. Por ejemplo Erik Erikson, uno de los discípulos de Freud, la divide en etapas del ciclo de vida (Ver Cuadro No 1), en donde la adolescencia forma parte, con etapas del desarrollo del yo, donde el individuo para llegar a la madurez psicológica debe superar estas crisis y superarlas positivamente, Prada (1995) ¹

En la presente investigación el grupo está conformado por adolescentes y preadolescentes específicamente, por lo cual es importante desarrollar este tema desde una definición.

1 1 1 DEFINICIÓN DE LA ADOLESCENCIA

La infancia del ser humano se puede dividir en periodos como

- Periodo prenatal – a desde la concepción hasta el nacimiento
- Infancia y adquisición de la habilidad de caminar – del nacimiento a los 3 años
- Primera infancia- de los 3 años a los 12 años

¹ PRADA, R (1995) Escuelas Psicológicas y Psicoterapéuticas Ed. San Pablo Colombia 3ª Edición p 44

- Adolescencia -- de los 12 a los 18 años Es en esta etapa donde se enfoca nuestra investigación ²

Para definir este periodo de tiempo es más fácil determinar cuándo empieza, que cuándo termina. Se considera que generalmente empieza con el ímpetu de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual. Pero el final de la adolescencia, tiene que ver con factores sociales y emocionales más que con el cambio psicológico. Ocurren cambios tanto físicos, como rápido aumento de peso y de estatura, y logro de madurez sexual (capacidad de reproducirse). Pero no se aplica la palabra adolescente a una persona joven de 19, 20 ó 22 años, en lugar de ello, la frase adulto joven, como la palabra joven para describir el periodo que va de los 18 a los 22 años.

Se puede empezar a definir la adolescencia, según varios autores. Por ejemplo Diane E. Papalia nos dice "La adolescencia es una etapa de desarrollo entre la infancia y la edad adulta, en la cual ocurren muchos cambios físicos, cognoscitivos y sociales" ³ Con lo cual se observa que ocurren cambios desde diferentes aspectos, no sólo los observables físicamente.

Erik Homburger Erikson, neofreudiano alemán nacido en el año 1902, (1950-1959) señala que la principal tarea psicosocial de esta etapa, es el logro de la identidad, características sexuales, sociales, físicas, psicológicas, morales, ideológicas y vocacionales. Nos indica también como vimos anteriormente, que

² PAPALIA, D - Psicología del Desarrollo, de la Infancia a la Adolescencia (1992) 2ª Edición Editorial Mcgraw Hill S A México p 12

³ Ibid p 365

era difícil definir el final de la adolescencia Erikson también señala que hay una moratoria psicosocial, un periodo durante el cual el individuo puede retroceder, analizar y experimentar con varios roles sin asumir ninguno. Si no cumple con la tarea de este periodo el cual es lograr la identidad (Cuadro 1, pág 8), este fracaso ocasiona duda y confusión de roles, lo que puede disparar perturbaciones psicológicas latentes donde algunos se aíslan, o recurren a las drogas o alcohol para aliviar su ansiedad ⁴

En general, nos hablan diversos autores, que la adolescencia es un periodo donde ocurren cambios en diversos aspectos tanto físicos, como psicológicos, que pueden crear conflictos, y esfuerzos de adaptación e integración orientados hacia la vida adulta

Para el padre del estudio científico de la Adolescencia, Stanley Hall, fundador de la American Psychological Association, era un periodo de “tempestades y conflictos”, así como de un gran potencial físico, mental y emotivo ⁵ Así, otros autores han definido lo que es llamado adolescencia, incluso muchos clínicos lo han definido como “un estado perturbado” ⁶

⁴ ENGLER, B (1996) Introducción a las Teorías de la Personalidad Mc Graw Hill, S A México p 164

⁵ MUSSEN, P (1991) Desarrollo de la Personalidad en el Niño Editorial Trillas México p 415

⁶ ibid MUSSEN

Cuadro I EL CICLO DE LA VIDA- ERIK ERIKSON

Etapa de Desarrollo	Etapa Psicosocial	Fuerza del yo o virtud
Infancia	Confianza vs Desconfianza	Esperanza
Años que empieza A caminar	Autonomía vs Vergüenza y Duda	Voluntad
Años preescolares	Iniciativa vs Culpa	Determinación
Adolescencia	Identidad del yo vs. Confusión de roles	Fidelidad
Primeros años de vida adulta	Intimidad vs Aislamiento	Amor
Edad Adulta	Generatividad vs Estancamiento	Cuidado
Madurez	Integndad del Yo vs Desesperación	Sabiduría

Fuente Cuadro parcial del Ciclo de la Vida, basada en material de CHILDHOOD AND SOCIETY de Erik H. Erikson, 1963 (PAPALIA, D., p 170)

1 1 2 CAMBIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO EN EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA

1 1 2 1 Físicos

Ocurren cambios físicos de manera abrupta como los menciona Diane Papalia (1992)⁷

- Crecimiento súbito

Antes del crecimiento súbito, los niños por lo general son solamente 2% más altos que las niñas, de los 11 a los 13 años de edad, las chicas son más altas, más pesadas y más fuertes, después del crecimiento súbito, los chicos de nuevo son más altos, ahora aproximadamente 8%

- Menarquia, menstruación en las niñas

Se produce por lo común entre los 12 y 14 años, más del 95% entre los 10 y 16 años, y menos del 2% antes de los 10 años y después de los 16 años. En un principio los ciclos menstruales son irregulares y hay un intervalo de esterilidad puberal de tres años o más tras la primera menstruación. La menarquia, es el signo principal de la madurez sexual en las chicas. En los chicos, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, y el signo principal de la madurez sexual, es la presencia de esperma en la orina.

⁷ PAPALIA D (1992) (op.cit) p 513

- Características sexuales primarias, cambios de los órganos directamente relacionados con la reproducción

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción. En la mujer, las estructuras del cuerpo involucradas son los ovarios, el útero y la vagina, en el varón son los testículos, el pene, la glándula prostática y las vesículas seminales. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran.

- Características sexuales secundarias, signos fisiológicos de la madurez sexual que no comprometen los órganos reproductivos

Incluyen características, tales como los senos en las mujeres y los hombros anchos en los muchachos. Otras características sexuales secundarias implican cambios en la voz, textura de la piel y vello púbico, facial, en las axilas y en el cuerpo, característicos de un varón o una mujer adultos.

- Durante el crecimiento interno, los huesos, músculos y nervios, también muestran importantes cambios en la adolescencia. Papalia (1992)⁸

El cuerpo está conformado por dos tipos de tejido, masa corporal delgada (MCD), y grasa corporal total (GCT). La masa corporal delgada, incluye todos los huesos, los órganos internos, los músculos y la piel, mientras que la grasa corporal total incluye principalmente al almacenamiento de la grasa bajo la piel (llamada algunas veces grasa subcutánea). Varios de los cambios externos son

⁸ Ibid PAPAIA D (p 514)

en realidad, un resultado de los cambios de la masa corporal delgada, en particular en la maduración de los huesos. Los huesos largos en el cuerpo, particularmente los de los brazos y piernas, crecen a medida que se osifica el cartilago cerca de los extremos de los huesos. Durante la adolescencia, aumenta este proceso, disminuyendo en forma gradual alrededor de los 18 años en el caso de las mujeres y de los 20 años para los hombres.

Una diferencia que existe, tanto en los cambios externos como internos que ocurren en los adolescentes, es que hay una amplia gama de tiempos normales para que se presenten tales cambios. Los niños de la misma edad pueden diferir ampliamente en su maduración física.

Pubertad

La pubertad, periodo de la vida donde maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y en ambos, por el aumento de tamaño de los genitales externos.

La pubertad suele ocurrir en los hombres entre los 13 y 16 años de edad, y en las mujeres entre los 11 y los 14 años aproximadamente. Ciertas patologías relacionadas con la pubertad son la amenorrea y la pubertad precoz. Papalia (1992)⁹

La primera se caracteriza por una ausencia o cese de flujo menstrual sin que exista embarazo. La segunda es la aparición prematura, en hombres o mujeres,

⁹ Ibid. PAPALIA, D (p 514)

de las características fisiológicas típicas de la pubertad. Es causada por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas (Enciclopedia M 2000 En Papalia, 1992) ¹⁰

La pubertad, está completa durante el periodo de la adolescencia, con velocidades que varían ampliamente, tanto en el inicio como en la duración de los cambios pubertales. No sólo el joven se vuelve físicamente capaz de reproducirse, sino que también alcanza rápidamente la estatura y la mayoría de las proporciones de los adultos, esto se ve acompañado por fortalecimientos en el tejido muscular, así como el crecimiento de la capacidad de los pulmones y el corazón, produciendo mayor fuerza y velocidad.

1.1.2.2 Psicológicos

También ocurren cambios en el aspecto psicológico, durante el periodo de la adolescencia. Los adolescentes son extraordinariamente conscientes de sí mismos. Las percepciones de su propio cuerpo no son siempre realidades objetivas. Mussen et al (1991) ¹¹

Se interrelaciona con el aspecto físico algunas veces, como por ejemplo, este periodo es de gran vitalidad física mayormente. Representa para el adolescente

¹⁰ ibid PAPALIA

¹¹ MUSSEN et al. Desarrollo de la Personalidad en el Niño (1991) Editorial Trillas México p 425

un motivo de orgullo y seguridad. Por el contrario, si el desarrollo físico no ha ocurrido normalmente, es de esperar que se sienta tímido, retraído.

Las reacciones psicológicas, son en especial agudas al comienzo de la menstruación, a los cambios en la apariencia física y a la maduración temprana o tardía.

Los trastornos glandulares aumentan la sensibilidad del adolescente. Sus sentimientos se hieren con facilidad, a la vez que no puede ejercer dominio adecuado sobre su temperamento. Esto le preocupa al adolescente, ya que entiende que la falta de control de sus emociones es una característica infantil.

Según Freud, la excitación sexual se manifiesta por signos de dos géneros: anímicos, que consiste en una sensación de tensión altamente apremiante, y físicos, que consiste en una serie de transformaciones de los genitales, que tienen el sentido indudable de hallarse dispuestos al acto sexual. Las zonas erógenas, capaces de suscitar sensaciones placenteras, se van presentando en las fases oral, anal y fálica, por último en la genital. Prada (1995) ¹²

El estado de ciertos centros nerviosos, varía de tal modo, que toda la información de carácter sexual adquiere importancia para el adolescente.

En este periodo, la apariencia se convierte en uno de los factores de autoafirmación de la personalidad. La gran susceptibilidad ante la evaluación crítica de su aspecto exterior, no se debe únicamente a la intensidad de los cambios, y que no siempre son los deseados. Son características de esta edad las alteraciones del estado de ánimo, del humor, diversas desviaciones de la

¹² PRADA R (op cit.) p 17

conducta, etc , que, no obstante, deben ser considerados, tomando en cuenta las peculiaridades de los cambios neurológicos y endocrinológicos, que modifican el tipo de reacción del adolescente

Los adultos a menudo descartan los sentimientos de los adolescentes, acerca de su apariencia, pero esos sentimientos pueden tener repercusiones que duran largo tiempo. La apariencia de los adolescentes es importante para su vida social, lo cual es importante para la autoestima

1 1 2 3 Emocionales

Un adolescente puede sufrir altibajos emocionales, periodos de desaliento y preocupaciones sobre la aceptación por parte de sus compañeros. Puede experimentar ansiedad ante situaciones como un examen importante, arrebatos ocasionales de enojo o rebelión participando con otros jóvenes en actos delictivos menores, tristeza por la pérdida del novio (a), preocupaciones en lo relativo al sexo o dudas sobre su verdadera identidad

1 1 3 IDENTIDAD PERSONAL Y SOCIAL DEL ADOLESCENTE

Aproximadamente a los doce años de edad, la habilidad para pensar acerca de sí mismo y de las relaciones sociales, es muy grande. Durante los años intermedios y finales de la niñez el niño es capaz de inferir los sentimientos, los

pensamientos y las intenciones de otras personas con cierta exactitud. Después, junto con su continuo crecimiento cognoscitivo, el adolescente logra una mayor conciencia de sus pensamientos y del de los demás. Aunque las habilidades cognoscitivas se expanden durante la adolescencia en algún grado, el egocentrismo los obstaculiza, es decir por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. Para algunos adolescentes, la transición de la dependencia en la niñez a la auto-regulación independiente está llena de conflictos y tensiones interpersonales, aunque otros cumplen sus tareas con poca tensión. En la presente investigación, se pretende tratar también el área cognitiva y social por medio de la Terapia Cognitiva Conductual, que aprendan a relacionarse de una manera más asertiva, especialmente en este grupo que ha pasado por situaciones conflictivas en sus vidas.

La mayoría de los adolescentes se llevan muy bien con sus padres y hermanos; participan cada vez más en las decisiones que los afectan. Estos adolescentes están dispuestos a tomar decisiones importantes con respecto a la elección de una carrera profesional, y a las relaciones con sus compañeros por su cuenta o aconsejados por sus padres. Conforme el adolescente se aleja de su familia, comienza a depender más de sus compañeros y de sí mismo.

Los conflictos que surgen a edad temprana en la adolescencia por lo general se deben a cuestiones más bien triviales, como la forma de vestirse. Las relaciones sociales entre hermanos dependen de diversos factores, como la edad y el sexo. En la mayoría de las familias, éstas relaciones pueden formalizarse cuando los padres asignan obligaciones y roles. El resentimiento

por la asignación de tareas, puede depender de la manera como se plantean. Los padres pueden reducir el resentimiento, al explicar la necesidad de que dichas tareas domésticas, sean realizadas y preguntar qué se piensa. Las relaciones sociales de los adolescentes, incluyen también el pertenecer a grupos mayores. Las agrupaciones de adolescentes se constituyen en torno a intereses, habilidades e ideales comunes.

“El desarrollo cognoscitivo del adolescente se refleja no sólo en las actitudes y valores que adopta respecto de los padres y de la sociedad, sino también en las actitudes respecto del yo, en las características de su personalidad y en los mecanismos de defensa que probablemente se destacarán en este periodo. El desarrollo cognoscitivo del adolescente también desempeña un papel importante en el surgimiento de un sentido de identidad bien definido. La intelectualización puede ser usada como defensa psicológica para tratar ansiedades perturbadoras que pueden ser un doloroso resultado al enfrentar directamente” (Mussen, 1991)¹³

1.2 MALTRATO Y VIOLENCIA DOMESTICA

Los niños y adolescentes durante su desarrollo pueden llegar a sufrir de maltratos dentro y fuera de su entorno familiar, que los pueden llegar a afectar como ser bio-psico-social. Algunos de ellos son denunciados y en su mayoría no lo son. En un periódico publicado en la República de Panamá, a mediados del año 2005 se ofrecieron datos de dichas denuncias.

¹³ MUSSEN et al (op cit) p 430

“Un total de 1,073 denuncias por maltrato a niños y niñas por parte de sus padres, se han registrado en lo que va del año en la Dirección de Niñez del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) anunció Aisaida Batista, psicóloga del departamento. Las estadísticas por maltrato al menor señalan a las provincias de Veraguas, Colón, Chiriquí y Panamá, como las de mayor índice, donde 42 de los casos se dan por maltrato físico, 229 por negligencia materna, 136 por abandono, 636 por violencia doméstica y 30 por abuso sexual. La psicóloga aseguró que la línea 147 en casi un mes y quince días de estar funcionando, ha registrado 14,038 denuncias por maltrato físico y 1,995 por abuso sexual al menor, de un total de 35,000 llamadas que ha recibido la línea de auxilio. Una vez detectada la denuncia, Batista mencionó, el MIDES da una orientación especial a la persona, para luego determinar o remitir en algunos de los casos por maltrato, a las instancias competentes, como la Policía Técnica Judicial (PTJ), Hospital del Niño, La Policía de Menores, e Instituciones de Protección. En caso de que el niño o niña esté en peligro inminente, mediante un proceso de verificación, Batista señaló que el MIDES, conforme a la ley, separa al niño de su casa, para después iniciar un proceso legal”¹⁴

A su vez, el maltrato se puede observar en otros países de los alrededores. En la X Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno realizada el 16 de Noviembre del 2000, en la República de Panamá, se entregaron los resultados de una encuesta realizada a niños y adolescentes entre 9 y 18 años en los países latinoamericanos, España y Portugal. Se mencionaron resultados como el que un 27 % de los encuestados menciona un alto grado de agresividad al interior de sus hogares (28 millones), y un 16 % asegura ser víctima del maltrato en su hogar al haber cometido un error¹⁵

¹⁴ VALENCIA HERRERA, DAYANA (2005) “Segun el MIDES, más de mil denuncias por maltrato infantil”, en El Siglo, Panamá, República de Panamá, 23 de Agosto

¹⁵

A continuación entraremos a ver la definición del concepto violencia específicamente doméstica, y tipos de maltrato tipificados en la República de Panamá

1.2.1 CONCEPTO DE VIOLENCIA DOMESTICA TIPIFICACIÓN EN PANAMA

La violencia doméstica es una práctica o ejercicio, tanto de fuerza como de poder, que se produce entre miembros de una misma familia, en la que una persona es la que ejerce la fuerza o agrede, y otra u otras personas son las que resultan agredidas. Como estos hechos se dan dentro de la familia, por eso se dice que es violencia intrafamiliar o doméstica.

¿Y que se entiende por familia? En el internet, Legalinfo-Panamá publica una definición¹⁶

“La **familia** son las personas que tienen una relación de parentesco, ya sea por vínculos consanguíneos, por motivos de adopción o por afinidad. La familia se forma por medio de la unión consensual o a través del matrimonio.”

La legislación panameña en la Ley 27 de 16 de junio de 1995, habla sobre violencia intrafamiliar, y aunque no contiene una definición amplia, sí tipifica la conducta de agresión física o psicológica de un miembro de una familia hacia otro de sus miembros.

16

Por otro lado, la reciente Ley 38 de 10 de julio de 2001 que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial sobre violencia doméstica y deroga artículos de la Ley 27 de 1995, sustituye el término violencia intrafamiliar por el de "violencia doméstica" y contiene una definición de términos, entre ellos el de violencia doméstica que en su artículo 2, numeral 8 define como ¹⁷

"Patrón de conducta en el cual se emplea la fuerza física o la violencia sexual o psicológica, la intimidación o la persecución contra una persona por parte de su cónyuge, excónyuge, familiares o parientes con quien cohabita o haya cohabitado, viva o haya vivido bajo el mismo techo o sostenga o haya sostenido una relación legalmente reconocida, o con quien sostiene una relación consensual, o con una persona con quien se haya procreado un hijo o hija como mínimo, para causarle daño físico a su persona o a la persona de otro para causarle daño emocional"

Los casos de violencia registrados en la región de Panamá Oeste se han incrementado. Para el mes de marzo de 2001, sólo existían 15 denuncias, mientras que en el 2002 se han contabilizado 500 casos, de éstos en la Fiscalía de Familia se tramitan 338 expedientes en los que la mayoría de los sucesos corresponden a violencia doméstica del hombre hacia la mujer. Otro de los casos de violencia que son atendidos en la Fiscalía de Familia, son el maltrato a los niños y adolescentes, y un 1%, de denuncias interpuestas por los varones, según lo publicado en el internet ¹⁸

¹⁷ *Ibid*

¹⁸ *Ibid*

2001

2001

La violencia intrafamiliar se da a todos los niveles, pero en las clases medias altas obviamente es menos denunciada, porque se está hablando de profesionales de ambos sexos, que son también víctimas. Muchas veces por vergüenza no se atreven a denunciar que son maltratadas¹⁹

Uno de los factores importantes en este problema y que se señala dentro de las estadísticas, es el desempleo, el consumo de bebidas alcohólicas habitual, adicional al machismo que todavía existe, en donde prevalece la idea que el hombre es el jefe del hogar, y quien tiene la autoridad y el poder

La violencia doméstica es una forma de discriminación, de abuso de poder y sobretodo, una violación a los derechos humanos. Se ha convertido en un hecho cotidiano, "natural", casi desapercibido, debido a que se está ya tan insensibilizado/a, que se precisa de una considerable escalada de violencia para salir de la indiferencia. O algunas veces se observa la violencia cerca, ya sea un vecino o un familiar, y muchas veces se piensa "eso es asunto de ellos"

1.2.2 CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil se ha convertido por desgracia en un problema generalizado en el mundo actual, entendiéndose por maltrato infantil el daño físico o psicológico que le inflige intencionalmente un adulto

Generalmente son los familiares cercanos quienes de manera intencional los

¹⁹ Ibid

lesionan, con el pretexto de corregir su conducta por desobediencia o no cumplimiento de las tareas encomendadas

Alejandro Bonasso, Director del Instituto Interamericano del Niño (INN), manifiesta según una publicación de un diario de la localidad, que detrás de los grandes problemas sociales contemporáneos (violencia, abuso, personas en las cárceles) hay niños y niñas que fueron maltratados. Según estadísticas de la UNESCO, 117 millones de personas menores de 20 años, viven en situación de pobreza en la región de América Latina y el Caribe

“Más del 70% de la población de las cárceles de la región está compuesta por personas que fueron maltratadas en su infancia, más del 90% de los abusadores fueron ellos abusados de niños, arriba del 80% de las mujeres que ejercen la prostitución fueron también abusadas cuando niñas, según estadísticas de la UNESCO”, La Prensa (2006)²⁰

La UNICEF²¹ define que considera la situación de *Menor Víctima de Maltrato y Abandono*, a “aquella conformada por niños y jóvenes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. Esta definición es complementada con posterioridad, considerándose el hecho que además el maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono completo o parcial. Por último, toma en cuenta el tema de la intencionalidad del maltratador como un elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato

²⁰ “La pobreza tiene cara de niño”, en La Prensa, Panamá, República de Panamá, 13 de Mayo, 2006, p. 1

²¹ UNICEF

Epidemiología Según confirman las investigaciones, los abusos sexuales a menores de edad, son más frecuentes entre los 10 y los 15 años, es decir mientras que están ocurriendo los cambios en la pubertad, etapa en que son más vulnerables según Prada ²²

En la República de Panamá, se ha presentado un incremento sustancial en cuanto a casos reportados de abusos a niños y adolescentes, en su mayoría de sexo femenino Se presenta de un 10 a un 15% en niños, y entre un 20 y un 25 % en niñas ²³

Los niños y adolescentes presentan indicios de maltrato (la mayoría son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores), los cuales señalan que es conveniente observar y considerar un maltrato y abuso como en edades entre 6-12 años, donde se presentan los siguientes indicadores según Prada (1995) ²⁴

- Síntomas psíquicos miedos, fobias, insomnio, ansiedad y depresión
- Síntomas sexuales comportamiento sexual provocador impropio de su edad
- Síntomas sociales fugas de domicilio, desconfianza en las relaciones humanas, rechazo del contacto afectivo que antes era aceptado

²² LOPEZ, F La inocencia rota-Abuso sexuales a menores, Editorial Océano España 1999 p 73

²³ La Prensa (op cit)

²⁴ LÓPEZ, F (op cit) p 93

- Problemas escolares falta de concentración y bajo rendimiento, que aparecen de forma brusca, desinterés repentino por ir al colegio
- Problemas del sueño o pérdida del apetito, de pronto y sin ninguna explicación

Y en preadolescentes y adolescentes entre 12 y 16 años, además de las anteriores, pueden presentarse los siguientes síntomas

- Síntomas físicos embarazo
- Síntomas psíquicos ideas de suicidio
- Síntomas sexuales sexuación de todas las relaciones, asumir el rol de la madre en la familia
- Síntomas sociales rebelión familiar, alcoholismo o consumo de drogas
- Problemas escolares absentismo

Entre otros como

- Comportamiento autodestructivo o autoabusivo
- Pasividad y comportamiento retraído
- Sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión
- Abuso de drogas o de alcohol

Según el Centro para el Control del Abuso y el Abandono de Niños del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (AACAP, 1998), se observan indicadores físicos en niños maltratados como ²⁵

- Alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo
- Persistente falta de higiene y cuidado corporal
- Marcas de castigos corporales
- “Accidentes” frecuentes
- Embarazo precoz

Conductuales en niños

- Conducta sexual en niños (conocimiento detallado e inapropiado, conducta sexual inapropiada, inusual o agresiva con amigos o con juguetes, masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva, conducta seductora y exhibicionista)
- Miedos y fobias inusuales a adultos, a salir a jugar, a la madre o al padre
- Problemas escolares o cambio significativo del rendimiento escolar
- Trastorno de la alimentación
- Conducta compulsiva evidente
- Conducta inapropiada para la edad (pseudomaduración o conducta regresiva)
- Incapacidad para concentrarse
- Trastornos del sueño

²⁵ Ibid La Prensa (2006)

- Conductas violentas y agresivas
- Demostraciones de una combinación de violencia y sexualidad en los dibujos, juegos, lenguaje y trabajo escolar en general
- Auto agresión y conductas de riesgo
- Reacciones disociativas (confusión, alucinaciones auditivas, cambios marcados de personalidad u olvido del episodio de abuso)

Conductuales en adolescentes

- Prostitución y promiscuidad
- Excesiva preocupación por homosexualidad (especialmente en varones)
- Aislamiento y depresión
- Conducta excesivamente quejumbrosa
- Mala higiene o baño excesivo
- Mala relación con los pares
- Conductas desadaptativas (agresividad, fugas o delincuencia)
- Abuso de alcohol y drogas
- Trastornos de la alimentación
- Problemas escolares
- Episodios micropsicóticos y disociativos
- No participar en deportes
- Intentos de suicidio u otras conductas autodestructivas
- Miedo repentino a actividades sociales

1 2 3 ENTORNO FAMILIAR

Existe un consenso general sobre el papel que ejerce el ambiente o entorno familiar en el logro de una vida adulta saludable, pues se ha demostrado la importancia de las primeras relaciones psicoafectivas en ese proceso

Sigmund Freud, médico fundador del Psicoanálisis, menciona la importancia que juega el papel de los padres y otras autoridades en el desarrollo de los niños y niñas, quedando la estructura de la personalidad determinada por las primeras experiencias infantiles, y especialmente la de las figuras parentales

Existe en muchas ocasiones familias con creencias que favorecen la desigualdad y la explotación de los integrantes más débiles

Los efectos de la violencia intrafamiliar se traduce en familias desintegradas, de mujeres, de niños, niñas, adolescentes, ancianos y ancianas y también hombres con desajustes emocionales y con proliferación de sociopatías - consumo de drogas, de alcohol, actos violentos, daños a terceros y a sí mismos- que conllevan altos costos para la sociedad en su conjunto (Davis, 1998 En La Prensa 2006)

Es lamentable reconocer, que la violencia intrafamiliar es una angustiante realidad a nivel mundial, ello lo evidencia por ejemplo el hecho de que tan sólo en América Latina, la violencia conyugal en el 75% de los casos, las víctimas son mujeres, en un 23% hay agresiones mutuas y sólo un 2% de hombres son víctimas de violencia En Panamá, constituye un problema social que se agrava cada día y aunque no existen estadísticas reales, basta mencionar que de enero

a diciembre del año 2000 fueron asesinadas 30 mujeres por parte de los esposos o compañeros que decían amarlas, en tanto que el 28.8% de los delitos que se investigan en las fiscalías de la ciudad de Panamá, corresponden a violencia doméstica y más de 1500 denuncias de violencia contra mujeres se tramitaron en la Policía Técnica Judicial (PTJ). Según los reportes de la PTJ, de los últimos tres años, del 2003 al 2005, de delitos contra menores, han aumentado en un 41.5 %, en cuanto a los delitos de estupro, incesto y corrupción de menores (existen otros delitos como pornografía con menores y proxenetismo, que no hay registro de los años anteriores)²⁶

Según diversos autores (Milner y Crouch, 1993, Belsky, 1993)²⁷ existen circunstancias propias de los maltratantes, de la dinámica familiar y de la propia sociedad que favorecen la aparición de la negligencia y del maltrato físico, ello no quiere decir que allí donde aparezca uno varios indicadores obligatoriamente deba aparecer maltrato. Existen particularidades en los de tipo abuso sexual.

Existen características generales de las familias maltratantes, y factores biológicos, cognitivos, afectivos y conductuales.

1.2.4 TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA (PANAMÁ)

Con la aprobación de la Convención de Belem Do Pará en 1994, Panamá fue uno de los primeros países de la región que ratificó dicha convención, mediante la Ley No. 12 de 20 de abril de 1995, que sirvió de impulso a la expedición por

²⁶ Ibid. La Prensa 2006

²⁷

parte de la Asamblea Legislativa de la Ley No 27 de 16 de junio de 1995, por la cual se tipifican los Delitos de Violencia Intrafamiliar y el Maltrato de Menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial y se adoptan otras medidas ²⁸

Esta Ley reconoció por primera vez en el país, que la violencia intrafamiliar y el maltrato entre las, y los miembros de una familia, no es un acto natural, sino que es un delito que debe ser sancionado

Con la Ley 27 de 1995 se adicionó al Título V del Código Penal, el Capítulo V denominado "DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL MALTRATO DE MENORES", comprendiendo los artículos 209, 215 A, 215B, 215C y 215D, que establece los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato de menores ²⁹

Dicha ley 27 estableció tipos de violencia y maltrato como

1 2 4 1 VIOLENCIA SEXUAL

Comprende el uso de la fuerza y el poder con la finalidad de realizar actos sexuales contra la voluntad de la otra persona. Este tipo de violencia se da en las relaciones de pareja, otras se da entre una persona adulta y un niño o niña, o un joven o una joven menor de edad, mediante el abuso y el engaño o con el uso de la fuerza ³⁰

²⁸

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid

2003

2003

2003

Los hechos más comunes de violencia sexual son la relación sexual con el uso de la fuerza, o sea la **violación**, la **explotación sexual comercial** o sea logrando ganancias económicas al cobrar por la relación sexual de otras personas, tener relaciones sexuales con miembros de la familia, es decir, lo que se conoce como **incesto**.

Existe algunas veces cierta ambigüedad que rodea a las distinciones de violación, abuso sexual e incesto

- El **abuso sexual** incluye conductas sexuales tales como manoseo, actos obscenos o lascivos a un niño o niña de menos de 14 años, coito oral, sodomía, penetración o introducción de objetos extraños en el ano o genitales, violación, incesto y explotación sexual. Puede ser agudo o crónico

Se considera como abuso a “toda participación de un niño o adolescente en actividades sexuales que no está en condiciones de comprender, que son inapropiadas para su edad y para su desarrollo psicosexual, forzada, con violencia o seducción o que trasgrede los tabúes sociales”³¹

Cuando los pacientes acuden a consultas se dan con mayor frecuencia de lo que uno podría creer, según el psicólogo investigador español, Félix López, “casi el 50% de quienes piden ayuda psicológica han sido objeto de una agresión de este tipo”³² Todo abuso sexual, aunque sea sin violencia física, es una forma de maltrato psicológico que tiene una alta probabilidad de producir daños en el desarrollo y la salud mental del niño, los que pueden expresarse en edades

³¹ Ibid

³² LÓPEZ, F (op cit) p 90

posteriores y ser de difícil tratamiento. Desde una visión médica, se consigna la agresión sexual como un traumatismo genital, anal o bucal, con resultado de lesiones físicas y psíquicas, inmediatas, mediatas o tardías

- La **violación** consta básicamente de dos elementos básicos: el contacto genital directo, y la violencia o el estado de fuerza que se ejerce sobre la víctima. También se considera violación el coito realizado con un menor de doce años o cuando este está privado de razón³³

Los o las adolescentes violados atraviesan por las siguientes etapas:

- Etapa de **disociación**: Durante el ataque aparece un estado cognitivo de sobrevivencia, observando la situación desde "fuera"
- Etapa de **shock**: Confusión y falta de resonancia afectiva
- Etapa de **depresión**: Conducta autodestructiva o promiscua, pánico, ansiedad, trastornos de alimentación y psicofisiológicos, unidos a trastornos del estado del ánimo
- Etapa de **rabia intensa**: Dirigida al violador, a otros hombres o a la sociedad en general
- Por último, se **reelabora lo sucedido**, superándose así el trauma

- Los **abusos deshonestos** son actos sexuales que atentan contra la

³³ La Prensa 2003 (op. Cit.)

libertad sexual y el pudor de la víctima, ejecutados sobre otra persona de uno u otro sexo, principalmente niños, mediante violencia efectiva o presunta, con exclusión del coito

- El **incesto** Es el que se da cuando una persona, a sabiendas de la existencia de vínculo familiar, tiene relaciones sexuales con ella. Se entiende que se produce el delito cuando la persona mete su órgano sexual, sus dedos, su lengua o cualquier objeto como lápices, plumas, botellas, marcadores o cualquier objeto en los orificios naturales del cuerpo de la otra persona (el ano, la boca, orificio vaginal). Este delito se sancionó con pena de prisión de 3 a 5 años y si se incurre en las agravantes que señala el artículo 216, la pena se aumenta de 3 a 10 años³⁴

Esto incluye a las relaciones sexuales entre padres e hijos, abuelos, tíos, la relación de los padrastros y sus hijastros, sean estas con violencia o sin ella. Es la forma más oculta de maltrato infantil. En la mayoría de los casos es el padre u otro hombre, que actúa como tal, siendo las niñas las víctimas más frecuentes. El incesto va acompañado de coerción sexual que provoca sentimientos de culpa y miedo. El niño/niña termina creyendo que es el culpable, por tentar al abusador. La madre presenta características-tipo insegura, con baja autoestima, sumisa y temerosa probable víctima de abuso sexual infantil. El perpetrador es un sujeto con baja autoestima, inseguro, que ha experimentado algún tipo de abuso en la infancia. En los casos en que se ha utilizado fuerza y coerción

³⁴ Ibid

tienen más consecuencias negativas a largo y corto plazo, que aquellas que no lo han utilizado

- **Explotación/ pornografía infantil.**

Existen múltiples factores que inciden, en que se desconozca la magnitud del problema. Entre estos se encuentran a que por lo general los padres desconocen este hecho. Por otro lado, el aumento de los jóvenes y niños que abandonan el hogar, los cuales son especialmente vulnerables para la pornografía y/o prostitución. Algunos padres utilizan a sus propios hijos para producir pornografía.³⁵

1.2.4.2 VIOLENCIA FÍSICA

Es aquella en que se usa la fuerza y el poder, produciendo daños o heridas corporales a la persona que la recibe, generalmente requiere atención médica y sufren incapacidades para desenvolverse normalmente durante un período de tiempo. Entre los hechos que se pueden mencionar están las heridas, las cortadas, las fracturas y rotura de huesos, las bofetadas y puñetazos, las patadas, las quemaduras, entre otras.

³⁵ Ibid. Diario La Prensa (Mayo 2003)

1 2 4 3 VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Es la violencia, que aunque no se ve a simple vista, sí produce efectos emocionales y mentales, afectando la autoestima de la víctima. Entre los hechos que se consideran este tipo de violencia están: los insultos verbales, los gritos, el ridiculizar o rechazar a la otra persona, destruir objetos propiedad de la persona, dañar o romper objetos del hogar, causar daños a animales, etc.

En los tres tipos anteriores la ley establece tres posibilidades: sanción de 6 meses a 1 año de prisión, y se aumenta de 2 a 4 años, si se incurre en las agravantes ³⁶

1 2 4 4 DELITO DE MALTRATO DE MENORES

Es el que comprende todos los actos de fuerza y poder, que se realizan en contra de las niñas y los niños menores que no han cumplido la mayoría de edad.

Los hechos que se consideran maltrato de menores son:

- 1 Causar o permitir, o hacer que se le cause daño físico, mental o emocional, incluyendo lesiones físicas ocasionadas por castigos corporales.
- 2 Utilizar, o sugerir que se les utilice con el fin de ganar dinero a su costa, poniéndoles a pedir dinero (mendicidad), a posar para fotografías pornográficas, a actuar en películas pornográficas, o en propaganda o publicidad no apropiada para su edad.

³⁶

(op cit)

3 Emplearlos en trabajos prohibidos, o contrarios a la moral, o que pongan en peligro su vida o su salud

4 Negarles las condiciones que necesitan para su vida y su desarrollo, como persona (trato negligente), y darles malos tratos que puedan afectarles su salud física o mental

Se consideran incluso como delito, y se sancionan con pena de prisión de 1 a 6 años

Los delitos de violencia doméstica y maltrato a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años son aplicables a

1 Matrimonios

2 Uniones de hecho

3 Relaciones de pareja que no hayan cumplido los 5 años, cuya intención de permanencia pueda acreditarse

4 Parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción

5 Hijos e hijas menores de edad no comunes, que convivan o no dentro de la familia

6 Personas que hayan procreado entre sí un hijo o hija³⁷

1.2.5 CLASIFICACION DE MALTRATO INFANTIL

Según la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry AACAP (1998)³⁸, existen cuatro formas de maltrato de los adultos hacia los niños o

³⁷ Ibid

adolescentes. Esta clasificación está en consonancia con la existente en el DSM-IV en donde se contempla por primera vez el abuso físico, sexual y negligencia en un niño. La inclusión de estas expresiones, que no existían anteriormente en el DSM-III-R, se debe a la importancia ascendente que va adquiriendo hoy día estos actos coercitivos dentro de la clínica y la salud pública

1.2.5.1 Maltrato Físico

Encierra actos perpetrados por la puesta en práctica de la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. O sea, aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, educadores, grupo de iguales, etc.) que origina en el niño un daño físico o enfermedad no manifiesta, debido a castigos punitivos intensos. Las lesiones originadas con las propias manos o con instrumentos (cables, cinturones, zapatillas, barras de hierro, cuchillos, cigarrillos, etc.) en ocasiones pueden ser definitivas para la supervivencia del niño maltratado.³⁹

1.2.5.2 Negligencia

Cualquier inacción por la que un padre o cuidador prive al niño de la supervisión o atención esencial para su desarrollo.

³⁸

³⁹ Ibid.

Es una omisión ante aquellas necesidades vitales que el niño o la niña necesite para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente (Zuravin, 1991) ⁴⁰

Distintas investigaciones han puesto de manifiesto que el maltrato físico y la negligencia suelen existir de modo simultáneo en las víctimas maltratadas

1 2 5 3 Maltrato Emocional

Es un tipo de abuso que presenta muchas dificultades para poder detectarlo y para conocer su grado de cuantía. Si el maltrato físico produce lesiones en la piel o en los huesos, el maltrato psicológico deja secuelas difícilmente detectables que al cabo del tiempo emergen con fuerza, evocando sintomatologías más o menos graves y de difícil solución. Se podría definir como aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Cualquier acción (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, insultar) o inacción (privación de sentimientos de amor, afecto, seguridad) de un padre o cuidador que tienda a agredir psicológicamente a un niño y que impiden la normal interacción del niño dentro del seno familiar.

Acompaña a todas las otras, pero que puede ejercerse independientemente de las demás (amenazas aterrorizantes, descalificaciones, desvalorizaciones y/o ausencia de expresiones cariñosas)

⁴⁰ Ibid

1 2 5 4 Abuso sexual

Es uno de los maltrato que implican mayores dificultades a la hora de estudiar y detectar, debido posiblemente a la resistencia que manifiestan los niños al revelar estos actos que los avergüenzan

Abuso sexual es cualquier acción de un padre o cuidador que involucre o permita involucrar a un menor en actividades de tipo sexual. Consiste en aquellas relaciones sexuales que mantiene con una persona de mayor edad (adulto o niño de más edad) para las que no está evolutivamente preparado, violando la ley, los tabúes sociales o los roles familiares y estableciéndose una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima. Es muy probable que este abuso esté acompañado de otros, como el físico y el psicológico.

Para poder catalogar e identificar si un acto ha sido o no un abuso sexual, recurrimos a la publicación tradicional de Finkelhor (1979)⁴¹. Este autor nos señala una serie de circunstancias que hay que tener en cuenta para lograr un diagnóstico certero.

- Edad del agresor en comparación con la de la víctima
- La naturaleza del acto
- El sexo y la relación existente entre el niño y el agresor
- Si el acto ha sido consentido por el niño
- Las consecuencias que el acto abusivo ha causado en la víctima

⁴¹ Ibid

En este abuso sexual conviene diferenciar

PAIDOFILIA Predilección o atracción sexual que experimenta un adulto para mantener relaciones sexuales con niños

HEBOFILIA Comercio carnal entre un adulto y un adolescente

Las formas más comunes de abuso sexual son

- Incesto
- Violación
- Vejación
- Explotación sexual

1 2 6 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL EN EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA COMO PARTE DEL CICLO VITAL

Existen muy pocas investigaciones efectuadas con adolescentes sobre las consecuencias del maltrato. Según los estudios (Malinosky-Rummel y Hansen 1993, Kufeldt, Durieux, Nimmo y McDonald, 1992) ⁴² “podemos subrayar que la conducta antisocial y las fugas del hogar o de las instituciones de acogida fueron las manifestaciones más frecuentes, existiendo una relación entre el delito cometido y el grado de maltrato sufrido, es decir, a mayor disciplina parental experimentada, mayor fue la violencia expresada a la víctima”

⁴² Ibid

Los efectos que produce el abuso sexual, en esta etapa, a corto plazo son problemas del sueño, sentimientos de culpabilidad, manifestaciones psicosomáticas, ansiedad, agresividad, hiperactividad, conductas autodestructivas, masturbación compulsiva, fugas del hogar, fracaso escolar e impotencia en relación con el agresor

1.3 RESILIENCIA

Ya se habló sobre el periodo de la adolescencia como parte del desarrollo del ser humano, y sobre el maltrato y efectos que puede surtir en ellos /ellas hasta llegar a ocasionarles consecuencias de largo plazo incluso. Existe el término llamado **resiliencia** con el cual se les puede ayudar a lograr superar dichos problemas o prevenirlos, para ello se presenta información sobre este término desde su historia hasta cómo promoverla.

1.3.1 Historia de la resiliencia

La resiliencia se refleja, en la sorprendente capacidad que muestran muchos seres humanos, de crecer y desarrollarse en medios adversos y alcanzar niveles de competencia y salud que, en otros casos no alcanzan individuos que no fueron sometidos a situaciones severamente traumáticas ni negativas.

Esta realidad humana de superación ante la adversidad es tan antigua, como la humanidad, a pesar de no haber sido definida antes como resiliencia, quizá nunca le pusieron nombre, porque no se necesitaba describirla. Ahora sí se necesita su nombre, para poder volver a creer en la capacidad de transformación y superación.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intra psíquicos, que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. De esta manera, la resiliencia **no puede ser pensada sólo, como un atributo con los que los niños nacen, ni que adquieren durante su desarrollo, sino**

que se trataría de un proceso interactivo entre los niños y su medio. El apego va desde la cuna hasta la tumba, pero los tres primeros años son muy formadores de la personalidad y los más estructurantes en términos de resiliencia. Pero hay relaciones de apego posteriores que también son resilientes, dice Lecannelier⁴³

La resiliencia del individuo influye en el grupo, generándose conductas resilientes colectivas. Esto tiene que ver con la capacidad de liderazgo que caracteriza a gran parte de las personas resilientes, capaz de "contagiar" a quienes se vinculan con ellas.

Se encuentran rasgos resilientes en historias de vida, novelas, cuentos, y demás. Se observa la capacidad que tenemos los seres humanos para transformar factores adversos en elementos de estímulo. Circunstancias que a algunos los podría hundir, a otros los proyectan e impulsan positivamente.

Junto con el concepto de resiliencia, surgió una primera generación de investigadores, cuyo interés era descubrir factores protectores que están en la base de la adaptación positiva, en niños que viven en condiciones de adversidad. La segunda generación expandió el tema, la noción de proceso.

Dentro de los inicios del concepto de resiliencia está el del año 1945, con el estudio realizado por Grinker y Spiegel sobre los sujetos que padecieron grave estrés en situaciones de guerra, y evolucionaron favorablemente⁴⁴

43

44

Estudios de Werner y Smith en Hawái, desde cualidades personales como autoestima, hasta factores externos del individuo. Este concepto se ha estudiado más en niños ⁴⁵

Modelo triádico de resiliencia: consiste en organizar los factores resilientes y de riesgo en tres grupos diferentes:

- Atributos individuales
- Aspectos de la familia
- Características de los ambientes sociales en que los individuos se hallan inmersos

Diversos autores, durante la década de los 70's, publican observaciones señalando la variabilidad de respuestas (en su desarrollo psicosocial), de los niños y niñas expuestos a experiencias adversas de diversa índole, tanto individuales, familiares o de su comunidad. Observan que un cierto grupo de niños y adolescentes logran sobreponerse a esas situaciones adversas, sin sufrir secuelas psicosociales graves, y se refieren a ellas como "invulnerables".

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi⁴⁶ los autores que desarrollan el concepto, a través del estudio de aquellas personas, que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. Así, se ha establecido que las personas resistentes, tienen un gran sentido del

⁴⁵ Ibid

⁴⁶

compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos, y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas, como una parte más de la existencia. En general, se considera que es un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto. El concepto de personalidad resistente está íntimamente ligado al existencialismo.

A este fenómeno observado, el psiquiatra Michael Rutter⁴⁷ en 1978, lo denomina "resiliencia", (anglicismo por resilience o resiliency), cuyo significado es "resistencia de los cuerpos a los choques", "recuperar", "ajustar", inspirado en la física. En la opinión conductista de Rutter, la resiliencia se reducía a una suerte de "flexibilidad social" adaptativa.

Este aporte de Rutter, trae a la comunidad científica, "la esperanza de una prevención satisfactoria", o "algo de esperanza realista" o "promesa optimista", según escriben él mismo, y otros autores.

El concepto se profundizó, al trascender al conductismo con, por ejemplo, las investigaciones del etólogo Boris Cyrulnik, quien amplió el concepto de resiliencia observando a los sobrevivientes de los campos de concentración, los niños de los orfanatos rumanos y los niños en situación de calle bolivianos.⁴⁸

A mediados de los 90's, los investigadores se preguntan "¿Cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva, dado que la persona ha vivido, o vive en condiciones de adversidad?" El foco de investigación retoma de la

⁴⁷ Ibid

⁴⁸ Ibid

primera, y agregan el estudio de la dinámica entre factores, que están en la base de la adaptación resiliente. Investigadores pioneros, Michael Rutter (1991), con el concepto de mecanismos protectores, y Edith Grotberg (1995), formuló el concepto que está detrás del Proyecto Internacional de Resiliencia (PIR)⁴⁹

En 1995, el Dr. Néstor Suárez Ojeda, la Dra. Edith Grotberg y Steve Wollin, lograron anexar a la agenda de la Organización Mundial de la Salud (O M S) y a la Organización Panamericana de la Salud (O P S) el concepto de resiliencia.

Edith Grotberg con su estudio PIR, estableció que la resiliencia requiere la interacción de factores resilientes de tres niveles diferentes: soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy-yo estoy)⁵⁰

1.3.2 Investigaciones sobre resiliencia

No se ha realizado una investigación sobre la resiliencia con adolescentes maltratadas utilizando la Terapia Cognitiva Conductual, en Panamá, que es nuestro tema. Se han realizado investigaciones sobre resiliencia en varios países como en Colombia, México, Perú, entre otros, incluso en Panamá se realizó en niños que viven en la calle, según entrevista con el Dr. Jorge Cisneros.

Las investigaciones sobre resiliencia se refieren a numerosos estudios internacionales, de desarrollo sobre niños y niñas que nacieron en familias de

⁴⁹ Ibid

⁵⁰

alto riesgo, en donde los padres eran enfermos mentales, alcohólicos, abusivos o delincuentes, en comunidades de extrema pobreza, o en zonas de guerra

La temática de resiliencia en programas de desarrollo infantil fue introducida en América Latina en los años noventa, principalmente a través de proyectos financiados en distintos países por la Fundación Bernard van Leer. En estos tipos de proyectos, se toma en cuenta dos situaciones determinantes, inherentes al concepto de resiliencia. Por un lado, las situaciones de riesgos y adversidades, y por otro, las diferencias individuales que permiten una respuesta del individuo cualitativamente diferente en estas situaciones difíciles.

Uno de los datos más relevantes de estos estudios que se realizaron, fue que al menos un 50%, y en ocasiones hasta un 70% de los jóvenes que crecieron en condiciones de alto riesgo, llegaron a ser socialmente capaces aunque estuvieron expuestos a una tensión severa, manteniendo su vitalidad y esperanza.⁵¹

Las investigaciones sobre resiliencia, demuestran la importancia de darle al desarrollo humano, un sitio prominente en todo lo que se relaciona al campo de la prevención, educación y al desarrollo de los y las jóvenes. Los estudios sobre resiliencia sugieren que la naturaleza, nos ha dotado de mecanismos protectores poderosos para desarrollarnos, que trascienden las fronteras geográficas, étnicas, sociales e históricas, porque están orientados a nuestra condición humana y responden a esas necesidades básicas de afecto, relación, respeto, retos y estructuras, así como para participar de una manera significativa, para

51

experimentar el sentido de pertenencia y poder, y por último, comprender el significado de la vida

Existen varias investigaciones sobre la resiliencia, que se han realizado en varios países, como por ejemplo en Perú. La experiencia desarrollada por CEPRODEP - ONG especializada en el enfrentamiento de las secuelas psicológicas, sociales, políticas y económicas de la violencia política y social – a través del proyecto “Pukllay Wasí” (Casita de juego)⁵². Se trata del trabajo efectuado con poblaciones afectadas por la violencia política y pobreza extrema, específicamente en 10 comunidades campesinas del Departamento de Ayacucho. Los trabajadores intentaron promover la resiliencia con 500 niños y niñas entre 4 y 12 años de edad, y sus respectivas familias.

Ejecutado bajo el auspicio de la Fundación Bernard van Leer, entre septiembre del 1997 y marzo del 2000, plantearon un proyecto de fortalecimiento y promoción de la resiliencia en los niños, involucrando la participación activa de su entorno familiar y social, con el uso de los recursos resilientes personales, sociales y culturales que esta población ya disponía, los mismos que deberían ser fortalecidos, y a su vez controlar los factores de riesgo. Teniendo al niño como foco central de la intervención, este proyecto da cuenta que el trabajo no solo ha tenido impacto en los niños sino también en su entorno familiar y social, es decir que el cambio en los niños, incide en el desarrollo de los otros miembros de su entorno.

⁵² Ibid

Se implementó espacios simbólicos llamados “Pukllay Wasi” o “Casitas de juegos”, y a través de talleres lúdicos, y utilizando técnicas como el sociodrama, los parlamentos infantiles, las actividades recreativas y las manifestaciones culturales, se trabajaron las capacidades de los niños, identificadas en el sistema de socialización y crianza andino, y asociadas a la resiliencia autonomía, creatividad, autoestima, identidad cultural, humor, manejo y expresión de emociones y cooperación

Utilizando también técnicas lúdicas, talleres y dinámicas de reflexión con los padres, se trabajó el desarrollo de actitudes favorables, tales como la valoración del niño, la atención de sus **necesidades** físicas y afectivas, la transmisión cultural, el orden y el control. Se trataba de la misma manera, comprometer la participación de los miembros de la comunidad, en la organización de los “Comités de gestión para el desarrollo infantil”, los cuales se tienen que encargar del equipamiento y de los servicios de los “Pukllay Wasi”, así como de la administración y gestión de servicios a favor de la niñez en la comunidad. Son los promotores comunales capacitados, que son el nexo de transmisión del programa y los que deben garantizar el autosostenimiento de los contenidos

Promoción de la resiliencia en situación de pobreza extrema

Otro proyecto llamado “Barrios Resilientes frente a la violencia, contra y entre niños y adolescentes del Parque Metropolitano de Villa El Salvador (cono sur de

Lima)⁵³ iniciado en 2002, Médicos sin Fronteras buscó incrementar la capacidad de resiliencia de los niños y adolescentes, trabajando en conjunto con los padres y los adultos en general dentro la comunidad en un contexto de pobreza y violencia familiar. Se trata de talleres que buscan incrementar los factores protectores internos, y fomentar las competencias relacionales y sociales en niños y adolescentes entre los 6 y 13 años. Se trabajaron las variables de autoestima, empatía y autocontrol, por un lado, y resolución de conflictos, capacidad para cultivar relaciones, protagonismo y participación, por otro lado. En un ambiente de respeto por él mismo, el compañero y el ambiente, la dinámica de los talleres pretendió fomentar las variables personales, y de relaciones sociales, mediante juegos infantiles, dibujos, pinturas, videos, plenarios, dramatizaciones, expresión corporal, manipulación de títeres, etc. Se realizaron también, talleres informativos y educativos (relaciones familiares y sociales, buen trato, desarrollo del niño y adolescente, higiene y alimentación, etc.) con las madres de la comunidad.

1.3.3 Definición de resiliencia

Ahora veremos una parte importante de nuestro estudio, y es el saber qué es la llamada resiliencia. Realmente hasta el momento no tiene origen claramente identificado, está asociado con la tensión, el estrés, la ansiedad, situaciones

⁵³ <http://www.ceprodep.org.pe>

traumáticas El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar

El término resiliencia, que Rutter (1992) conceptualizó con importantes investigaciones, proviene de una sociedad identificada en los metales, que pueden resistir los golpes y recuperar su estructura interna

“Se refiere a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad y más aún, transformar factores adversos, en un elemento de estímulo y desarrollo La resiliencia se define, como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano”⁵⁴

No puede ser pensada como un atributo, con el que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre estos y su medio

- “Se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo eventos adversos, que pueden llegar, incluso a ser un factor de superación” (Suárez, 1993)
- “La resiliencia distingue dos componentes la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, mas allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles” (Vanistendael, 1994)
- “Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994)
- “Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas” (Grotberg, 1995)
- “Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad

cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños" (Osborn, 1996)

- "La resiliencia es una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por estos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales" (Infante 1997)
- Autores más recientes como Luthar (2000) y Cushing, Masten, Kaplan y Bernard, nos dicen que "resiliencia es un proceso dinámico, que tiene como resultado la adaptación positiva, en contextos de gran adversidad"⁵⁵

Con lo que tiene tres componentes esenciales como concepto

- 1 Adversidad Trauma, enfermedad, riesgo o amenaza al desarrollo humano,
- 2 Adaptación positiva Superación de la adversidad,
- 3 Proceso Dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socio-culturales que influyen sobre el desarrollo humano

De este modo se categorizan los sujetos en **no-resilientes** y **pro-resilientes**, existiendo una gradación intermedia

Se observa, que a mayor actividad cognitiva y a mayor capacidad intelectual, aumenta la resiliencia, no sólo emocional, sino de las neuronas de los sujetos. Ciertamente que no es absoluta la relación *mayor nivel intelectual = mayor resiliencia*, pero estadísticamente es muy frecuente. El sujeto con mayores conocimientos, y mayor capacidad intelectual, puede procesar y elaborar más eficazmente los traumas y los factores distresantes

⁵⁵ Ibid

Según el Diccionario de la Real Academia Española, se define como “La resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe (origen latino)”

El significado del término **resiliencia** (cuya etimología se encuentra en la palabra latina *resilio* rebote), depende del contexto que se tome. La palabra, inicialmente utilizada en Ingeniería, se utiliza también en otros ámbitos ⁵⁶

Se ha utilizado en otras ciencias el concepto de resiliencia como

- Ingeniería “En Ingeniería, la **resiliencia** es la cantidad de energía que puede absorber un material, antes de que comience la deformación plástica. Se corresponde con el área bajo la curva de un ensayo de tracción, entre la deformación nula y la deformación correspondiente al esfuerzo de fluencia”
- Metalúrgica “La capacidad de los metales para resistir su impacto y recuperar su estructura sin sufrir grandes modificaciones” (Fundamento de Estática Daniel Vallejo 1982 Costa Rica)
- Física “En Física se utiliza el término para expresar la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones correspondiéndose, en este caso, con la energía que es capaz de almacenar el material cuando se reduce su volumen. Técnicamente, es el número que caracteriza la fragilidad de un cuerpo. La fragilidad es tanto menor, cuanto mayor sea la resiliencia”

⁵⁶ *Ibid*

- Ecología "En Ecología de comunidades y ecosistemas, el término *resiliencia* tiene un uso similar, en cuanto a que indica la capacidad de estos de absorber perturbaciones, sin alterar significativamente sus características de estructura y funcionalidad. En ese sentido, se observa que comunidades o ecosistemas más complejos (que poseen mayor número de interacciones entre sus partes), poseen resiliencias mayores"⁵⁷

Y en el área de la salud como

- Medicina Implica la capacidad de ser elástico, presente en un organismo
- Osteología Expresa la capacidad de los huesos, de crecer en el sentido correcto después de una fractura
- Psicología En Psicología, el término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a tragedias, o periodos de dolor emocional. Cuando un sujeto o grupo humano es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos.⁵⁸

La capacidad de la resiliencia se modifica con el tiempo, y se codifica en el interior del individuo, generando diferentes respuestas en circunstancias varias

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ Ibid.

1.3.4 Nuevas tendencias en resiliencia

La resiliencia como estrategia en programas de intervención para la infancia, constituye un enfoque innovador, que resalta la promoción de los factores protectores del desarrollo infantil, al contrario de los programas tradicionales, cuyo propósito es reducir o prevenir la presencia de los factores de adversidad y riesgo. Es decir, ya no son las necesidades de los niños que importan sino fomentar las propias capacidades de estos.

Aunque durante mucho tiempo, las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual, demuestra de forma contundente, que la resiliencia es una respuesta común, y su **aparición** no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Edith Grotberg define ocho nuevos enfoques, que suceden en el desarrollo humano:

- La resiliencia está ligada al desarrollo y crecimiento humano, incluyendo las diferencias de género.

Las nuevas investigaciones, nos dan **estrategias** de promoción de acuerdo con las etapas de desarrollo de Erick Erikson (Cuadro No 1, pág 8). Cada etapa tiene una contribución única al desarrollo de la resiliencia, para construir la resiliencia en las etapas previas. Sirven de guía, para saber qué hacer en cada etapa del desarrollo y promover la resiliencia, a su vez nos brinda expectativas concretas de acuerdo a las **edades**.

En cuanto a la diferencia de género en la resolución de conflictos, ambos presentan la misma frecuencia de conductos resilientes, la diferencia es que las niñas tienden a contar con habilidades interpersonales y fortaleza interna, y los niños tienden a ser más pragmáticos

- Promover factores de resiliencia y tener conductas resilientes requiere diferentes estrategias

Edith Grotberg,⁵⁹ toma en consideración las fuentes de resiliencia en interacción con la etapa del desarrollo a la cual pertenece la población que se analiza

Dice que hay factores resilientes en cuatro categorías YO TENGO (apoyo, del entorno en quienes confía y que lo quieren incondicionalmente), YO SOY y YO ESTOY (respeto por uno mismo y los demás, atañe al desarrollo de fortaleza intrapsíquica), YO PUEDO (remite a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos, resolver problemas, control de uno, búsqueda de ayuda cuando la necesite) Las conductas de resiliencia requieren factores de resiliencia y acciones de una forma dinámica, y van cambiando en las etapas del desarrollo. Las situaciones de adversidad no son estáticas, cambian, y requieren cambios en las conductas resilientes. Ejemplo, las inundaciones ocurridas en septiembre de 2004 en las afueras de Panamá, los individuos resilientes deben cambiar su conducta desde esa fecha al presente, de acuerdo a lo que sucede. La conducta resiliente exige prepararse, vivir y

⁵⁹

(op cit)

aprender de las experiencias de adversidad Ej Abandono, mudanza a otro país, enfermedad

- El nivel socioeconómico y la resiliencia no están relacionados

Se piensa que el nivel socioeconómico alto genera altos niveles de resiliencia. Los estudios demuestran que no existe conexión entre el nivel socioeconómico y la resiliencia. Suárez Ojeda postula el modelo de desafío en oposición al modelo del daño o riesgo de S. Wallin, y asume que en los factores de riesgo, las adversidades encuentran en un niño o grupo, no sólo debilidades sobre las que actúan, sino también cierta capacidad de afronte, un escudo de resiliencia. Por esta razón algunos factores adversos como la pobreza pueden transformar positivamente

- La resiliencia es diferente de factores de riesgo y factores de protección

La consideración de los factores de resiliencia que enfrentan el riesgo, ha sido desplazada por la de los factores de protección que resguardan del riesgo. Los factores de protección que funcionan para neutralizar el riesgo, cualesquiera que sean éstos, son fácilmente identificados con la inmunidad al peligro (ejemplo, una vacuna). Existen estrategias de protección que los niños necesitan por ejemplo, que no debe ser confundida con resiliencia.

- La resiliencia puede ser medida y es parte de la salud mental y la calidad de vida

Según investigaciones, se demuestra cuán efectiva es la resiliencia para promover la calidad de vida. Cada vez más la consideran a la resiliencia, como una característica de salud mental, ya ha sido reconocida como un aporte a la promoción y mantenimiento de la salud mental. El rol de la resiliencia es desarrollar la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y de ser fortalecido e incluso transformado por las experiencias de adversidad. Comenzando con la promoción desde la infancia temprana. Se ha demostrado su efectividad para promover la calidad de vida.

Para identificar la resiliencia, debe existir una conexión teórica y metodológica que se establezca entre la situación de adversidad y la adaptación positiva, o la ausencia de desajuste social. La adaptación resiliente puede ser medida por medio de dos formas: centrándose en las variables específicas que conforman el proceso (análisis estadístico de las conexiones entre variables de riesgo) y/o centrándose en el individuo y su historia a lo largo de su desarrollo humano.

- Las diferencias culturales disminuyen cuando los adultos son capaces de valorar ideas nuevas y afectivas para el desarrollo humano

Cuando una persona se enfrenta a otra cultura diferente se pone nerviosa, al percibir que la otra cultura intenta imponer sus puntos de vista y sistemas de valor en la local, y uno quiere mantener la propia. Según investigaciones, las

personas adultas, especialmente los padres, están dispuestos a adoptar prácticas de otras culturas, una vez que perciben los beneficios de ésta

Las diferencias culturales observadas en el proyecto internacional, demostraron que todos los países tienen un conjunto común de factores resilientes para promover la resiliencia de sus hijos

- Prevención y promoción son diferentes conceptos en relación con la resiliencia

El modelo preventivo es consistente con el modelo epidemiológico de salud pública, y se localiza en la prevención de adversidades y su impacto (prevención de enfermedades)

El modelo de prevención, está comprometido con la maximización del potencial y del bienestar entre individuos en riesgo y no sólo con la prevención de los desordenes de salud

- La resiliencia es un proceso, hay factores de resiliencia, comportamientos resilientes y resultados resilientes

No es una simple respuesta a la adversidad, sino que incorpora

- 1) Promoción de factores resilientes, factores que serán usados en el siguiente paso del proceso
- 2) Compromiso con el comportamiento resiliente Interacción dinámica de factores de resiliencia, para enfrentar la adversidad que ha sucedido

Secuencia a) Identificar la adversidad, b) seleccionar el nivel y la clase de respuesta apropiados

3) Valoración de los resultados de resiliencia No solo ayudar a enfrentar adversidades, sino a beneficiarse de las experiencias Beneficios como aprender de la experiencia (implica éxitos y fracasos), estimar el impacto sobre otros (resultados gana-gana no pueden ser a expensas de otras personas, debe haber respeto por los otros y por uno mismo), reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejoramiento de calidad de vida (estos resultados presuponen salud mental y emocional, las metas de la resiliencia)

Algunas personas son transformadas por una experiencia de adversidad, que habitualmente generan mayor empatía, altruismo y compasión por los otros, los mayores beneficios de la resiliencia

1.3.5 Pilares de la Resiliencia

Los atributos que aparecen con frecuencia en los niños y adolescentes considerados resilientes han sido designados como pilares de la resiliencia (1997)⁶⁰

1) **Introspección** ("insight") Capacidad de cuestionarse a uno mismo y de darse una respuesta honesta Durante la adolescencia, la introspección

⁶⁰

corresponde a la capacidad de conocer, de saber lo que pasa a su alrededor y es fundamental para comprender las situaciones y adaptarse a ellas

En la adultez, la introspección se manifiesta como la sabiduría, la comprensión de sí mismo y de otras personas, con aceptación de las dificultades, sin culpar a los demás

2) **Independencia.** Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, alude a la capacidad de mantener una sana distancia emocional y física, sin llegar al aislamiento

En la niñez, esta capacidad se expresa manteniéndose alejado de las situaciones conflictivas. En la adolescencia, la independencia se manifiesta en conductas como no involucrarse en situaciones conflictivas. En la adultez, esta capacidad se expresa en la aptitud para vivir en forma autónoma, y de tomar decisiones por sí mismo

3) **Capacidad de relacionarse.** Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, a fin de balancear la propia necesidad de empatía y aptitud para brindarse a otros

En los niños, se expresa como una facilidad para conectarse, ser querido o adorado. En los adolescentes, se manifiesta en la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo. En los adultos, esta capacidad se manifiesta en la valoración hacia las relaciones interpersonales, la intimidad y los rituales

4) **Iniciativa.** Placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

En los niños esto se refleja en las conductas de exploración y actividades constructivas. En la adolescencia, aparece la inclinación al estudio, práctica de deportes, y actividades extraescolares como pasatiempos y trabajos voluntarios. En los adultos, se habla de generatividad, que alude a la participación de proyectos comunitarios, sentimientos de autorrealización, capacidad de liderazgo y enfrentamiento a desafíos.

5) **Humor.** Capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.

El humor es un recurso que permite disminuir niveles de ansiedad, angustia y temor. A través de la ironía, de la ridiculización y el absurdo, las personas pueden suavizar las asperezas, y el dolor que provocan los conflictos de una manera socialmente aceptable.

Un adulto que es desprovisto de humor, con mucha dificultad puede sumarse al humor del niño. Generalmente, poseen una baja autoestima que no tolera el humor, como ampliación de las debilidades del ser humano. Han tenido experiencias, en las cuales han empleado el humor como un desvalorizador de sus **capacidades**. Poseen un humor básico negativo.

En la niñez, se desarrolla a través del juego. En la adolescencia, se desarrolla por su capacidad de reír, de moldearse y de jugar. En el adulto, reconoce el aspecto divertido, alegre y juega.

6) **Creatividad.** Capacidad de crear orden, belleza y propósito a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza. El niño es creativo por sí mismo. Sin embargo, las experiencias familiares y educativas de enseñanza, pueden limitar esta capacidad. De esta forma, si un niño posee una autoestima baja y un yo frágil, con dificultad podrá tolerar y dominar las contradicciones, generándose tensión e inseguridad.

Durante la niñez, esta capacidad se expresa en la creación y los juegos que permiten revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza. En la adolescencia, se refleja un desarrollo de habilidades artísticas como escribir, pintar, bailar, producir artes. Los adultos creativos son aquellos capaces de componer y reconstruir.

7) **Moralidad (Ideología Personal)** Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Trascender a las circunstancias, y darle sentido al dolor y al sufrimiento, son factores que hacen resilientes tanto a niños como adultos, que se encuentran frente a una situación de pérdida significativa u otros conflictos, tales como guerra, pobreza, dictaduras, divorcio, etc.

En los niños, esto se manifiesta en que son capaces de hacer juicios morales desde muy temprana edad, de discriminar entre lo bueno y lo malo. En la adolescencia, se caracteriza por el desarrollo de valores propios, y establecer

juicios en forma independiente de los padres. Además se desarrolla el sentido de la lealtad y la compasión. En la adultez, se manifiesta como la capacidad de servicio y de entrega hacia los demás.

8) **Autoestima consistente:** Base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente, por una parte de un adulto significativo.

Un niño(a) que posee una autoestima positiva se siente querible, valioso, capaz, se acepta así mismo, es confiado y gusta de la proximidad afectiva, entre otras cosas. Por otro lado, puede adquirir e ir utilizando habilidades y estrategias para enfrentar situaciones difíciles.

Así, la promoción de factores protectores como la autoestima, la asertividad, el uso saludable del tiempo libre, los valores y el proyecto de vida, constituye uno de los elementos dentro de la prevención primaria, dirigida a mejorar la salud integral del adolescente.

En 1992, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶¹ señaló, que entre los principales desafíos por afrontar, a fin de alcanzar la salud integral para todos los adolescentes, están aumentar los niveles de prevención, con énfasis en la educación para la salud, y fortalecer los mecanismos para lograr una progresiva satisfacción de las necesidades biopsicosociales.

La OPS agrupa en cuatro los mecanismos de promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo de los adolescentes:

61

- 1) Capacidad de autocuidado
- 2) Reciprocidad dentro del grupo
- 3) Actuación del adolescente sobre sus ambientes para hacerlos cada vez más saludables
- 4) Promoción de estilos de vida saludables

1.3.6 Experiencias tempranas

En las familias, su potencial de asumir hechos contundentes e impredecibles, indeseables, donde generan recursos internos para sobrevivir en situaciones difíciles y de recuperación. Reestructurarse, unirse para mantenerse y tratar de pasar la crisis. Deben contar con factores internos y externos para dejar de ser vulnerables y que la crisis sea mayor.

Existen actitudes que cuando el individuo se encuentra en sus edades tempranas, le ayudan a fortalecer los factores protectores o resilientes, los cuales las personas encargadas de su cuidado temprano, les pueden ayudar a crecer más adecuadamente. Estas se ven en los siguientes puntos ⁶²

Cuando se habla de un ambiente diario inmediato (**microsistema**), hogar, escuela, trabajo y las relaciones con sus padres, hermanos, compañeros.

El **mesosistema o interconexión de varios microsistemas**, en que un individuo está inmerso

El **ecosistema o grandes ambientes de instituciones** (escuela, iglesia, medios de comunicación)

El **microsistema**, abarca patrones culturales, religión, educación y economía. Cuando estos factores son coherentes, se genera un elemento importante de resiliencia, pudiéndoseles agregar intervenciones o prácticas de desarrollo de capacidad de afronte.

El impacto de las primeras experiencias depende de su naturaleza, del momento en que ocurren, duración y tipo de experiencias posteriores.

La mayoría de los pensadores contemporáneos, creen que no es probable que una experiencia cause daños irreversibles, aunque hay incidentes, como el abuso sexual y el maltrato en general, que suelen acarrear graves consecuencias emocionales a la víctima. Si se saca a tiempo de un ambiente inadecuado, es posible contrarrestar una serie de efectos perjudiciales, y muchas, pueden ser reversibles si se intenta mejorar la situación en etapas posteriores de la vida.

El ser humano es elástico y, con frecuencia somos capaces de regresar ilesos de las más horribles experiencias. Kagan⁶³ ha empleado el término crecimiento para la salud, para describir la capacidad que tiene una persona de adaptarse bien a la vida, una vez tienen un ambiente favorable y grato.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida *sana*, viviendo en un medio *insano*. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas

63

combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo (Rutter, 1992) entre éstos y su medio.

Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños (Osborn, 1993). Milgran y Palti (1993)⁶⁴ definen a los niños resilientes como "aquellos que se enfrentan bien [cope well], a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida". La Organización Panamericana de la Salud, busca promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años de edad en la Región Latinoamericana y el Caribe. Apoyar el desarrollo de los adolescentes es una estrategia para prevenir las conductas de riesgo. El desarrollo es un proceso continuo, a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrolla competencias (la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes), y redes sociales. Se busca apoyar el desarrollo de adolescentes.⁶⁵

1.3.7 ¿Se puede construir la resiliencia?

La construcción de la resiliencia, es el instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo, y debe ser un objetivo prioritario en la promoción de la salud, ya sea de los niños o adolescentes.

⁶⁴

⁶⁵

Los elementos constitutivos de la resiliencia, están presentes en todo ser humano, y se evoluciona a través de las fases del desarrollo, donde en la infancia pasa de ser un comportamiento intuitivo, a agilizarse y ser deliberados en la adolescencia, hasta ser introyectados en la conducta como adulto. La resiliencia no está limitada a algunas personas.

Este fenómeno psicológico complejo que existe latente, puede ser estimulado y lograr que los niños y jóvenes (y los adultos y las familias y las comunidades caso ejemplarizante el pueblo judío), sobrevivan y se sobrepongan (pasiva o activamente), al medio adverso.

En la adolescencia cuenta con el pensamiento formal, que le permite confrontar, reflexionar, debatir, analizar y sacar sus propias conclusiones de acuerdo a su realidad. Es en esta etapa, donde es el momento oportuno para fortalecer el desarrollo, potenciar los factores protectores y prevenir conductas de riesgo, provocadas por el estrés y la ansiedad de este periodo.

Las principales actitudes que fortalecen los factores protectores o resilientes son:

- Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño en los primeros cuatro años de vida
- Reconocimiento de atención a sus éxitos y habilidades
- Oportunidades de desarrollo de destrezas
- Actitud de cuidado y amor por parte de todos sus semejantes y especialmente de los encargados de su cuidado y su protección
- Apoyo a nivel moral, ético y espiritual

Factores de resiliencia

Existen diferentes factores que hacen resilientes a las personas, ya sea internos como externos

Las fuentes de la resiliencia se proponen en relación a la persona (niño y/o adulto), es decir con lo que la persona tiene (yo tengo) o factores de soporte externo, con lo que la persona es (yo soy) o fuerzas internas personales, con lo que puede hacer (yo puedo) o habilidades sociales y finalmente con lo que el individuo está dispuesto a hacer

Factores internos

- Autoestima
- Optimismo
- Autoconfianza
- Inteligencia emocional

Que al fortalecerlos, se refuerzan aspectos de la personalidad, para hacerla más fuerte

Factores externos

- Destrezas sociales Los cuales permiten el desenvolvimiento del individuo, según espacios determinados

Con el desarrollo de ambos, tanto internos, como externos, capaces de construir un proyecto de vida, ya sea personal como comunitaria

Cuadro II. FUENTES DE RESILIENCIA (Según Edith Grotberg)

Primera fuente: Yo tengo:

Relaciones confiables.
Acceso a la salud, educación, servicios sociales.
Soporte emocional fuera de la familia.
Un hogar estructurado y con reglas.
Padres que fomentan la autonomía.
Ambiente escolar y familiar estable.
Modelos a seguir.
Organizaciones religiosas o espirituales que promuevan los valores morales

Segunda fuente: "Yo soy":

Alguien a quien los otros aprecian y quieren.
Alguien al que le gusta ayudar y demostrar mi afecto.
Respetuoso.
Autónomo.
Buen temperamento.
Orientado al logro.
Buena autoestima.
Esperanza y fe en el futuro.
Con principios, valores y creencias.
Empatía.
Altruismo.
Confiado

Tercera fuente: "Yo puedo":

Ser creativo.
Ser persistente.
Tener buen humor.
Comunicarme adecuadamente.
Resolver problemas de manera efectiva.
Controlar mis impulsos.
Buscar relaciones confiables.
Encontrar a alguien que me ayude.
Ser responsable

Fuente: <http://notas.nezit.com.ar/resiliencia.htm>

Casita de la Resiliencia

Stefan Vanistendael desarrolló la imagen de "la casita" de la resiliencia (Figura No 1, pág 70), para representar en forma esquemática, los elementos con los que se puede construir la resiliencia, como un proceso de construcción

- Suelo necesidades básicas (salud, nutrición, reposo, recreación) Si estas están satisfechas, entonces se puede construir la resiliencia
- Cimientos Redes de contacto donde vive y se desarrolla Primero la familia, después los amigos, vecinos, compañeros de escuela, colegas del trabajo En la casa es favorable la aceptación incondicional, independiente de su comportamiento
- Planta Baja Capacidad de descubrir un sentido, coherencia en la vida, por medio de una filosofía de vida, que es la de valorar plenamente la vida, o a través de una experiencia religiosa
- Primer piso Tres habitaciones (autoestima, aptitudes, humor)
- Desván Otras experiencias por vivir (pasado positivo, un bello paisaje)

"LA CASITA" Edificación de la resiliencia (Figura No 1, pág 70) Representa en forma esquemática aquellos elementos con los que se puede construir la resiliencia

¿Con qué se adquiere fortaleza para superar las adversidades?

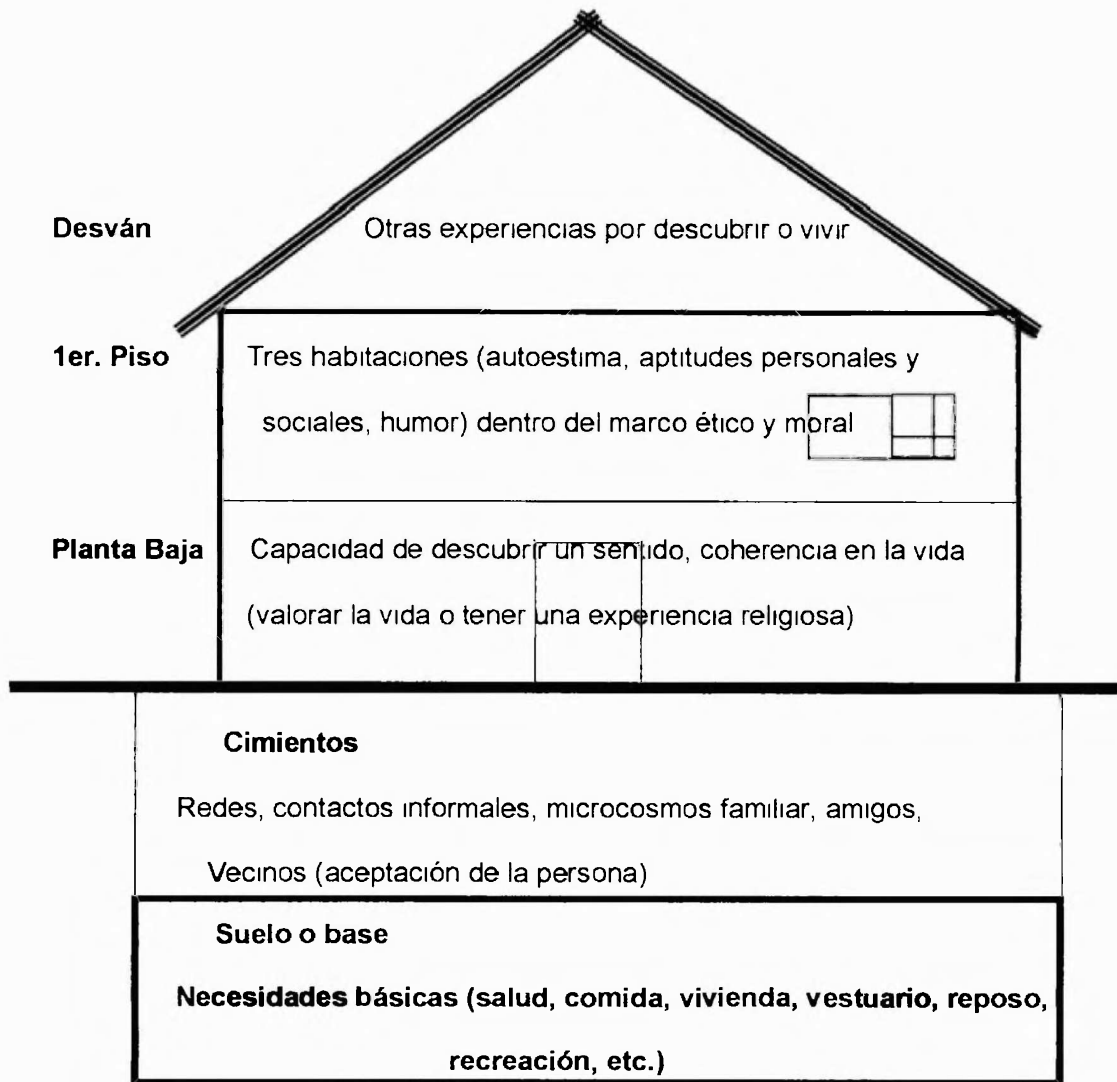
- 1) Con buena autoestima, buena auto imagen de sí mismo

- 2) Con conocimiento de sus fortalezas y sus debilidades
- 3) Cultivando sus aficiones Potencialidades
- 4) Incentivando la expresión de sus sentimientos y sus necesidades
- 5) Tomando los errores como lecciones y no como fallas o fracasos
- 6) Siendo creativos, flexibles, proactivos
- 7) Teniendo buenas relaciones emocionales
- 8) Enseñando a saber pedir ayuda cuando se necesita
- 9) Reflexionando antes de actuar, teniendo buen auto control
- 10) Viendo la vida con optimismo, con sentido del humor

“El esquema de la "casita" esta propuesto a nivel internacional. En la "casita" cada habitación refiere un campo de intervención posible para la construcción o el mantenimiento de la resiliencia. Los contextos, los problemas, las culturas son demasiadas diferentes y variadas, de allí que no se puede indicar que acciones realizar en cada habitación de la "casita". El suelo de las necesidades materiales variará de un país a otro. La cultura local representará en cierta manera el material de construcción de la "casita". Es indispensable tomarlo en cuenta. ¿Cuáles serían los elementos de la cultura de los niños y de su entorno para edificar la "casita" de la resiliencia? Historias, cuentos, imágenes, músicas, juegos, humor local, deportes, fiestas, todo tipo de símbolos, costumbres, tareas, comidas.

La "casita" puede aplicarse a la resiliencia de un niño, pero a veces también a la resiliencia de una familia, de una comunidad, o la resiliencia del educador, del profesional. La "casita" puede servir para encontrar puntos fuertes y débiles de un niño y del entorno en el que vive. Esto no quiere decir que, en ciertos casos, deba recurrirse a un diagnóstico profesional profundo. La resiliencia es sólo un enfoque y la "casita" sólo una herramienta de trabajo”⁶⁶

Figura1 Casita de la Resiliencia por Stefan Vanistendael



Fuente

1.3.8 Recursos del comportamiento resiliente

Son recursos que favorecen el desarrollo de la resiliencia

- **Ambiente facilitador** Factores externos del individuo, de carácter social, económico, familiar, institucional, espiritual, recreativo y religioso, además de acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas, y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, entre otros
- **Fuerzas intrapsíquicas** Características que forman parte de la personalidad del individuo. La autonomía, el **control de los impulsos**, **la autoestima**, el sentirse querido, y aceptado, la empatía y el altruismo, que en su conjunto forma parte integral de la personalidad
- **Habilidades interpersonales** Las adquiere desde pequeño, como la expresividad social, el manejo de situaciones, **la solución de problemas**, la capacidad de planeamiento, las habilidades cognoscitivas, analíticas y las que permiten encontrar soluciones alternativas

Vanistendael ⁶⁷ nos dice sobre la existencia de 10 recursos personales y sociales generadores de resiliencia, que fueron identificados por el profesor Loeselh, de Nuremberg –Erlang (Alemania) basadas en investigaciones científicas, los cuales se denominan “factores protectores”, que favorecen respuestas adecuadas a situaciones de riesgo

⁶⁷ Ibid

- Trato estable con al menos uno de los padres u otra persona de referencia
- Apoyo social dentro y fuera del núcleo familiar
- Clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador y regido por normas
- Modelos sociales que sean una guía constructiva
- Balance de responsabilidades sociales y exigencias de resultados
- Competencias cognoscitivas (intelectuales)
- Rasgos que favorezcan una actitud eficaz
- Experiencias de autoeficacia, confianza en uno mismo y concepto positivo de uno mismo
- Actuación positiva frente a los productores de estrés
- Ejercicio del sentido, estructura y significado en el propio crecimiento

Resiliencia Comunitaria.

Autoestima Positiva

Humor social

Honestidad

Inclusión social

1 3 9 Nuevo concepto de resiliencia dentro del tema de maltrato/violencia y abuso sexual

La prevención basada en riesgos no siempre es eficaz. Los elementos que favorecen la resiliencia, pueden deducirse del conocimiento de los factores de riesgo. El concepto de resiliencia es tal vez un poco inverso al de riesgo. Promover el potencial humano, y no sólo el daño que ya se hizo, ver los aspectos positivos que lo ayudan a sobreponerse.

Nos dan el ejemplo de Tim Guènard,⁶⁸ víctima durante su infancia de maltrato y violencia muy graves, “lo que me ha hecho sufrir en la vida, no fueron ni los golpes de mi padre, ni los años en el hospital, sino lo que la gente decía: “Él proviene de una familia en riesgo”, o peor aún, “¿qué podrá ser de él con los padres que tiene?” Todas esas palabras son mucho más violentas que los golpes. Los fenómenos de acusación de las víctimas, etiquetas, estigmas y fatalismo constituyen frecuentes derivas de prevención basada en riesgo. Tim Guènard salió de ese destino ineludible. Es ejemplo de resiliencia que logró salir adelante, crecer y madurar.

Se intenta estudiar, a diferencia de otros que se enfocan en la enfermedad y el riesgo, explicar la naturaleza y la causa de desarrollos exitosos, y comprender por qué algunas personas no resultan dañadas.

Ante situaciones de catástrofe (natural o provocada por el ser humano), se debe considerar la formación de las llamadas *comunidades resilientes*, y para

⁶⁸

estas, un tratamiento específico. Teniendo en consideración que la resiliencia psíquica es el resultado de múltiples procesos que contrarrestan las situaciones nocivas, se trata de una dinámica en la cual se podrían señalar las siguientes etapas:

- Defensa y protección
- El equilibrio que enfrenta a la tensión
- Compromiso y desafío
- La superación
- La significación y valoración
- La positividad de sí mismo
- La responsabilización
- La creatividad

Clínicamente se hace una diferenciación neurobiológica entre las personalidades no-resilientes, y las pro-resilientes en situaciones de estrés postraumático. En los sujetos no-resilientes o poco resilientes se observan fenómenos llamados, de alta "call memory", tal "call memory" se define por la frecuencia e intensidad, en que se reactiva en la memoria consciente el momento traumático, o altamente distresor. Desde la perspectiva clínica tales reminiscencias traumáticas, se pueden presentar como *flash-backs* o como pensamientos intrusivos, siempre de modo compulsivo.

La investigación neurológica, ha demostrado que tales evocaciones del trauma se generan con activaciones autónomas de diversas partes del cerebro, en especial las de la memoria y las de vigilancia, es decir, regiones del cerebro tales como los núcleos de la amígdala, el lugar azul o locus coeruleus, el hipocampo, y luego el neocortex

CAPÍTULO II.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES MALTRATADAS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES MALTRATADAS

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA

2.1.1 Terapia Racional Emotiva

Entre los orígenes filosóficos de la terapia racional emotiva están, los filósofos estoicos, principalmente Epicteto (60-120) y Marco Aurelio (121-180). Epicteto escribió en su obra *Enquiridión* (o *Manual*) "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos"⁶⁹. Creían que las emociones eran una enfermedad ética que impide a la razón hacer elecciones sanas.

El precursor moderno de la teoría racional emotiva fue Alfred Adler, decía "Todo depende de la opinión".

Albert Ellis quien nació en el año 1913, presentó por primera vez esta corriente en 1955 en Nueva York, con el nombre "Rational Therapy", luego reemplazado por el de "Rational –Emotive Therapy" o "RET", y finalmente, desde 1994, se le denominó "Rational Emotive Behavior Therapy" o "REBT" que en español es Terapia Racional Emotiva Conductual o "TREC". Sugiere que los seres humanos son animales "creadores de signos, símbolos y lenguaje" que tienen cuatro procesos fundamentales: percepción, movimiento, pensamiento y emoción, donde todas se encuentran interrelacionadas por necesidad. Por tanto

⁶⁹ OBST CAMERINI, J. A. 2005. Introducción a la Terapia Cognitiva - Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos. 1ª Edición, Fotomecánica Zeballos, Argentina. P. 19

las cogniciones, emociones y conducta son interaccionales y transaccionales en forma consistente

Ellis ⁷⁰ cree que las personas tienen fuertes inclinaciones innatas a vivir y ser felices, a buscar el placer y a evitar el dolor. Son criaturas orientadas hacia el objetivo en forma activa y cambiantes con una compulsión intensa a realizar su potencial.

Sin embargo, las personas de todas las edades tienen numerosos pensamientos irracionales, sentimientos inadecuados y conductas disfuncionales que se inclinan a socavar su potencial. Nacen con una propensión distintiva a realizar conductas autodestructivas y aprenden, por medio del condicionamiento social, a exacerbar en lugar de minimizar dicha propensión. Pero tienen una capacidad considerable para entender que lo que creen en forma insensata puede estar causando su angustia y entrenarse a sí mismos para cambiar sus creencias, emociones y conductas autosaboteadoras ⁷¹.

La teoría del A-B-C (Figura No 2, pág 78) de la personalidad que se encuentra detrás de la terapia racional emotiva, donde Ellis resume su teoría, sostiene que cuando una consecuencia emocional muy cargada (C) (tal como un ataque de ansiedad) sigue a un evento de activación significativo (A) (tal como ser perseguido por un perro), puede ser que A causa C pero en realidad no es así. Las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por B, el

⁷⁰ Ibid. OBST CAMERINI, J, (2005)

⁷¹ ENGLER, Barbara, Introducción a las Teorías de la Personalidad, Mc Graw Hill, México, 1996 Cuarta Edición p 429

2.1.2 Cognición y perturbación emocional

La autoestima es básico para comprender la personalidad y las patologías del ser humano

Los sistemas cognitivos y en particular la TRE, asumen una posición más bien radical con respecto a la autoestima. Una premisa principal de la TRE es que perseguir o promover la autoestima es un esfuerzo indudablemente destructivo, y es deseable que el efecto terapéutico se dirija hacia lograr que los individuos renuncien a su autoestima (Ellis)⁷². El ser autoaceptante en vez de autoestimarse es teóricamente más válido y pragmáticamente sostenible.

El primer teórico de la personalidad que se enfocó en la autoestima como un concepto central fue Alfred Adler (1927). Él planteaba que los humanos tienen una inferioridad innata que deriva de su experiencia infantil de completa impotencia, y que a partir de allí sus vidas están motivadas en gran parte por los esfuerzos para superar su sentido de inadecuación. Desde este punto de vista, gran parte de la conducta humana es motivada por un impulso para compensar la baja autoestima.

Una de las explicaciones contemporáneas más fuertes sobre la naturaleza adquirida de la autoestima, la da Rogers (1951, 1961). Enfatiza que durante los años formativos, los niños internalizan las actitudes que las personas significativas tienen hacia ellos. De estas percepciones e internalizaciones, se forman las auto-actitudes que se conservan el resto de la vida. **Autorespeto**

⁷² Ibid. OBST CAMERINI, J., 2005

fue el término que creó Rogers para denominar el valor personal que crean los individuos, al percibir las reacciones que otros tienen hacia ellos

2.1.2.1 Autoaceptación

El concepto de autoaceptación es central para la teoría de la TRE y es una meta fundamental de muchos de sus esfuerzos. A diferencia de la autoestima, la autoaceptación comienza de la premisa de que los seres humanos son demasiado multifacéticos como para ser evaluados como una entidad total. La autoaceptación significa renunciar al conjunto filosófico de evaluar a la persona y simplemente prestar atención a las características, habilidades o ejecuciones de uno, ya sea individualmente o en pequeños conjuntos.

En el análisis final, la TRE propone dos alternativas para la autoevaluación (Ellis, 1976, Harper, 1975). La alternativa menos elegante es que las personas se definan arbitrariamente como buenas o estimables simplemente porque existe, y que por lo tanto se hagan sentir valiosos. La alternativa más elegante es que los individuos reconozcan su extrema complejidad y que reconozcan que científicamente, cualquier intento para evaluarse está destinado al fracaso y que no se tiene valor intrínseco, más que el estar vivo.

Autoevaluación y perturbación emocional

La TRE dedica una atención central a la **baja autoestima** y la considera un factor etiológico fundamental en muchas formas de psicopatología. En palabras de Albert Ellis (1965): Quizás la creencia autoderrotista más común de un

paciente altamente perturbado es su convicción de que es un individuo inadecuado, sin valor, quien esencialmente no merece auto-respeto ni felicidad”

Los autores apoyan la aseveración de Ellis y sigieren que la mayoría de los pacientes que buscan tratamiento de salud mental tiene problemas de autoestima que son problemas primarios o resultante de otros

Los clínicos no necesitan preguntar según Ellis⁷³, si el paciente se autoevalúa, sino más bien cuánto se evalúa y en qué forma. Los individuos deficientemente adaptados se dedican de manera crónica a la autoevaluación y la convierten en una forma de vida, e incluso los individuos más estables se auto evalúan de vez en cuando

La autoevaluación no sólo varía en el grado sino también en la forma. Una forma bastante común de autoevaluarse de los adolescentes es una preocupación acerca de la apariencia física (compara su apariencia con otros). Esta forma de autoevaluarse no es inusual y la mayoría de los adolescentes la supera cuando aprenden a aceptar su apariencia física. Otra forma de autoevaluarse es tener una auto-imagen ideal. Cuando sus ejecuciones y características no son cercanas a la persona ideal que se exige ser, experimenta una depresión aguda. O cuando teme no alcanzarla, puede tener ataques de ansiedad. Es el “yo ideal” en el ajuste neurótico. Otra forma que usualmente conduce a la baja autoestimación, a la culpa y a la depresión, es compararse uno con los estándares morales y religiosos inflexibles e irreales, y luego

⁷³ Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Actitudes Generales, Primera Parte, México DF, Pagina 7 (Curso dictado en Panamá, Actitudes, Asertividad, Solución de Problemas y Entrenamiento en Habilidades Sociales, 16 – 19 julio, 2005)

condenarse por no ser uno perfectamente moral y santo. Existe un sinnúmero de perturbaciones emocionales que pueden ser causadas principalmente o en parte, por la autoevaluación.

La TREC propone cuatro etapas en el tratamiento de una baja autoestima, dejando la autoevaluación por la autoaceptación.

1. **Psicodiagnóstico**. Tiene el objetivo de ayudar al paciente a identificar y describir sus perturbaciones emocionales, al mismo tiempo que el terapeuta solicita información relevante. Determinar si están contribuyendo otras creencias irracionales a la perturbación y de qué manera.
2. **Etapa de "Insight"**. Tiene el objetivo de promover la comprensión de los pacientes de sus creencias irracionales y la forma en que las utiliza para crear la perturbación emocional. Si se autoevalúan o no, cómo se evalúan, y sus consecuencias emocionales y conductuales.
3. **Proceso terapéutico**. Se superpone con la etapa de "insight". Consiste en ejercer persistentemente esfuerzos diseñados para rehabilitar terapéuticamente los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de un problema psicológico.
4. **Reeducación**. Se une al proceso terapéutico cuando han empezado a surgir los cambios terapéuticos de los pacientes. El propósito de la reeducación es fortalecer e inculcar formas racionales de pensar y de comportarse, ayudar a adquirir habilidades adicionales (por ejemplo, toma de decisión), que les ayudará a superar sus perturbaciones,

sintetizar su aprendizaje terapéutico y generalizarlo a su vida y a su futuro

2.1.2.2 Autoaceptación VS Autoestima

Ellis⁷⁴ considera que implica una autoevaluación o calificación en una escala de valores, que se origina a partir de 1 Nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales 2 Las opiniones (reales o supuestas) de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros

Esto puede producir una fuente de trastornos, puede conducir tanto a una sobre-valoración insostenible como a una desvalorización peligrosa ante fracasos o rechazos. Y es un concepto irracional. Ellis⁷⁵ propone el concepto "autoaceptación" que consiste en lo que se podría llamar "el amor incondicional a nosotros mismos", querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores. Calificar las conductas de las personas, pero no a las personas. Las personas tienen múltiples conductas (ni todas buenas, ni todas malas) y porque pueden modificar sus conductas, si lo desean, y a veces lo hacen. Se propone como una filosofía de vida más saludable por su estabilidad, ya que no encierra los riesgos (ni la irracionalidad) de la otra.

El hedonismo responsable, es el no sacrificar el mañana (bienestar futuro) por placeres inmediatos y momentáneos. Ocuparse también del bienestar

⁷⁴ OBST CAMERINI, J. 2005 p. 33 (Op. Cit.)

⁷⁵ Ibid. OBST CAMERINI, J. 2005

presente, al igual que del futuro, ya que nadie vive eternamente ni sabe cuánto vivirá

2.1.2.3 Autoconcepto (una parte importante de la autoestima)

Es el concepto que tenemos de nosotros mismos. Intervienen varios componentes interrelacionados:

- **NIVEL COGNITIVO- INTELLECTUAL**: Constituye las ideas, opiniones, percepciones, y procesamiento de la información exterior. Experiencias pasadas, creencias.
- **NIVEL EMOCIONAL AFECTIVO**: Es un juicio de valor sobre nosotros. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable de nosotros mismos.
- **NIVEL CONDUCTUAL**: Es la decisión de actuar.

2.1.3 TREC en la educación emotiva de niños y adolescentes

Los principios de la TREC⁷⁶, son importantes para evitar los trastornos emotivos y/o conductuales en todas las edades, y se proponen como herramientas educativas para niños y adolescentes, por medio de ejercicios, juegos, diálogos y otras actividades didácticas para alcanzar objetivos generales y específicos del proceso.

⁷⁶ Ibid. OBST. CAMERINI, J. 2005. p. 163

Objetivos Generales

- Mejorar el "insight" emotivo
- Aprender recursos para reducir los trastornos emotivos
- Mejorar la capacidad de enfrentar y resolver los problemas emotivos propios de la infancia y adolescencia
- Fortalecer la auto-aceptación y la confianza en sí mismo
- Incrementar las habilidades interpersonales y sociales

Objetivos específicos

(A) Para la educación emotiva (y cognitiva)

- Reconocer y nombrar las emociones
- Poder expresar las emociones
- Descubrir que distintas personas experimentan distintas emociones ante iguales hechos
- Diferenciar entre sentimientos (emociones) y pensamientos
- Descubrir que las emociones las generamos con nuestros pensamientos (auto-diálogo)
- Descubrir los pensamientos que generan nuestras emociones disfuncionales
- Descubrir que podemos modificar nuestros pensamientos (auto-diálogo)
- Aprender formas de modificar nuestros pensamientos

- Practicar las formas de modificar emociones y conductas disfuncionales
- Interiorizar consignas funcionales
- Aumentar la tolerancia a la frustración

Hacerse responsable de sus emociones y conductas, es fundamental en este modelo

(B) Para el desarrollo de la auto-aceptación (y auto-confianza)

- Descubrir que todos somos distintos
- Descubrir que todos tenemos distintas cualidades, habilidades y carencias
- Entender que nadie es "superior" o "inferior", sino simplemente distinto
- Entender que solo pueden calificarse las conductas, no las personas
- Aprender a vivir con nuestros errores o incorrecciones (aunque luchemos por superarlos)
- Diferenciar entre culpa y arrepentimiento
- Aprender a querer incondicionalmente (no a las conductas indeseables)

Les aumentará la tolerancia a la frustración y permitirá superar inhibiciones, evitando así trastornos de ansiedad y depresiones

(C) Para el desarrollo de las habilidades interpersonales y sociales

- Aumentar las habilidades de comunicación
- Aprender asertividad
- Reconocer y diferenciar conductas pro-sociales y antisociales
- Desarrollar conductas y habilidades pro-sociales
- Aprender a desarrollar soluciones alternativas ante los problemas
- Aprender a tomar decisiones
- Diferenciar entre hechos y supuestos
- Aprender a tolerar las diferencias e incorrecciones ajenas que no podemos evitar

Creencias nucleares o básicas en niños y adolescentes

- Debo ser aprobado y amado por las personas que me importan
- Debo tener todo aquello que quiero
- No debo pasar incomodidades y debo estar siempre entretenido

Creencias Irracionales comunes en los adolescentes

- Es horrible no ser aceptado por mi grupo
- Es horrible que mis padres no me comprendan
- No debo cometer errores, especialmente errores sociales
- Si mis padres se equivocan no puedo ser feliz
- Yo no puedo hacerlo mejor Así soy y siempre seré así
- El mundo debe ser justo Es horrible e insoportable que no lo sea

- Las cosas deben ser de la manera que yo espero que sea
- No puedo soportar la crítica o cualquier situación embarazosa
- Yo no tengo la culpa, son otros los que me hicieron hacerlo
- Las personas valen más si son más capaces, ricas, guapas, etc ⁷⁷

En la actualidad existe un tratamiento cognitivo de la depresión para niños y adolescentes, "Coping with depression course for adolescents-CWD-A", que consiste en lecturas de información, tareas para la casa y sesiones terapéuticas en grupo, para analizar los problemas. En nuestra presente investigación nos enfocaremos a adolescentes maltratadas, enfocándonos en la resiliencia y utilizando la Terapia Cognitiva- Conductual.

2.1.4 Trabajo realizado en Panamá con la TREC en mujeres maltratadas

Se han realizado trabajos relacionados con mujeres maltratadas. En el año 2004, vino a Panamá la Dra. Kristene Doyle⁷⁸, Directora Ejecutiva Asociada del Instituto Albert Ellis, y dictó una charla en el Congreso de Psicoterapia de Panamá, y habló sobre el tema en específico.

Las mujeres maltratadas experimentan una multitud de emociones negativas malsanas.

⁷⁷ Ibid. OBST. CAMERINI, J. 2005. P. 165.

⁷⁸ Apuntes de Congreso de Psicoterapia, Conferencia de la Dra. Kristene Doyle, Mujeres Maltratadas, 2004.

Rabia (Él/ella no debería haber causado esto/me pegó Esto no debería haber pasado)

Vergüenza (Hay algo que no anda bien conmigo que estoy en esta relación/que me pegan)

Ansiedad (¿Qué tal si me pega de nuevo?, ¿Qué tal si lo molesto?, ¿Qué tal si esto se pone peor?, ¿Qué tal si meto la pata?)

Depresión (Hay algo que no está bien en mí Esto no tiene esperanza, no valgo nada)

Culpa (Yo originé que esto pasara y no debería haberlo hecho No valgo nada)

Metas principales en el tratamiento

- Desarrollar un Plan de Seguridad
- Auto-Aceptación Incondicional
- Aceptación Incondicional de los Demás
- Entrenamiento en Asertividad

Auto-Aceptación Incondicional (AAI)

Muchas mujeres y adolescentes maltratadas experimentan mucha auto-descalificación y aceptación condicional. En otras palabras, evalúan su valía como seres humanos basadas en el trato que reciben de sus esposos o padres.

AAI significa el aceptarse una misma aún con peculiaridades, características y conductas negativas.

Cuando trabajamos con mujeres maltratadas, es importante enfatizar y enseñarles que tienen tanto valor como otras mujeres que no están en sus circunstancias, simplemente porque existen. Aunque estén en una relación abusiva, ellas tienen el mismo valor y derechos.

Ayudando a los clientes a alcanzar AAI, estamos preparando el camino para la aceptación incondicional de los demás (AID).

Aceptación incondicional de los demás (AID)

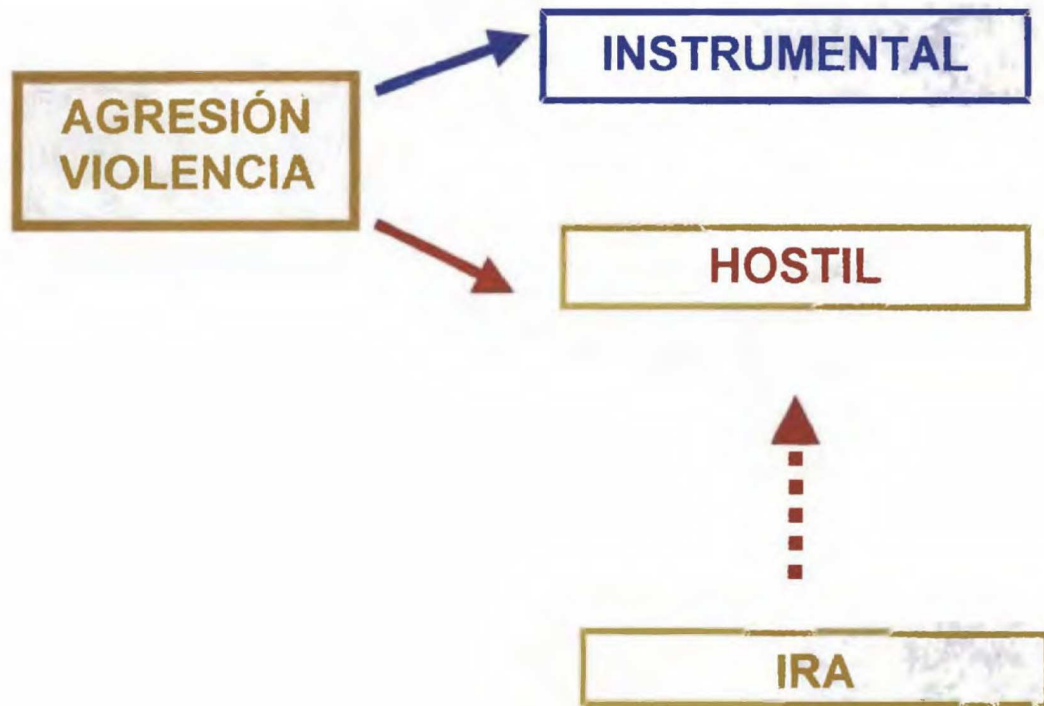
Se evalúa las conductas de una persona, pero no se equipara a su valía como persona.

Las personas maltratadas y la sociedad en general puede que tiendan a infravalorar a los que la maltratan. En otras palabras, los maltratadores “no son buenos”.

La TREC no acepta o deja pasar el abuso de ninguna manera. La aceptación no es lo mismo que decir que lo que el maltratador está haciendo está bien. Por el contrario – sus conductas son problemáticas y condenables y él/ella es responsable en última instancia por ellas.

Sin embargo, como persona, él/ella no es condenable. Esto es AID, y lo mismo aplica a Auto Aceptación Incondicional (AAI).

Figura 3. Diagrama de la Agresión- Violencia



Fuente: Apuntes de Congreso de Psicoterapia, Conferencia de ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA IRA Y LA VIOLENCIA; Dr. Julio Obst Camerini, 2004, Argentina

Figura 4. Cogniciones y creencias que generan la ira

ACTITUDES

- Demandas absolutistas (Ellis: "filosofía demandante")
- B.T.F. (Ellis: "no-soport-itis")

SUPUESTOS:

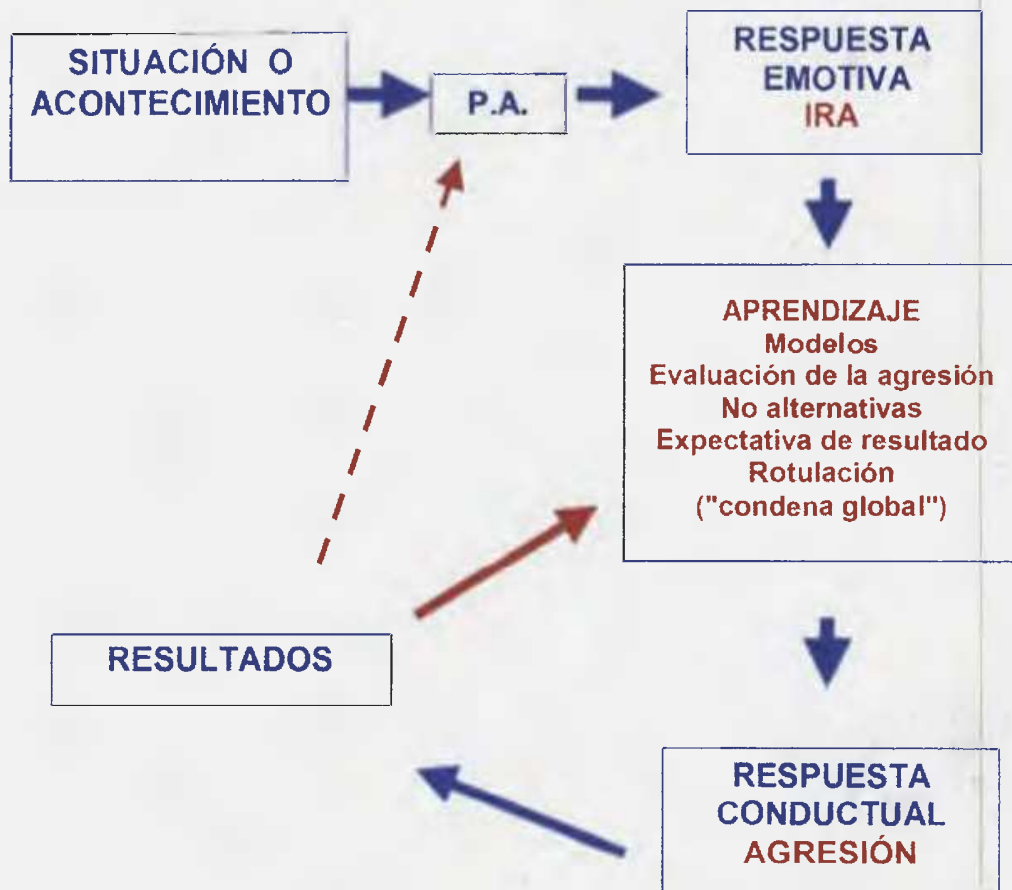
- Descalificación o daño.
 - Arbitrariedad.
 - Intencionalidad.
 - No controlable.

DISTORSIONES:

- Lectura de mente
- Personalización
- Dicotomía (blanco-negro)

Fuente: Fuente: Apuntes de Congreso de Psicoterapia, Conferencia de ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA IRA Y LA VIOLENCIA; Dr. Julio Obst Camerini, 2004, Argentina

Figura 5. Diagrama de respuestas y resultados de la ira, por medio de un aprendizaje



Fuente: Fuente: Apuntes de Congreso de Psicoterapia, Conferencia de ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA IRA Y LA VIOLENCIA; Dr. Julio Obst Camerini, 2004, Argentina

Figura 6. Estrategia terapéutica por medio de técnicas en el manejo de la ira

LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

TÉCNICAS DE PREVENCIÓN

- Discusión de demandas
- Discusión de supuestos (distorsiones cognitivas).

TÉCNICAS DE EVITACIÓN

- Percepción de señales
- Formas de "salir"

TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO

- "Respuesta Relajación"

TÉCNICAS DE SUSTITUCIÓN

- Entrenamiento en asertividad, habilidades sociales, etc.

Fuente: Fuente: Apuntes de Congreso de Psicoterapia, Conferencia de ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA IRA Y LA VIOLENCIA; Dr. Julio Obst Camerini, 2004, Argentina

2.1.5 Terapia Cognitiva Conductual en terapia de grupo de niños y adolescentes

Según Ellis⁷⁹, la Terapia de Grupos abarca a grupos de 8 a 12 integrantes, sobre la base de una sesión semanal de aproximadamente 2 ½ horas cada una.

Los temas y, especialmente su abordaje y tratamiento, se ajustarán a la etapa del desarrollo del niño. Las técnicas y objetivos deberán ser acordes con las mismas.

La Terapia Cognitiva Conductual se apoya en un modelo educacional, y apoyan las sesiones de grupo, así como las individuales.

Es posible desarrollar diversas actividades, juegos, experiencias y discusiones, adecuadas a la edad del grupo y a los objetivos de cada encuentro. Con los adolescentes de 14 ó 15 años es más apropiado entablar discusiones filosóficas, mostrar diversos puntos de vista, deducir principios generales, etc. Analizar conductas y resultados, debatir soluciones, etc.⁸⁰

Si bien estas actividades pueden realizarse en forma individual, es más interesante realizarlas con pequeños grupos de 5 a 10 adolescentes.

⁷⁹ OBST CAMERINI, J. 2005 (op.cit.) p. 52

⁸⁰ Ibid. OBST CAMERINI, J. 2005 p. 164

2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

2.2.1 Características del Programa

El Programa de Intervención se desarrolla en base a la Terapia Cognitiva Conductual y la resiliencia, para un grupo de adolescentes y preadolescentes específicamente. Para ello se utilizan herramientas que pretenden ayudar al mejor desarrollo del mismo. La Resiliencia tiene factores internos y externos por ello se trata de ver ambos aspectos. Por ejemplo para la parte interna, se usan láminas de emociones para conocer cuáles son, y también un Diario de Emociones, que se usa en el principio de las sesiones que les ayude a plasmarlas, no solamente verbal sino de manera escrita, así como a darnos cuenta de los mensajes que escriben por medio de ellos. La parte física del individuo se planteó por medio de el Rotafolio para Adolescentes y se dieron clases de aeróbicos para el cuidado del cuerpo. Se realizaron ejercicios de relajación en las primeras sesiones, así como aprender el tipo de respiración diafragmática.

Para enfocarnos en los factores externos, se menciona el apoyo de la comunidad donde se desarrollan las adolescentes, así como donde viven (adulto significativo e integración social), para ello se realizaron reuniones con el personal de la Casa Hogar, para hablarles sobre el tipo de Programa y sus objetivos. Dentro de los factores externos, se encuentra el apoyo en el aspecto espiritual que realiza actualmente ya la Casa. Se observa que las pacientes dentro de la Casa no salen mucho a salidas recreativas, lo cual es una parte importante de la resiliencia, por lo cual, se realizaron dos salidas, una en la mitad

del tratamiento, y otra al final. La primera se realizó a la Feria del Libro junto con las otras niñas que viven en el lugar, y que no participan del programa. La segunda salida se realizó a el "Cause Way" a montar bicicletas, a almorzar al "Mc Donal's", comer un postre en "Dunkin Donuts", y posteriormente el mismo día, una visita al "Multiplaza Pacific". Esta se realizó únicamente con las participantes del programa, junto con tres voluntarios de la Casa, que ayudaron a llevar a las niñas.

Se refuerzan valores para ellos como la amistad y la tolerancia. Se organizaron salidas fuera del lugar de vivienda como la Feria del Libro, "Cause Way", "Multiplaza Pacific", entre otros, para ayudar a la convivencia, y la integración social, así como salud mental.

2.2.2 Técnicas para facilitar el proceso de desarrollo grupal

Entre las Técnicas Conductuales que se realizan en la Terapia Cognitiva Conductual están:

Además de las tareas en casa que se asignan cada semana, cuyo propósito es reforzarles durante la semana lo presentado en la sesión, se utilizan otras técnicas, como el entrenamiento en habilidades sociales, en el cual ya sea por medio de conversaciones con el grupo se les enseña nuevas formas de llegar a sus objetivos. El entrenamiento en habilidades sociales tiene componentes básicos como contacto visual, afecto adecuado, volumen de voz, expresiones

de aprecio y elogio, expresión de sentimientos personales, gestos, y otros, evaluándose por medio de el "role-playing"

La Reestructuración Cognitiva la cual proporciona otro marco de referencia, más realista de la situación, reconociendo las ideas irracionales

La Técnica de Afrontamiento de Estrés en la solución de problemas, facilita el autocontrol por medio de la determinación de patrones de pensamientos en situaciones de estrés

Se utiliza la Distracción Cognitiva como el método de relajación cognitiva y ejercicios de respiración, además de la discusión de creencias irracionales. A su vez ayuda a relajarse y tratar de disminuir la ansiedad propia del tipo de grupo

Las Técnicas Psico – Educativas, como terapia educacional, por medio de los folletos de Valores de La Prensa, y lecturas de Libros de Autoestima

Se utilizan técnicas para ayudar a facilitar el proceso de desarrollo del grupo, para estimular a que participen. Por ejemplo

- Juegos y Dibujo. En los cuales se fomenta la comunicación, participación activa, expresión emocional, expresión corporal, por medio de actividades de dramatizaciones o actuaciones. Por medio de ellos, se puede observar contenidos de las participantes conscientes e inconscientes, pues son técnicas proyectivas

- Actividades para fomentar la comunicación y debate. Se intercambian ideas personales, se toma decisiones de casos, y se escuchan diversos puntos de vista dentro del grupo. Estimula a su vez la conciencia de sus ideas, y la

tolerancia como valor, al escuchar a sus compañeras, así como estimula la participación activa

- Estudio de casos En las diferentes sesiones se presentan casos, relacionados con el tema del día, los cuales se resuelven primero de manera individual, y luego de manera grupal. Ello permite la flexibilidad de razonamiento, y escuchar otras ideas, intercambiando opiniones, y analizando los casos. Los mismos tienen una secuencia por sesión lo que permite ir hilando la historia del caso.

- "Role Playing" o juego de roles Esta técnica es utilizada ampliamente en el mundo. Consiste básicamente en la escenificación, en donde dos o más personas representan un rol de manera espontánea, una situación de la vida real. La misma se utiliza para observarla de manera más real posible la situación, y así sea mejor comprendida por el grupo. En una segunda parte, luego de la escenificación, se discute la misma en grupo, y se extraen conclusiones, tanto por parte de los que la escenifican, como la de los observadores o espectadores. La técnica ayuda a familiarizarse y comprender situaciones conflictivas. Ayuda al terapeuta a observar expresiones tanto verbales como corporales.

- Uso de tarjetas de Emociones, para ayudar a conocer y diferenciar los diferentes tipos de emociones, como por ejemplo tristeza, alegría, miedo, ira,

usando el "Kid-Drawn Emotions Bulletin Board Set", que consiste en dieciséis (16) láminas con dibujos que expresan diferentes emociones

- Uso de Diario de Emociones, que se manejan de forma individual y personal, donde escriben antes de empezar las sesiones, (¿Cómo te sientes el día de hoy?), con el propósito de ayudarles a ser más conscientes de sus emociones, y que así se facilite el trabajo del tratamiento

- Uso de folletos de Colección de Valores de el Diario La Prensa Se utilizan folletos con la definición, lecturas y ejercicios sobre diferentes Valores como Perseverancia, Honestidad, Tolerancia, Amistad, Paz, Responsabilidad y Respeto para aprender y relacionarlos con los temas del Programa, como la resiliencia

- Uso de Rotafolio para Adolescentes-Infórmate del FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (FNUAP/UNFPA), 2002 "Family Care International", Estados Unidos El cual ayuda a hablar sobre aspectos relacionados con el periodo de la adolescencia, por medio de dibujos, teoría y preguntas

2.2.3 Descripción de las actividades del programa

Primero se procedió a ofrecer el Programa al albergue por medio de una carta entregándola en persona. Se habló sobre las características del Programa, y las fechas de las sesiones.

Posteriormente se realizaron las entrevistas individuales a las candidatas, para lo cual asistí ocho días, por un promedio de tres horas. Una vez entrevistadas (ver Hoja de Entrevista en Anexos), y recopilar información de cada una, se les informó del Programa, y la fecha a empezar.

Cada sesión se realiza una vez a la semana (sábados), en horas de la mañana, por dos horas cada una.

A continuación se presentan las actividades del Programa, dividido en sesiones.

DESCRIPCIÓN DE SESIONES

- **OCHO SESIONES ANTERIORES** Se realizaron las entrevistas individuales a las posibles asistentes al programa. Se entrevistaron a 14 personas. Después de dichas entrevistas, se seleccionaron de acuerdo a las variables de inclusión a las participantes.

- **SESIÓN No. 1** Inicio del Programa (10:30 am -12:30 am) **APLICACIÓN DE PRUEBAS.** Se aplicó la Prueba de Locus de Control, y la Prueba de Autoconcepto

Descripción de Actividades:

- 1 Por medio de una lista, comprobar la asistencia
- 2 Presentación personal tanto de la persona que dicta el Programa, como de las asistentes
- 3 Presentar el reglamento de confidencialidad dentro del grupo, y no burlarse de su compañera
- 4 Revisar su aceptación formal al grupo, como parte de un Programa Para ello se les presenta una hoja (ver en anexos) de aceptación, para aceptar o no su ingreso al grupo participante (*una no aceptó participar en el grupo, la cual tenía en ese momento 17 años*)
- 5 Aplicar las Pruebas de Locus de Control, y la Prueba de Autoconcepto en forma grupal
- 6 Hablar sobre aspectos generales del Programa
- 7 Responder interrogantes

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Pruebas de Locus de Control y de Autoconcepto para el grupo
- 3 Hoja de aceptación o no de ingreso al grupo del Programa
- 4 Lápices
- 5 Pizarrón
- 6 Marcadores de pizarrón
- 7 Sillas
- 8 Mesas

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No. 2 (10 30 am – 12 30am) Aplicación de Prueba.** Entrevista (una persona nueva)

Descripción de Actividades:

- 1 Por medio de una lista, comprobar la asistencia
- 2 Recordar el reglamento de confidencialidad dentro del grupo, y no burlarse de su compañera
- 3 Aplicar la Prueba de Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R) en forma grupal
- 4 Dibujar una figura humana Dibujar un “dibujo especial”
- 8 Responder interrogantes

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Prueba de Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R) para el grupo
- 3 Lápices
- 4 Lápices de colores
- 5 Hojas blancas (35)
- 6 Pizarrón
- 7 Marcadores de pizarrón
- 8 Sillas
- 9 Mesas

Tiempo: Dos (2) horas para lo anterior y una hora para la entrevista de participante nueva

- **SESIÓN No. 3- Introducción a la adolescencia, relajación**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de una lista, comprobar la asistencia
- 2 Recordar el reglamento de confidencialidad dentro del grupo, y no burlarse de su compañera
- 3 Presentar el formato de evaluación del grupo (ver anexos), donde se evaluará asistencia, y realización de tareas asignadas semanalmente
- 4 Presentar el tema de la relajación, y cómo efectuarla por medio de RPM (ver anexos, hoja de RPM) Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 5 Introducción al tema de la Adolescencia, preguntar en grupo sus edades y características de los adolescentes del grupo Utilización de el Rotafolio para Adolescentes - Infórmate ¿Qué es la adolescencia y sus características?
- 6 Responder interrogantes

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Hojas blancas (15)
- 4 Pizarrón
- 5 Marcadores de pizarrón
- 6 Sillas
- 7 Mesas
- 8 Rotafolio para Adolescentes-Infórmate del FONDO DE POBLACION DE NACIONES UNIDAS (FNUAP/UNFPA), 2002 "Family Care International", Estados Unidos

Tiempo: Dos (2) horas

• **SESIÓN No. 4 – Introducción a la resiliencia**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de una lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Introducción al tema de la Resiliencia Casita de la Resiliencia
- 4 Presentar factores tanto internos como externos de la Resiliencia
- 5 Dar ejemplos de casos de recuperación emocional personal y ejemplos con los factores
- 6 Responder interrogantes
- 7 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 Hojas con lista de factores internos y externos Casita de la Resiliencia

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No.5** (8 30 am - 10 30 am) **Emociones. Introducción a la teoría de la Reestructuración Cognitiva ABC**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Presentar tema sobre emociones Definición, ejemplos Uso de láminas con dibujos de emociones "Emotions Kids"
- 4 Darles el material para fabricar el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de cada sesión, ¿Cómo te sientes hoy?
- 5 Escribir en el Diario de Emociones (10 minutos)
- 6 Introducción al tema de la Teoría de la Reestructuración Cognitiva Utilizar pizarrón, lámina y hojas con la teoría resumida
- 7 Dar ejemplos de casos utilizando la Reestructuración Cognitiva
- 8 Asignar tarea a realizar durante la semana
- 9 Responder interrogantes
- 10 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 15 papeles de construcción de colores varios
- 9 Lápices de colores
- 10 Copia de hojas para el diario
- 11 Engrapadora
- 12 Hojas con teoría de la Reestructuración Cognitiva
- 13 Hojas con tarea asignada

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No.6** (8 30-10 15am) **Creencias Irracionales.**
Debate de las mismas. Ejercicio de concentración en si mismo.

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada la semana pasada
- 5 Ejercicio de concentración en si mismo, "Meditación de la Galleta" (ver hoja en anexos) Se utiliza para ello una galleta y se lee la meditación
- 6 Introducción al tema de las Creencias Irracionales. Utilizar pizarrón, lámina y hojas con la teoría resumida
- 7 Dar ejemplos de casos utilizando las creencias irracionales
- 8 Debatar Creencias Irracionales de casos
- 9 Asignar tarea a realizar durante la semana
- 10 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 11 Responder interrogantes
- 12 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes, realizados la semana anterior
- 9 Lápices de colores
- 10 Engrapadora
- 11 Hojas con teoría de la Creencias Irracionales
- 12 15 Galletas, hoja de "Meditación de la galleta"
- 13 Hojas con tarea asignada

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No.7 Pensamientos automáticos. Valores: Justicia. (8 30 am – 10 30 am)**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada la semana pasada
- 5 Presentar el tema de Pensamientos Automáticos
- 6 Asignar tarea a realizar durante la semana
- 7 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 8 Tema de Valores El día de hoy se habla sobre el valor Justicia, utilizando el folleto de Valores de La Prensa Se realiza actividad relacionado con valor Justicia, hablando sobre el tema en grupo
- 9 Responder interrogantes
- 10 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes, realizados la semana anterior
- 9 Lápices de colores
- 10 Engrapadora
- 11 Hojas con teoría de los Pensamientos Automáticos
- 12 Hojas con tarea asignada
- 13 Hojas con el tema de Valor Justicia (La Prensa)

Tiempo: Dos (2) horas.

• **SESIÓN No.8 Distorsiones Cognitivas** (8 30 am – 10 15 am)

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada la semana pasada
- 5 Presentar el tema de Distorsiones Cognitivas
- 6 Asignar tarea a realizar durante la semana
- 7 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 8 Responder interrogantes
- 9 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Lápices de colores
- 10 Engrapadora
- 11 Hojas con tarea asignada

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No. 9** (9 00am – 12 00pm) **Salida a la Feria del Libro en ATLAPA, con el grupo, y otras niñas del albergue.**

Descripción de Actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Reunirse con el resto de las niñas del albergue que van a la Feria
- 3 Dar las pautas de comportarse adecuadamente
- 4 Dividirse en subgrupos dentro del área
- 5 Mirar temas a interesar
- 6 Compartir el tiempo con el resto del grupo, y en la Feria compartir socialmente
- 7 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee *Al final dos niñas estaban sin hablarse, por problemas anteriores al paseo, hubo mal comportamiento por parte de una, al no querer seguir las indicaciones Se procedió a hablar con ambas adolescentes*

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Busito
- 3 Gasolina
- 4 Agua para beber
- 5 Personas para dirigir los subgrupos (4)

Tiempo: Tres (3) horas

- **SESIÓN No. 10 – ENTREVISTAS** (8 30 am -10 00 am) **APLICACIÓN DE PRUEBAS** (Autoconcepto y Locus de Control 10 00 am – 12 00 md)
Valor de la Responsabilidad. Aeróbicos (12 00 md – 1 00 pm)

Descripción de actividades:

- 1 Realizar entrevistas individuales
- 2 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 3 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 4 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 5 Aplicación de Pruebas (Locus de Control y Autoconcepto)
- 6 Revisar la tarea asignada
- 7 Presentar el tema Valor Responsabilidad Utilizar folleto Responsabilidad (La Prensa)
- 8 Realizar actividad con ejemplos que muestran el valor Responsabilidad Lectura de una historia relacionada con el tema en el folleto de La Prensa
- 9 Investigar como tarea, ¿Qué es la Autoestima?
- 10 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 11 Responder interrogantes
- 12 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee
- 13 Asistir a las clases de aeróbicos, para enfocarnos en la parte física saludable del ser humano

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 12 Engrapadora
- 13 Pruebas de Locus de Control y Autoconcepto para el grupo
- 14 Hojas del folleto Valor La Responsabilidad del periódico La Prensa
- 15 Profesora de Aeróbicos

Tiempo: Cuatro horas y media (4 ½)

- **SESIÓN No.11 Aplicación de Prueba de Ansiedad. Introducción al tema: Autoestima y Autoconcepto. Cuidado físico y emocional del adolescente, uso de Rotafolio Infórmate (8 30 am – 10 30 am) Aeróbicos (11 00 am – 12 00 am)**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Aplicación de Prueba (Escala de Ansiedad Manifiesta CMS-R)
- 5 Revisar la tarea asignada
- 6 Hablar sobre la Autoestima y el Autoconcepto Componentes de la Autoestima
- 7 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 8 Tema Cuidado Físico y Emocional del Adolescente Uso del Rotafolio para Adolescentes
- 9 Responder interrogantes
- 10 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee
- 11 Asistir a las clases de aeróbicos, para enfocarnos en la parte física saludable del ser humano

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Lápices de colores
- 10 Engrapadora
- 11 Pruebas de Escala de Ansiedad Manifiesta (CMS-R) para el grupo
- 12 Hoja con la teoría de la Autoestima para el grupo
- 13 Rotafolio para Adolescentes
- 14 Profesora de Aeróbicos

Tiempo: Tres horas y media (3 ½)

- **SESIÓN No.12 (8 30 am – 10 30 am) Repaso de emociones. resolución de conflictos. Problemas en la adolescencia (embarazos precoces, sida, adicciones).**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada.
- 5 Hablar sobre las emociones en el grupo
- 6 Introducir en el Tema Resolución de Conflictos
- 7 Componentes Identificación del Problema, Formulación de Metas, Generar soluciones alternativas Evaluación de Alternativas, Toma de Decisiones
- 12 Hablar sobre la Autoestima y el Autoconcepto
- 13 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 14 Tema Cuidado Físico y Emocional del Adolescente Uso del Rotafolio para Adolescentes
- 15 Uso de "Role-Plays" con ejemplos de casos
- 16 Responder interrogantes
- 17 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee
- 18 Asistir a las clases de aeróbicos, para enfocarnos en la parte física saludable del ser humano

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Engrapadora
- 10 Pruebas de Escala de Ansiedad Manifiesta (CMS-R) para el grupo
- 11 Rotafolio para Adolescentes
- 12 Profesora de Aeróbicos

Tiempo: Tres horas y media (3 ½)

- **SESIÓN No.13** (8 30 am – 10 30 am) **Repaso de Pilares de la Resiliencia. Resiliencia YO TENGO, SOY, PUEDO. Asertividad. Aplicación en casos de adolescentes. Valor Tolerancia. Aeróbicos.**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada
- 5 Introducir en el Tema Pilares de la Resiliencia
- 6 Componentes de los Pilares Introspección, Independencia, Capacidad de Relacionarse, Iniciativa, Humor, Moralidad, Autoestima Consistente
- 7 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 8 Tema Asertividad
- 9 Dar ejemplos de Asertividad
- 10 Uso de "Role-Plays" con ejemplos de casos
- 11 Tema El Valor de la Tolerancia
- 12 Leer la lectura sobre Tolerancia del Folleto Tolerancia de La Prensa
- 13 Responder interrogantes
- 14 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee
- 15 Asistir a las clases de aeróbicos, para enfocamos en la parte física saludable del ser humano (11 00 am – 12 00 am)

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Engrapadora
- 10 Hojas sobre el tema Pilares de la Resiliencia
- 11 Rotafolio para Adolescentes
- 12 Folleto La Tolerancia del Diario La Prensa
- 13 Profesora de Aeróbicos

Tiempo: Tres (3) horas

- **SESIÓN No.14.** (8 30 am – 10 15 am) **Habilidades sociales. La comunicación. Aeróbicos** (11 00 am– 12 00 md)

Descripción de Actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada
- 5 Introducir en el Tema Habilidades Sociales
- 6 Hablar sobre el tema de manera personal con el grupo
- 7 Tema La Comunicación
- 8 Dar ejemplos de una buena comunicación en el grupo y con la familia
- 9 Uso de Role-Plays con ejemplos de casos
- 10 Responder interrogantes
- 11 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee
- 12 Asistir a las clases de aeróbicos, para enfocarnos en la parte física saludable del ser humano (11 00 am – 12 00 am)

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Engrapadora
- 10 Hojas sobre el tema Asertividad
- 11 Profesora de Aeróbicos

Tiempo: Tres (3) horas

- **SESIÓN No.15** Conclusiones, unión de todo

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Hacer ejercicios de respiración abdominal
- 3 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 4 Revisar la tarea asignada
- 5 Se trata de unir toda la información de las sesiones, de una manera práctica
- 6 Hablar sobre sus avances personales
- 7 Hablar sobre el grupo en general y su avance de forma grupal
- 8 Realizar comentarios constructivos sobre el grupo
- 9 Responder interrogantes
- 10 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (Ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón
- 5 Sillas
- 6 Mesas
- 7 16 Láminas con emociones de "Emotions Kids"
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Engrapadora

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No.16 Aplicación de PRUEBAS al grupo.**
Semana del 15 al 20 (entrevistas individuales)

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Repartir el Diario de Emociones, en el cual escribirán al principio de la sesión, ¿Cómo te sientes hoy? (10 minutos)
- 3 Aplicar Pruebas (Locus de Control y Autoconcepto)
4. Repartir los temas para la Presentación (Tema La Resiliencia, factores internos y externos) y anuncio de entrega de certificados de la próxima semana
- 5 Dar 15 minutos al final para acercarse a hablar la que desee

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Lápices
- 3 Pizarrón
- 4 Marcadores de pizarrón.
- 6 Sillas
- 7 Mesas
- 8 Diario de Emociones de todas las participantes
- 9 Engrapadora
- 10 Prueba de Locus de Control y de Autoconcepto

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No.17 Entrega de certificados y presentación de temas por participantes del grupo. Celebración al final con bocadillos.**

Descripción de actividades:

- 1 Por medio de la lista, comprobar la asistencia
- 2 Preparar entre todas el salón para la presentación
- 3 Responder interrogantes, y hablar sobre el orden del Programa de entrega de certificados con el grupo de las participantes
- 4 Realizar la presentación inicial con comentarios del Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes
- 5 Presentación de los temas (por grupo de participantes del Programa)
 - TEMA La Resiliencia y Autoestima en la Adolescencia
 - Factores externos que fortalecen la Resiliencia
 - La Familia
 - Adulto significativo
 - Integración social y laboral
 - Factores internos que fortalecen la Resiliencia
 - Seguridad y confianza en si mismo
 - Autoestima elevada
 - Habilidades comunicativas y de resolución de problemas
 - Sentido del humor
 - Autonomía
 - Creatividad
 - Tolerancia a las frustraciones
 - La Fé
 - Valores
 - La Responsabilidad
 - Amistad
- 6 Palabras del Director (a) del albergue
- 7 Palabras de Psicólogo invitado
- 8 Brindis con bocadillos realizados en el albergue

Materiales a utilizar:

- 1 Hoja con la lista del grupo para tomar asistencia (ver hoja en anexos)
- 2 Sillas
- 3 Mesas
- 4 Bocadillos

Tiempo: Dos (2) horas

- **SESIÓN No.18** (9 30am a 3 00 pm) **Salida al "Cause Way" a montar bicicleta (Bicicletas Moses), comer al "Mc Donald's", postre en "Dunkin Donuts" y paseo a "Multiplaza Pacific", con el grupo del Programa**

Descripción de actividades:

- 1 Verificar participantes que se habían portado bien durante la semana en el albergue
- 2 Pasar asistencia de las participantes
- 3 Montar bicicletas en el "Cause Way" (dividido en dos grupos)
- 4 Almorzar en el "Mc Donald's"
- 5 Comer postre en "Dunkin Donuts"
- 6 Ir al Centro Comercial Multiplaza "Pacific" a pasear
- 7 Regresar al albergue

Elementos requeridos:

- 1 Busito como transporte
- 2 Bebidas
- 3 Cartas de autorización de las diferentes actividades
4. Tres personas asistentes

Tiempo: Cinco horas y media (5 ½)

CAPÍTULO III.

**ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA**

METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento del Problema

Se busca dar respuesta al siguiente planteamiento

¿Se logra con la aplicación del Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas, aumentar el autoconcepto y el locus de control de las participantes?

3.2 Justificación

En nuestro país Panamá, y en la mayoría de los países del mundo existe un alto grado de maltrato a menores, donde están incluidos los adolescentes. Según diversas investigaciones anteriores, el maltrato es en mayor porcentaje hacia niñas y mujeres, es decir el sexo femenino. Según un diagnóstico realizado por la UNICEF, se menciona que lo que más daña a la niñez, además de la pobreza (57% de los pobres del país, tienen menos de 20 años, según el Informe de Desarrollo Humano 2002), es “el racismo, la violencia, el maltrato físico y el abuso sexual contra niños y jóvenes”⁸¹. Se ve como el tema de la violencia sexual contra los jóvenes acapara la atención de la prensa, la sociedad tiene una reacción poco constructiva “la victimización de los jóvenes, cuando se

⁸¹ UNICEF, en América Latina y el Caribe, UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe 2005

sabe que quienes cometen los delitos son los adultos” Existe por ejemplo, “la tendencia a mirar la niñez con una visión caritativa-asistencialista, en vez de tratar de resolver los problemas. La niñez no necesita de la caridad”, la resiliencia trata de no ver solamente los riesgos, sino fomentar los factores protectores latentes en todo individuo, tanto internos como externos

Se tomó el aspecto de la resiliencia para evaluar a un grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas, y lograr un cambio positivo, por medio de un Programa de Intervención Psicológica, ya que dentro de la teoría estudiada de la resiliencia, se menciona que el periodo de la adolescencia es el mejor para incrementar la resiliencia, por los cambios que suceden en este periodo de la vida del ser humano. De por sí la adolescencia es un periodo de cambios, y el maltrato, puede llegar a influir grandemente

El grupo seleccionado está conformado por adolescentes de sexo femenino con antecedentes de maltrato, que viven en un lugar donde les dan alojamiento temporal a niñas y adolescentes provenientes de diversos lugares de la República de Panamá, que viven en situaciones de riesgo, como vivir en las calles por ejemplo (menores que no tienen un hogar, y se ven obligadas a vivir en la calle) y otras situaciones de riesgo, abuso sexual, y/o maltrato. En estudios realizados por investigadores sobre la resiliencia, se cuestiona el hecho de cómo un individuo, a pesar de vivir en adversidades y problemas extremos, mantiene un nivel de resiliencia adecuado, y logra seguir adelante con una buena autoestima y habilidades sociales por ejemplo (los cuales son factores resilientes)

De acuerdo con lo anterior, se realiza el presente Programa de Tratamiento especialmente para adolescentes y preadolescentes

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Realizar un programa de intervención psicológica para aumentar la resiliencia de un grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas de una Casa Hogar, ubicada en la Provincia de Panamá

3.3.2 Objetivos Específicos

- Aumentar el autoconcepto y el locus de control de las pacientes que padecieron maltrato, como factores internos de la variable resiliencia
- Determinar si el grado de ansiedad de las pacientes, disminuye con el tratamiento
- Evaluar la efectividad del programa de intervención para adolescentes y preadolescentes maltratadas (Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas)

3.4 Hipótesis

3.4.1 Hipótesis Conceptual

- El autoconcepto y locus de control observados después del tratamiento (Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas) serán mayores que al inicio del tratamiento

3.4.2 Hipótesis Operacional

- Existirán diferencias al comparar las medias de la primera prueba, prueba intermedia, y última prueba, del Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas
- Los puntajes en la Prueba de Autoconcepto serán mayores que al inicio, al finalizar el tratamiento
- Los puntajes en la Prueba de Locus de Control serán mayores que al inicio, al finalizar el tratamiento

3.4.3 Hipótesis Estadística

Hipótesis de trabajo

- La resiliencia observada al finalizar el tratamiento, será mayor que al inicio

La hipótesis alterna es $X1 < X2$

Existen diferencias significativas entre los valores medios de las pruebas de Autoconcepto y Locus de Control (inicio, a la mitad y al final del tratamiento)

Hipótesis Nula

- La resiliencia observada al finalizar el tratamiento será igual que al inicio del tratamiento

La hipótesis nula $H_0 X1 = X2$

No existen diferencias significativas entre los valores medios de las pruebas de Autoconcepto y Locus de Control (inicio, al medio y al final del tratamiento)

3.5 Estrategia de Investigación

Es una investigación tipo Experimental con un Diseño de Caso de Intervención-Terapéutico con evaluaciones de pre-prueba, en el intermedio y una post-prueba, comparándose consigo mismos en un periodo de tiempo. Como dice Alan Kazdin "el uso de las características básicas, como la evaluación a lo largo del tiempo y la consideración de algunos de los criterios

para la evaluación de los datos, pueden fortalecer las inferencias que se pueden obtener acerca de la intervención. Las amenazas a la validez interna relacionadas con las pruebas se manejan principalmente mediante la evaluación continua a través del tiempo”⁸² Como se observa la validez interna, se observaba como una deficiencia, pero por medio de esta evaluación continua además de obtener información objetiva y subjetiva, por medio de la aplicación de instrumentos que miden el autoconcepto y el locus de control antes en medio y después del tratamiento para ver el cambio a través del tratamiento, así como entrevistas realizadas a los sujetos, ayudando a mejorar dicha debilidad.

Habría manipulación deliberada de una variable independiente para así analizar las consecuencias de esta manipulación sobre dos variables dependientes. “La razón lógica subyacente a los diseños experimentales de caso único es similar a la más conocida de los diseños en grupo. Todos los experimentos comparan los efectos de las diferentes condiciones (variables independientes) sobre el comportamiento”⁸³

La principal característica de el estudio de casos es la falta de un grupo de control, cada sujeto servirá como su propio control y se realizarán evaluaciones continuas para una mayor confiabilidad, en un inicio, en la mitad del tratamiento y al final del mismo. El grupo constaba de 11 sujetos en un inicio con una mortandad experimental de dos personas (una por irse a su casa al principio del tratamiento, y la otra por fuga, días antes de la última sesión), quedando un total

⁸² Kazdin, (op Cit) p 243

⁸³ Kazdin (op cit) p 206

de 9 sujetos a evaluar en el grupo. Los resultados se evaluarán en forma de grupo.

3.6 Variables

3.6.1 Variable Independiente

Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas.

3.6.2 Variable Dependiente

Autoconcepto y Locus de control

3.7 Definiciones

3.7.1 Definiciones Conceptuales

1 Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas.

Lo constituye el programa como intervención psicológica, dividida en cuatro módulos, Adolescencia-Autoestima-Resiliencia, Reestructuración Cognitiva, Resolución de Conflictos y Habilidades Sociales, además de las entrevistas clínicas, cuyo objetivo es promover la resiliencia en las adolescentes y preadolescentes maltratadas. Las sesiones del programa (18 sesiones) están estructuradas y requieren ciertos materiales especificados.

2 Resiliencia

"Es la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido, o incluso reformado" (Edith Grotberg, 1996, Noemí Romero, 1998)⁸⁴ Existen factores de la resiliencia, como el autoconcepto, locus de control y las habilidades sociales, que se pueden fortalecer. Como resultado del fortalecimiento de factores se promueve la resiliencia, con la capacidad de reconstruir un proyecto de vida.

3 Autoconcepto

La percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que él mismo realiza de su propia conducta, en los componentes emocionales, sociales (relacionados con la significación que la conducta del individuo tiene para los demás), académicos y familiares.

4 Locus de Control

Una característica de personalidad, en la que la persona tiene la creencia de que las consecuencias a su comportamiento dependen en mayor grado de su exclusivo proceder (internalidad), o de que éstas dependen más de fuerzas externas a ésta, tal como lo podrían ser la suerte, el destino o el poder ajenos.

84

(externalidad), (Rutter, 1966) A mayor control interno y externo mayor es el grado de su resiliencia

5 Maltrato a adolescentes y preadolescentes

Los adolescentes y preadolescentes forman parte del grupo de menores de edad, y está definida por la UNICEF como *“Aquella conformada por niños y jóvenes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”* Esta definición es complementada con posterioridad, considerándose el hecho que además *el maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono completo o parcial* Por último, *toma en cuenta el tema de la intencionalidad del maltratador como un elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato (UNICEF)*

3 7 2 Definiciones Operacionales

Programa de intervención psicológica para el fortalecimiento de la resiliencia para grupo de adolescentes y preadolescentes maltratadas

Intervención psicológica para adolescentes maltratadas con una duración de dieciocho (18) sesiones, una vez por semana (sábados), por dos horas, constituida por la base de Terapia Cognitiva Conductual, Resiliencia, Valores, Proyecto de vida

Autoconcepto

Se define de acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario de Auto Concepto AFA Forma A de Musita, García y Gutiérrez, subdividida en

- Autoconcepto académico
- Autoconcepto social
- Autoconcepto emocional
- Autoconcepto familiar
- Autoconcepto total

Resiliencia

Evaluated en base a el Cuestionario de Autocontrol, diseñada por la Dra Edith Grotberg y el Dr Lee Burchinal, la cual consta de 36 preguntas, indicando el grado de control interno y externo del adolescente. Entre más control interno, mayor es el grado de resiliencia.

3.8 Población

3.8.1 Población Objeto

Adolescentes y preadolescentes que padecieron maltrato, y se desea aumentar su resiliencia.

3.8.2 Población muestral

La población de donde se obtuvo la muestra está constituida por adolescentes y preadolescentes (10-17 años), de sexo femenino que viven de manera temporal en una Casa Hogar localizada en la Ciudad de Panamá, sobrevivientes de maltrato y que se desean aumentar su resiliencia

3.9 Muestra

La muestra está constituida por un grupo seleccionado de once (11) adolescentes y preadolescentes maltratadas (10–17 años), que viven en un orfanato (hogar temporal) ubicado en la Ciudad de Panamá. *Una de ellas fue regresada a su hogar días después de iniciar y otra se fugó días antes de terminar el tratamiento, por ende quedaron 9 sujetos en la investigación al finalizarlo*

Criterios de inclusión

- Edad entre 10 a 17 años
- Sexo femenino
- Aceptación de participar en el tratamiento
- Presentar síntoma de maltrato por medio de entrevista clínica y referencia de instituciones públicas

- Vivir en la Casa Hogar (la mayoría de las niñas viven en el mismo, de manera temporal, ya sea semanas, meses o años)

Criterios de exclusión

- Faltar a 3 sesiones seguidas del programa
- Tener adicción a algún tipo de droga
- Comportamiento explosivo o muy agresivo (estar en riesgo suicida)
- Haber estado en algún tratamiento grupal para personas con antecedentes de maltrato o estarlo en la actualidad
- Ser extremadamente vulnerable
- No aceptar participar en el programa
- Estar bajo tratamiento farmacológico por trastornos mentales

3.10 Instrumentos de Medición

Para obtener la información se utilizarán los siguientes instrumentos:

- **La Prueba de Locus de Control**
 - *Autora* Dra. Edith Grotberg y el Dr. Lee Burchinal
 - *Administración* Individual o colectiva
 - *Características de la prueba* Fue examinada por un panel de expertos miembros y asesores del Proyecto de Resiliencia, que también incluía a

representantes de la UNESCO, PAHO, WHO, el Bureau Internacional de Niños Católicos, el Centro Internacional de Niños de París y los directores del Centro Internacional de Investigación Civitan. Se le hizo una prueba de campo en la Universidad de Maryland, Estados Unidos, en la Escuela de Niñeras antes de ser utilizada formalmente como sistema de investigación. La metodología utilizada fue de inspección y técnicas de entrevistas.

Consiste en un cuestionario de 36 preguntas. Se utiliza para saber el grado de control interno y externo del adolescente. Entre más control interno, mayor es el grado de resiliencia.

Si una persona con un locus de control interno hace mal un examen, el estaría culpándose a si mismo, a su falta de habilidad o preparación para el examen. En comparación, una persona con un locus de control externo tenderá a explicar una calificación baja diciendo que el examen fue demasiado difícil o que el maestro lo calificó injustamente. El concepto de locus de control fue desarrollado inicialmente por la psicóloga Julian Rotter, quien inventó la Escala Locus de Control Interno- Externa (I-E) para evaluar esta dimensión de la personalidad. Estudios han encontrado que esta prueba es un predictor válido del comportamiento típicamente asociado con el locus de control

Conexiones han sido encontradas entre el locus de control y patrones de comportamiento en un número de áreas diferentes. Personas con un locus de

control interno están inclinadas a tomar responsabilidad por sus acciones, no son fácilmente influenciadas por las opiniones de otros, y tienden a hacer mejor las tareas cuando ellos pueden trabajar a sus propios pasos. En comparación, la gente con locus de control externo tiende a culpar a las circunstancias externas de sus errores y el crédito de sus éxitos a la suerte, en lugar de a sus propios esfuerzos. Ellos son fácilmente influenciadas por las opiniones de otros y son más probables a poner atención a el estatus de la posesión de opinión, mientras que las personas con un locus de control interno ponen más atención al contenido de la opinión a pesar de quien la sostiene. Algunos investigadores han demandado que los "internos" tienden a ser más inteligentes y más orientados al éxito que los "externos". Hay también una relación entre un locus de control del niño y su habilidad para demorar la gratificación (olvidar un placer inmediato o desear conseguir ser recompensado con una más sustancial más tarde). En la niñez media, los niños con un locus de control interno son relativamente exitosos en demorar la gratificación, mientras que los niños con un locus de control externo son más propensos a hacer menos el esfuerzo a ejercer el propio control en el presente porque ellos dudan de sus habilidad para influir en los eventos en el futuro.

Aunque la gente puede ser clasificada comparativamente como "internos" y "externos", el desarrollo cronológico dentro de cada individuo generalmente procede en la dirección de un locus de control interno. Como los infantes y los niños crecen más tarde incrementando sus competencias para controlar los

eventos en sus vidas. Consecuentemente, ellos cambian de ser más externos enfocándose a un locus más interno.

Mide las expectativas generalizadas de reforzamiento de control interno versus externo. La gente con un locus de control interno cree que sus propias acciones determinan las recompensas que ellos obtienen, mientras esos con un locus de control externo cree que sus propios comportamientos no importan mucho y esas recompensas en la vida son generalmente fuera de su control. Un bajo puntaje indica un control interno, mientras que un puntaje alto indica control externo.

Ambos locus de control y los estilos de atribución tienen una mayor influencia en nuestra motivación, expectativas, autoestima, y aún en las actuales acciones.

TIPO DE PREGUNTAS Autovaloración

APLICACIÓN Popular para interés personal, consejería y terapia, e instructores de vida ("coaching")

ESTUDIO DE VALIDACION Tamaño de la muestra 9,000

DESARROLLO ESTADISTICO Estudio descriptivo y referencia de valores/normas, correlaciones con factores varios, confianza (Spearman – Brown split-half, Guttman split-half, alpha de Cronbach de 0.94), criterio de validez relativa (validez concurrente, método grupo-grupos contrastados), constructo "related" validez (consistencia interna, intercorrelacionada de subprueba, análisis de factores, convergente y validez discriminativa)

- Criterios de evaluación Un puntaje de 12 o menos, no tiene control de los eventos, porque se considera no resiliente Un puntaje de 13 a 20, el joven piensa que tiene un control sobre los eventos Un puntaje de 21 a 36, tiene un control interno, y se considera resiliente

- **Prueba AFA de Autoconcepto Forma – A (4ª. Edición):**

Autores G Musti, F García y M Gutiérrez

Editorial. Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones, S A , Madrid, 2001

Administración Individual o colectiva

Duración 15 minutos, aproximadamente, incluyendo la aplicación y corrección

Aplicación Alumnos de Primaria, y Bachillerato

Características de la Prueba Shavelson distinguió entre una autoestima académica y otra no académica Los componentes emocionales, sociales y físicos conformarían el apartado no-académico

La gran diversidad de experiencias de un individuo constituye la fuente de datos sobre la que basa sus propias percepciones Para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias una persona las cifra en formas más simples o categorías (Bruner, 1958) Los sistemas particulares de categorización adoptados por el individuo son, en cierto modo, un reflejo de su cultura en particular Las categorías representan una manera de organizar las propias

experiencias y de darles significado. Una característica del autoconcepto, por lo tanto, es que está organizado o estructurado.

Las otras características del autoconcepto son multifacético, jerárquico, estable, experimental, valorativo y diferenciable.

Numerosos estudios han encontrado evidencia de la estructura multidimensional del autoconcepto en adolescentes y preadolescentes (Marsh y Smith, 1987)⁸⁵. La diferencia entre estas investigaciones y otras anteriores que no apoyaban esta evidencia, está en el tipo de diseño utilizado. Los instrumentos más antiguos consistían en ítems de autoinformes y el análisis factorial utilizado era de tipo exploratorio para localizar factores significativos. Los instrumentos más recientes como este, designa a priori factores que están implícitamente basados en el modelo de Shavelson y el análisis factorial es utilizado para confirmar estos factores a priori.

Las puntuaciones directas mínimas y máximas que pueden obtenerse son

Escala	Académica	Social	Emocional	Familiar	Total
PD Mín	11	5	9	6	31
PD Máx	33	15	27	18	93

Elaboración: El cuestionario ha sido elaborado a partir de una base de ítems inicial en la que se intentó recoger el universo de definiciones de autoconcepto. Para la delimitación del universo de ítems se seleccionó una muestra de más

⁸⁵ Musitu, G., García F. y Gutiérrez M. (2001) Manual de AFA Autoconcepto Forma-A. 4ª Edición. TEA Ediciones, Madrid.

de 700 escolares de segunda etapa de EGB y BUP, pertenecientes a colegios de diferente nivel socio-cultural y procedentes de los ámbitos rurales y urbano

El procedimiento consistió en solicitar a los sujetos que se autodescribiesen en 10 frases. A partir de las respuestas obtenidas inicialmente se eliminaron los ítems con igual significado según criterio de siete jueces y aquellos con frecuencias de respuesta más bajas, quedando un total de 85 ítems.

Los 85 ítems fueron asignados independientemente por 12 jueces en cuatro factores racionales: familia, escuela, relaciones sociales y emocional. Los ítems asignados a más de una categoría fueron eliminados quedando finalmente los 36 incluidos en el presente protocolo.

Las alternativas de respuesta fueron tres: Siempre, Algunas veces, y Nunca.

Una vez obtenidos los ítems se elaboró la hoja de respuestas y se aplicó el cuestionario a 890 alumnos de ambos sexos- 435 varones y 455 mujeres -, con un rango de edad entre 12 y 18 años en colegios privados y públicos de Valencia.

Fundamentación Estadística. Se aplicó primero el análisis factorial para comprobar la coincidencia entre los factores racionales y los obtenidos empíricamente mediante esta técnica estadística. Se empleó el programa BMDP4M extrayendo los factores mediante el método PFA - factor principal - aplicando la rotación DQUART --rotación cuartimax directa.

- **Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS-R)** por Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD

Conforme los niños tienen más oportunidades de tomar opciones, y con las expectativas multiplicadas de los padres, compañeros y ellos mismos de elegir opciones sensatas, aumenta la probabilidad de que esos niños sufran ansiedad.

Objetivo Identificar el nivel y naturaleza de la ansiedad crónica.

Características Instrumento de autoinforme diseñado para evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Se pide al individuo que responda a cada afirmación con "Sí" o "No". La puntuación conduce a un índice de ansiedad total. Además, la CMAS-R proporciona cuatro calificaciones adicionales, los cuales son subescalas de ansiedad: Ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, Preocupaciones sociales/concentración, y Mentira. La puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad.

La escala es útil para psicólogos que atienden niños y adolescentes con estrés académico, ansiedad ante los exámenes escolares, conflictos familiares o de farmacodependencia.

Las subescalas ayudan a obtener una mayor información sobre la naturaleza particular de la ansiedad del evaluado. Una calificación alta en la subescala Ansiedad fisiológica sugiere cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad. La segunda Inquietud/hipersensibilidad, los reactivos que caen dentro de esta categoría a lo largo del análisis factorial contienen la "preocupación" o bien sugieren que la persona es miedosa, nerviosa, o de alguna manera hipersensible a las presiones.

ambientales. Es probable que esto sea más característico del niño o adolescente que está orientado de manera interna. Quizá sugiera que el niño experimenta una fuerte necesidad de aprender a analizar los sentimientos de ansiedad y a enfrentarse con esta de una manera más abierta al compartir estos sentimientos con otras personas que desean ayudar.

La tercer subescala Preocupaciones sociales/concentración, expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan una cierta dificultad en la concentración. Los que obtienen una alta calificación pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas. Su principal preocupación puede ser que ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como otros, lo cual seguramente es un sentimiento relacionado con la ansiedad. Cualquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas o de otro tipo.

Aunado a las tablas normativas originales, esta edición contiene los estudios de normativización uruguaya de la CMAS-R y las tablas de conversión correspondientes, investigación efectuada por el Dr. Gustavo Rodrigo, quien trabajó estrechamente con los Dres. Mabel Lusiardo y Bert O. Richmond.

Componentes: Manual, Cuestionario, Plantilla de calificación

Aplicación: Individual o colectiva

Tiempo: Ilimitado (aproximadamente 15 minutos)

3.11 Técnicas de Intervención

Para brindar nuevas maneras correctivas para desarrollar conductas resilientes, por medio de el aprendizaje, de las experiencias traumáticas como el maltrato, habilidades sociales, resolución de conflictos, asertividad, un adecuado autoconcepto entre otros, se utilizarán en el Programa (el cual es estructurado con un enfoque cognitivo conductual) lo siguiente

- Dinámicas para un mejor “rapport”
- Juego de papeles (“role-playing”) para que puedan observar desde otros puntos de vista sus conductas
- Grupos de discusión
- Láminas de Rotafolios para Adolescentes (“Family Care International 2002”), para hablar sobre la etapa de la adolescencia
- Juegos para bajar la tensión, y aprendizaje de sentido del humor, y hacer observaciones clínicas
- Tareas en casa
- Lecturas
- Escritura

Dentro de las técnicas concretas a utilizar dentro de la terapia cognitiva conductual se encuentran

- 1) Relajación para controlar la ansiedad

2) Reeducción respiratoria, con un entrenamiento de respiración diafragmática y más lenta

3) Explicaciones, por ejemplo como los pensamientos generan las emociones

4) Reestructuración cognitiva, que es el trabajo de exteriorizar y refutar los pensamientos o supuestos erróneos. Albert Ellis lo menciona como interferencias erróneas y sus consecuencias como “no-soportitis” y “tremendización”. Aaron Beck cita estas cogniciones como pensamientos automáticos distorsionados, (especialmente a los supuestos erróneos), y a esta visión de sí mismo, como creencia nuclear negativa. Es una combinación de la Terapia Cognitiva de Beck (1976), la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962). Se puede apoyar con dibujos y materiales gráficos para facilitar la explicación. Por ejemplo

- El modelo ABC (sucesos-pensamientos-conductas de “insight” básico)
Enseñar qué es racional (son aptas para alcanzar las metas, realzan al individuo y siguen a la realidad) e irracional (no llevan a la realización de las metas, no siguen a la realidad)
- Creencias irracionales
- Debate de creencias irracionales para definir si los pensamientos son racionales o irracionales y para ello uno se pregunta “¿Tengo suficiente evidencia para decir que el pensamiento es verdadero?”
- Entrenamiento en habilidades sociales

- Asertividad, defenderse sin llegar a la agresión o a la huida. Podemos utilizar "role-playing" para representar distintas situaciones.
- Aprender la resolución de problemas.
- Autocontrol, para ayudarles a evitar trastornos como la depresión, ansiedad. Se utiliza la autoobservación, la autoevaluación, autoregistros (reconocimiento de las conductas emocionales, utilizando dibujos de caras con emociones, en nuestro caso el de "Emotion Kids").

3.12 Procedimiento del Tratamiento

El lugar donde se aplicó el presente Programa, fue un a Casa Hogar donde viven niñas y adolescentes de sexo femenino en su totalidad, ubicado en la Provincia de Panamá. Se realizó el Programa en base a este grupo de adolescentes y preadolescentes, las cuales fueron referidas por algún tipo de maltrato. Se seleccionó el grupo a participar, en base a los criterios de inclusión y exclusión, por medio de entrevistas individuales, y por referencia de el principal encargado de la institución. A su vez, por medio de una carta de aceptación (ver Anexo No 2), cada participante aceptó participar o no. Hubo una persona que no quiso participar, y se notificó desde el primer día.

Se les aplicaron instrumentos que miden el Locus de Control y el Autoconcepto al inicio para evaluarlos, para así continuar con las sesiones, las cuales fueron estructuradas, y se les daba tareas para realizar en la semana. Se

les procedió a aplicarles las mismas pruebas, y a entrevistarlos, durante el tratamiento, y al final del mismo

Es una investigación tipo Experimental con un diseño de casos (pre-prueba y post-prueba) con intervención, comparándose consigo mismos en un periodo de tiempo. Habrá manipulación deliberada de una variable independiente para así analizar las consecuencias de esta manipulación sobre dos variables dependientes. El estudio de casos se caracteriza por la falta de un grupo de control, por lo tanto no se presenta un grupo control.

3.13 Evaluación de los Resultados

Se analiza en base a un marco teórico según investigaciones realizadas acerca del tema de la resiliencia en otros países.

Se toma la información que nos proporciona cada paciente, y sus cambios en el aspecto psicológico utilizando los resultados de la Prueba de Autoconcepto, Prueba de locus de control y evaluaciones clínicas.

Los datos obtenidos a través de las mediciones, se organizan a través de cuadros y gráficos descriptivos. Los análisis comparativos se llevan a cabo utilizando pruebas de carácter no paramétricas, con un nivel de probabilidad por azar de 0.05.

Al final se evalúa de manera subjetiva el programa por las participantes, por medio de un cuestionario escrito, sobre la base de frecuencias y porcentajes.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Entrevistas Psicológicas

Por medio de entrevistas realizadas al grupo, de forma individual se recogió información necesaria para la terapia en grupo. Se realizaron entrevistas al inicio, en el intermedio y al final del tratamiento. Para la presentación de las entrevistas se procedió para preservar la confidencialidad del grupo, colocar sólo letras no reales en el nombre, y colocándolas como número de caso, y no se colocaron las fechas de nacimiento (se colocaron las edades en ese momento). Adicionalmente se realizaron seis (6) entrevistas más a otras posibles participantes, y no entraron a formar parte del grupo debido a

- Una (1) no aceptó participar en el grupo,
- dos (2) no sabían leer y escribir,
- una (1) salió poco tiempo después de iniciar el programa, debido a que regresó a su casa, y
- una (1) tenía un grado leve de retardo mental

CASO No 1**Nombre:** "Aminta"**Edad:** 12 años**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 5º Grado Primaria (actualmente)**Ocupación:** Estudiante**Procedencia:** Corregimiento Amelia Denis De Icaza, Provincia de Panamá (actualmente vive en una Casa - Hogar).**Estado Civil** Soltera**Fecha de ingreso:** Agosto 2004**Motivo de ingreso:** Riesgo Social**Historia Personal:** Ambos padres viven y están en la cárcel con delito relacionado a las drogas. Vivía con una tía y tres primos. Su padre se casó con extranjera. Cuando sale de visita fines de semana, no hace caso a la tía. Tiene una hermana dos años mayor (14 años), que vive con esta tía y asiste a la escuela. Dice que es capaz de pelear, si hablan mal de sus padres.**Historia Escolar:** Asiste actualmente al 5º grado de primaria. Tiene calificaciones regulares.**Impresión Diagnóstica:**

Eje I Z63.8 Problemas paterno-filiales (padres en la cárcel, cambio de hogar, disciplina inadecuada en la casa)

Z72.8 Comportamiento antisocial en la adolescencia

Eje II Z03.2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV. Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas de vivienda Falta de hogar

Problemas económicos Economía insuficiente

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o crimen Padres en la cárcel relativos a las drogas

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global Antes 55, después 71

Puntajes de Pruebas: Ver Capítulo III

CASO No 2**Nombre:** "Amor"**Edad:** 11 años - 7 meses**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 6º Grado Primaria**Ocupación:** Estudiante**Procedencia:** Arraiján, Provincia de Panamá (actualmente vive en la Casa Hogar)**Estado civil:** Soltera**Ingreso:** Abril 2005**Motivo de ingreso:** Presunto Abuso Sexual/ Riesgo Social**Historia Personal:**

Cuando la madre tenía 13 años, conoce a su actual esposo (padrastra de la paciente), el cual es tenía 19 años. Se separan, y 2 años después sale embarazada del padre biológico de la paciente. Se separa de este, la madre. A los 2 meses de nacida, se reencuentra con su anterior novio, y 7 meses después se casan, y adopta a la paciente. Ambos padres trabajan. Tiene dos hermanos de 6 y 3 años.

Se escapaba de su casa para ver un novio, ayudada por familiar del novio. Los padres denuncian al muchacho de aproximadamente 18 años, de abuso sexual a menor de edad. La paciente menciona que sus padres la maltrataban verbalmente.

Tiene actualmente algunas amigas en la Casa Hogar, sobretodo de J, con la cual discutió en un inicio cuando llegó.

Le gusta la moda de la ropa. Le gustaría ser abogada. Dice estar arrepentida de lo que hizo antes cuando estaba en su casa.

Historia Escolar: Asiste actualmente al 6º grado de primaria. Tiene buenas calificaciones. Le gusta estudiar. Dice que hay estudiantes que le tienen envidia por ser buena alumna.

Impresión Diagnóstica:

Eje I. Z63.8 Problemas paterno-filiales (Abandono por parte de padre biológico, disciplina inadecuada en la casa)

T74.2 Abuso sexual

Eje II Z03 2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas económicos Economía insuficiente

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 71 después 85

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 3**Nombre:** "Diana"**Edad:** 13 años**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 6 Grado Primaria**Ocupación:** Estudiante**Procedencia:** Costa Arriba de Colón, Provincia de Colón (actualmente vive en una Casa Hogar)**Estado civil:** Soltera**Ingreso:** Mayo 2005**Motivo de ingreso:** Abuso sexual/ Riesgo Social**Historia Personal:**

Sus padres están separados. Tiene 3 hermanos de su madre, y 4 de parte del padre. Vivía antes con su abuela, cuando ésta muere, se muda con su madre, hermanos y padrastro, por un año y siete meses, cuando ella tenía 11 años. Ella menciona que su padrastro la quería "manosear". Posteriormente se muda con un abuelo, donde también vive una prima de 28 años, y 7 primos, donde el más pequeño tenía 5 meses. Cuando vivía allí un vecino entra por la fuerza a la casa, y frente a otros niños ella dice que abusó sexualmente de ella (él estaba borracho, de aproximadamente unos 30 años). La transfieren a un lugar temporal en Colón, pues fue denunciado el caso, y se traslada después a la Casa Hogar en Panamá.

Historia Escolar: Actualmente no asiste a clases formales. Estudió hasta 6º grado en la Provincia de Colón. En las mañanas le dan, junto con un grupo, refuerzo escolar.

Impresión Diagnóstica:

Eje I T74.2 Abuso sexual (padrastro y vecino)
T74.0 Negligencia de la infancia

Eje II Z03.2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicociales y Ambientales

Problemas económicos Economía insuficiente

Problemas relacionados con la enseñanza No está en la escuela actualmente

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 58 después 72

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 4**Nombre:** "Elena"**Edad:** 12 años – 10 meses**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 7º Grado (1º de Secundaria)**Ocupación:** Estudiante**Procedencia:** Samaria, Corregimiento de Veranillo, Provincia de Panamá (actualmente vive en la Casa Hogar)**Estado civil:** Soltera**Ingreso:** Junio 2004**Motivo de ingreso:** Riesgo Social**Historia Personal:**

Su madre es ama de casa, tiene aproximadamente 37 años, y tiene un grado de retardo mental (estudió hasta 2º grado de primaria, y repitió 1º varias veces). Su padre no lo conoció nunca, y menciona que está muerto. Su madre ha tenido 5 hijos de padres diferentes. Es la cuarta hija de 5. La primera de 17 años vive con abuela; la segunda de 16 años, trabaja en una casa de familia. La tercera de 13 años, vive con una tía materna (otra, no es la misma tía con la cual vive la paciente). Y el hermano menor de un año, que vive con su mamá.

La paciente vivía con una tía abuela materna, que pocas veces le pegaba, "sólo por motivos sí". Su abuelo falleció hace 8 años, a la edad de 53 años.

Ella dice que un día una tía abuela (no con la que ella vivía), con la cual se insultaban mutuamente. La tía la acusó de robarle unas prendas de su cuarto, y la paciente dice que ella no fue, sino una prima. La tía le pegó por ello, y la denunciaron por maltrato.

Anteriormente estuvo en otro hogar temporal.

Menciona no tener novio, y que no ha tenido relaciones sexuales.

En las primeras sesiones, demostraba cualidades de líder mal canalizadas, al final del tratamiento logró escuchar más a sus compañeras.

Historia Escolar: Anteriormente aún cuando tenía buenas calificaciones, con promedio de 3.7 a 4.0, se fugaba de la escuela. Asiste actualmente al 7º grado. Tiene excelentes calificaciones. Dice estar preocupada porque desea continuar sus estudios, y "deseo ser alguien en la vida".

Impresión Diagnóstica:

- Eje I Z63.8 Problemas paterno-filiales (Abandono por parte de padre biológico, abandono de la madre, disciplina inadecuada)
T74.1 Abuso físico (por parte de una tía)
Z72.8 Comportamiento antisocial en la adolescencia
- Eje II Z03.2 Ninguna
- Eje III Ninguna
- Eje IV Problemas Psicociales y Ambientales

Problemas económicos Economía insuficiente

Problemas de vivienda Vive fuera de su hogar (no vivía con su madre, vivía con una tía), vecindad insaludable (vecinos usan drogas)

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 58 después 72

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 5**Nombre:** "Gadia"**Edad:** 15 años**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 5º Grado Primaria**Procedencia:** Mañanitas de Tocumen, 3ª, Etapa, Provincia de Panamá (actualmente vive en la Casa Hogar)**Ingreso:** Enero 2004**Motivo de ingreso:** Maltrato**Historia Personal:** Su madre está muerta Su padre vive, y vive con una mujer y tienen un niño Anteriormente vivía con una abuela Esta no podía cuidar de ella Luego muere el año pasado La paciente dice que su padre, física y verbalmente la maltrataba

Se muestra un poco lenta al hablar Dice no tener amigas en la Casa Hogar

Historia Escolar: Asiste actualmente al 5º grado de primaria Tiene calificaciones regulares**Problemas Psicociales y Ambientales** Fallecimiento de su madre anteriormente, y recientemente una abuela, exposición indirecta a desastre (inundación donde muere abuela), cambio de hogar, economía insuficiente, disciplina inadecuada, problemas académicos**Impresión Diagnóstica:**

Eje I Z63 8 Problemas paterno-filiales (Abandono por parte de padre, no mantiene comunicación, disciplina inadecuada)

T74 1 Abuso físico (por parte de padre)

Z63 4 Duelo (abuela)

Eje II Z03 2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicociales y Ambientales

Problemas económicos Economía insuficiente

Problemas de vivienda Vive fuera de su hogar (no vivía con su madre, vivía con una abuela, la cual murió después de ella entrar a vivir en la Casa-Hogar)

Otros problemas psicosociales exposición indirecta a desastre (inundación donde muere abuela)

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 60, después 71

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 6**Nombre:** "Jenny"**Edad:** 13 años**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 6º Grado Primaria**Procedencia:** Nuevo Gonzalillo, Corregimiento de Alcalde Díaz, Provincia de Panamá (actualmente vive en la Casa Hogar)**Ingreso:** Diciembre 2004**Motivo de ingreso:** Maltrato

Historia Personal: Ambos padres viven Su madre vive en Panamá y su padre en El Salvador. La paciente nació y vivió en El Salvador, hasta hace aproximadamente un año. Un día su madre le dijo que iban a ir de paseo unos días a Panamá, pero en realidad era para quedarse permanentemente en Panamá, cuando llegaron le dijo la verdad. Dice querer a su familia en El Salvador, y la llaman por teléfono habitualmente. Ingresó por maltrato.

Historia Escolar: Asiste actualmente al 6º grado de primaria. Tiene buenas calificaciones. Habla mucho en clase.

Impresión Diagnóstica:

Eje I Z63.8 Problemas paterno-filiales (Padre se encuentra en otro país viviendo, disciplina inadecuada, cambio de hogar sin avisarle)

T74.10 Abuso físico

Eje II Z03.2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas económicos Economía insuficiente

Problemas relativos al ambiente social Dificultad de adaptación a otra cultura presunto uso de drogas de amistades, conflicto con compañeros

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 70, después 80

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 7**Nombre:** "Kenima"**Edad:** 14 años**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 5º Grado Primaria**Procedencia:** Chorrera, Provincia de Panamá (actualmente vive en la Casa Hogar)**Ingreso:** Abril 2004**Motivo de ingreso:** Riesgo Social

Historia Personal: Ambos padres viven, y están casados. Son 7 hermanos en total. La mayor de 18 años, la segunda de 16 años. La paciente es la tercera con 14 años. Luego siguen 4 hermanos menores, donde el más pequeño tiene uno o dos años. Todos son hijos de los mismos padres.

Están en una religión donde no se pueden cuidar para no tener más hijos.

Todos asisten a la escuela. La mayor terminó la secundaria.

La paciente se fugaba de la casa, y los papas la regañaban. Ella les faltaba al respeto, gritándoles. En entrevistas posteriores, menciona que un vecino del área, abusó sexualmente de ella, y de sus hermanas mayores. Cuando lo ve, se paraliza. No lo dijo en su casa. En la entrevista dijo que ella escuchaba una voz que le decía que fuera hacia donde la persona que presuntamente abusó de ella sexualmente. Actualmente menciona ya no escuchar la voz.

Historia Escolar: Asiste actualmente al 5º grado de primaria. Tiene calificaciones regulares actualmente. Repitió un año escolar. Ha sido cambiada de escuela varias veces, aún cuando ella no quería. La molestaban en la escuela anterior los compañeros. Tuvieron discusión con el Director de la escuela anterior. En las últimas sesiones menciona que tiene más deseos de estudiar.

Impresión Diagnóstica:

Eje I *(Presentó anteriormente antes de el tratamiento y el cambio al orfanato, síntomas como escuchar voces)

Z63.8 Problemas paterno-filiales (disciplina inadecuada)

T74.1 Abuso físico (por parte de padre)

T74.2 Presunto abuso sexual (por parte de un vecino del barrio).

Eje II Z03.2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas económicos Pobreza extrema

Problemas relativos a la enseñanza Problemas con el Director de la escuela anterior y dejó la escuela, actualmente asiste a otra escuela Problemas académicos (calificaciones regulares)

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 40, después 71

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 8**Nombre:** "Sandy"**Edad:** 11 años – 7 meses**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 5° Grado Primaria**Procedencia:** Ha vivido en varios orfanatos de la Provincia de Panamá, desde que tenía meses de edad (actualmente vive en la Casa Hogar)**Ingreso:** Abril 2005**Motivo de ingreso:** Abandono**Historia Personal:** Es la tercera hija de tres hermanos. Tiene un hermano de 15 años, y otro de 14 años. Ha vivido en diversos orfanatos desde que tenía meses de edad. Fue abandonada junto a sus hermanos. No los conoce mucho pues estaban separados. Su madre la visitó una vez en el año 2003.
Le gusta bailar, cantar y el béisbol.**Historia Escolar:** Ha asistido a escuelas públicas y tiene buenas calificaciones. Actualmente asiste a la escuela en 5° grado.**Impresión Diagnóstica:**

Eje I T74 1 Negligencia de la infancia

Eje II Z03 2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas económicos. Pobreza extrema

Problemas de vivienda. Falta de su hogar (no ve a sus hermanos biológicos)

Problemas relativos al ambiente social. conflicto con compañeros

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 70, después 75

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

CASO No 9**Nombre:** "Verenice"**Edad:** 11 años**Sexo:** Femenino**Escolaridad:** 6º Grado Primaria**Procedencia:** Palo Blanco, Corregimiento de Chepo, Provincia de Panamá (actualmente vive en la Casa Hogar)**Ingreso:** Junio 2004**Motivo de ingreso:** Maltrato/Abuso Sexual**Historia Personal:** Ambos padres viven, son indígenas. Tiene un hermano más chico que ella. Un hombre abusó de ella, y está en trámites el caso. Ella ha tenido que declarar en contra de este. Su madre está enferma. Sus padres la llaman frecuentemente por teléfono, les es difícil ir a visitarla. Ha recibido ayuda psicológica individual antes del tratamiento.**Historia Escolar:** Asiste actualmente al 6º grado de primaria. Tiene calificaciones excelentes.**Problemas Psicosociales y Ambientales:** Economía insuficiente, problemas de salud en la familia (madre enferma), presunto abuso sexual, juicio como víctima de abuso sexual.**Impresión Diagnóstica:**Eje I Z63.8 Problemas paterno-filiales (sobreprotección)
T74.2 Presunto abuso sexual (por parte de un familiar)

Eje II Z03.2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas económicos Economía insuficiente

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen Asistencia a juicios debido a el caso de violación sexual

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 51, después 82

Puntajes de Pruebas: Ver Capítulo III

CASO No 10 * Este caso no se pudo completar, pues se salió del Centro (fuga), antes de aplicarle la última prueba

Nombre: "Carolina"

Edad: 10 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: 1er Grado Primaria (no estaba en la escuela actualmente)

Procedencia: Presuntamente nació en Costa Rica, y fue vendida de pequeña a una Señora. Actualmente vive en la Provincia de Panamá (vivía en la Casa Hogar)

Ingreso: Abril 2005

Motivo de ingreso: Maltrato/Riesgo Social

Historia Personal: Fue regalada a una señora panameña, la cual tiene dos hijos. La paciente menciona que los quiere como hermanos. La señora la tenía en la escuela y después la sacó. La puso a trabajar afuera de un supermercado vendiendo confites, luego de sacarla de la escuela. La maestra de la escuela donde estaba, denunció a la señora. Algunas veces discute con compañeras.

Historia Escolar: Estuvo cuando vivía fuera de la Casa Hogar, en la escuela, en primer grado. Tiene deseos de asistir a la escuela. Actualmente no asiste a la escuela. Tiene poco tiempo en la Casa Hogar.

Impresión Diagnóstica:

Eje I T74.1 Abuso físico (por parte de mujer que la compró)
T74.0 Negligencia de la infancia

Eje II Z03.2 Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas económicos Pobreza extrema

Problemas de vivienda Falta de hogar

Problemas relativos a la enseñanza No asiste antes de llegar al orfanato, ni actualmente a la escuela

Eje V Escala de Evaluación de la actividad global antes 65, después 75

Puntajes de Pruebas Ver Capítulo III

Cuadro III PRESENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO

SUJETO No	EDAD	GRADO	ESTA EN		AL CUIDADO DE			
			ESCUELA	MADRE	PADRE	PADRE	MADRE	OTRO
1	12	5o	SI	SI	SI			SI
2	11	6o	SI	SI	SI		SI	SI
3	13	6o	no	SI	SI			SI
4	12	7o	SI	SI	?			SI
5	15	5o	SI	no	SI			Nadie
6	13	6o	SI	SI	SI		SI	
7	14	5o	SI	SI	SI	SI	SI	
8	11	5o	SI	?	SI			Nadie
9	11	6o	SI	SI	SI	SI	SI	

Por medio de las entrevistas e informes de la institución, se obtuvieron ciertas características del grupo, como

- El promedio de edad del grupo es de 12 años.
- La mitad está en 6º Grado y la otra en 5º Sólo una está en 7º
- Una de las nueve no está en la escuela
- Seis de las nueve tienen ambos padres vivos.
- Dos están al cuidado de ambos padres, dos al cuidado de la madre, tres al cuidado de otra persona, y dos no están al cuidado de nadie

Cuadro IV. PRESENTACIÓN DE MOTIVO DE INGRESO A LA CASA HOGAR DEL GRUPO

SUJETO No.	EDAD	MOTIVO DE INGRESO			
		ABUSO	MALTRATO	ABANDONO	RIESGO SOCIAL
1	12				1
2	11	1			1
3	13	1			1
4	12				1
5	15		1		
6	13		1		
7	14				1
8	11			1	
9	11	1	1		
Total		3	3	1	5

Dentro de la institución se registran motivos de ingreso, de los cuales la mayoría del grupo ingresó por riesgo social. Hubo una que en la segunda entrevista habló sobre un posible abuso sexual y no ingresó por ese motivo.

Cuadro V RESUMEN DE SÍNTOMAS DE MALTRATO DEL GRUPO

SUJETO No.1	SÍNTOMAS SOCIALES	Rebelión familiar
	SEXUALES	Comportamiento provocador
	CONDUCTUALES	Mala relación con los pares Cond. desadaptativa (agresividad)
SUJETO No.2	SÍNTOMAS SOCIALES	Problemas escolares Rebelión familiar
	SEXUALES	
	CONDUCTUALES	Conducta desadaptativa (fuga)
SUJETO No.3	SÍNTOMAS SOCIALES	Mala relación con los pares Rebelión familiar
	SEXUALES	Comportamiento provocador
	CONDUCTUALES	Excesivamente quejumbrosa
SUJETO No.4	SÍNTOMAS SOCIALES	Rebelión familiar
	SEXUALES	
	CONDUCTUALES	Conducta desadaptativa (agresividad)
SUJETO No.5	SÍNTOMAS SOCIALES	Mala relación con los pares Rebelión familiar
	SEXUALES	
	CONDUCTUALES	Aislamiento
SUJETO No.6	SÍNTOMAS SOCIALES	Pasividad Rebelión familiar
	SEXUALES	Comportamiento provocador
	CONDUCTUALES	Conducta desadaptativa (agresividad)
SUJETO No.7	SÍNTOMAS SOCIALES	Rebelión familiar
	SEXUALES	
	CONDUCTUALES	Conducta desadaptativa (fuga) Aislamiento Pasividad Episodios micropsicóticos
SUJETO No.8	SÍNTOMAS SOCIALES	Problemas escolares Rebelión familiar
	SEXUALES	Comportamiento provocador
	CONDUCTUALES	Conducta desadaptativa (agresividad)
SUJETO No.9	SÍNTOMAS SOCIALES	Rebelión familiar
	SEXUALES	
	CONDUCTUALES	Aislamiento y depresión Pasividad

4.2 Resumen del Programa de Tratamiento

Se presenta el cronograma del Programa, donde se desglosan las actividades del mismo a continuación

PROGRAMA

- **MARTES** Análisis de casos con el Director Entrevista a una (1) adolescente del grupo en horas de la mañana (10 00 am – 12 15 am)
- **JUEVES** Entrevista a dos (2) adolescentes del grupo en horas de la mañana (10 00 am a 12 30 am)
- **JUEVES** Entrevista a dos (2) adolescentes (9 00 am a 1 00 pm)
- **JUEVES** Entrevista a dos (2) adolescentes (10 00 am-12 30 am)
- **JUEVES** Entrevistas (2) “ “
- **SABADO** Entrevistas (2) “ “
- **MARTES** Entrevistas (2) “ “
- **JUEVES** Entrevistas (2) “ “
- **SÁBADO PRIMERA SESIÓN** Inicio del Programa (10 30 am -12 30am)
- **APLICACIÓN DE PRUEBAS.**
- **SÁBADO APLICACIÓN DE PRUEBAS - SEGUNDA SESIÓN** (10 30 am – 12 30 am) Entrevista (1)
- **SÁBADO TERCERA SESIÓN**- Introducción a la Adolescencia, Relajación
- **SÁBADO CUARTA SESIÓN** –Introducción a la Resiliencia

- SÁBADO (NO - Curso)
- SÁBADO, **QUINTA SESIÓN** 8.30 am - 10.15 am Introducción a la teoría de la Reestructuración cognitiva ABC
- SÁBADO (Curso) 8 30-10 15am **SEXTA SESIÓN** Creencias irracionales
- SÁBADO **SEPTIMA SESIÓN** (8 30 am – 10 15 am) Debate de Creencias Irracionales Pensamientos automáticos Valores Respeto y Justicia
- SÁBADO **OCTAVA SESIÓN** (8 30 am – 10 15 am) Distorsiones Cognitivas
- SÁBADO **NOVENA SESIÓN** (10 00am – 12 00pm) Salida a Fera del Libro con el grupo, y otras
- SÁBADO **DÉCIMA SESIÓN – ENTREVISTAS** (8 30-10 15 am)
 APLICACIÓN DE PRUEBAS (Autoconcepto y Locus de Control) 10 00 – 12 00 pm Valor de la Responsabilidad Aeróbicos 12 00 pm
- SÁBADO (Curso) **ONCEAVA SESIÓN** (8 30 am – 10 15 am) Aplicación de Prueba de Ansiedad Autoestima Cuidado Físico y emocional del adolescente (uso de Rotafolio)
- SÁBADO **DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN** (8 30 am – 10 15 am) Repaso de Emociones Resolución de Problemas Problemas en la Adolescencia (embarazos precoces, sida, adicciones)
- SÁBADO **DÉCIMA TERCERA SESIÓN** (8 30 am – 10 15 am) Repaso de Pilares de la Resiliencia Resiliencia YO TENGO, SOY, PUEDO Asertividad Aplicación en casos de Adolescentes Valor Tolerancia

- **SÁBADO DÉCIMA CUARTA SESIÓN.** (8 30 am – 10 15 am)
Habilidades Sociales La comunicación
- **SÁBADO DÉCIMA QUINTA SESIÓN** Conclusiones, unión de todo
- **SÁBADO DÉCIMA SEXTA SESIÓN** Semana del 15 al 20 (Entrevistas)
Aplicación de PRUEBAS al grupo
- **SÁBADO DÉCIMA SÉPTIMA SESIÓN** Aplicación de Prueba de Locus de Control Entrega de certificados y presentación de temas por participantes del grupo Celebración al final con bocadillos

TEMA La Resiliencia y Autoestima en la Adolescencia

- Factores externos que fortalecen la Resiliencia
 - LA FAMILIA
 - ADULTO SIGNIFICATIVO
 - INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL
 - Valor Amistad
- Factores internos que fortalecen la Resiliencia
 - SEGURIDAD Y CONFIANZA EN SI MISMO
 - AUTOESTIMA ELEVADA
 - HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
 - SENTIDO DEL HUMOR
 - AUTONOMÍA
 - CREATIVIDAD

- TOLERANCIA A LAS FRUSTRACIONES

- LA FÉ

- Valor RESPONSABILIDAD

- Valor Amistad

- **SÁBADO 4 DE SEPTIEMBRE DÉCIMA OCTAVA SESIÓN** (9 30 am a 3 00 pm) Salida al "Cause Way" a montar bicicleta, comer al "Mc Donald's", postre en "Dunkin Donuts" y paseo a "Multiplaza Pacific", con el grupo del Programa

4.3 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presentan por medio de unos cuadros los resultados con los puntajes brutos, y otras con los análisis estadísticos de las mismas, de acuerdo a las pruebas de Locus de Control y la Prueba de Autoconcepto, aplicadas al inicio del tratamiento, durante y al final del mismo. También se presentan gráficas a manera de ilustración.

Se procedió a analizar e interpretar los resultados obtenidos luego de entrevistar a las pacientes, y aplicarles las pruebas de Locus de Control y la de Autoconcepto (AFA), las cuales se aplicaron antes de el tratamiento, a mediados y al final del mismo. Se utilizaron los Programas XLStat, así como SPSS 7.5 para determinar los resultados estadísticos.

Al final se presenta un cuadro donde se muestran los resultados de evaluación subjetiva cuestionadas a las participantes del Programa, al final del tratamiento.

Los resultados representan la prueba de hipótesis de investigación planteada al inicio de la investigación.

Cuadro VI PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS ANTES, A LA MITAD Y AL TERMINAR EL TRATAMIENTO CON LA PRUEBA DE LOCUS DE CONTROL

No Sujeto	Puntaje 1a Prueba	Control 1a Prueba	Puntaje 2a Prueba	Control 2a Prueba	Puntaje 3a Prueba	Control 3a Prueba
1	20	2	25	1	25	1
2	23	1	24	1	24	1
3	18	2	25	1	26	1
4	23	1	21	1	26	1
5	21	1	22	1	22	1
6	20	2	19	2	23	1
7	16	2	29	1	22	1
8	20	2	23	1	23	1
9	21	1	25	1	24	1

Control (resiliencia)

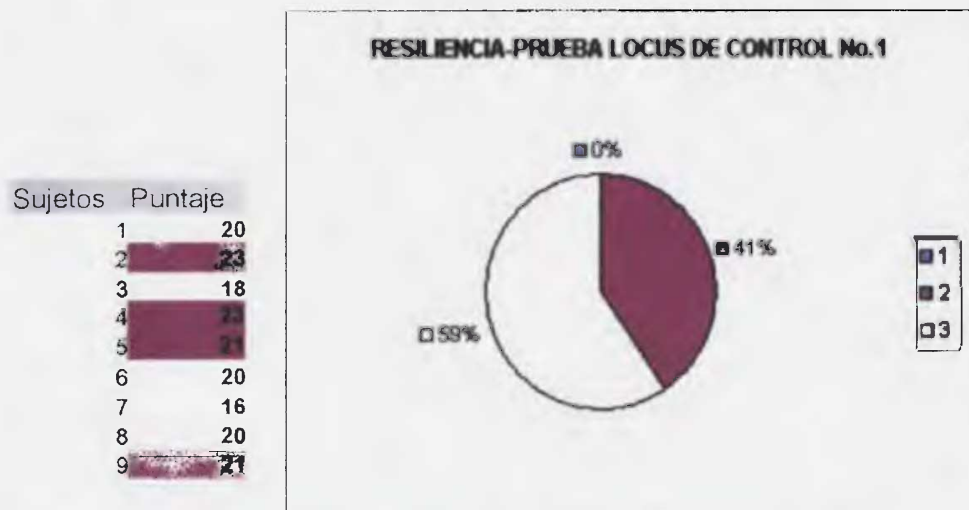
1= Control interno-Resiliente (Puntaje 21-36)

2= Algún control sobre los eventos (Puntaje 13-20)

3= No tiene control sobre los eventos (Puntaje 0-12)

- La duración total de las 18 sesiones especificadas, sin tomar en cuenta las entrevistas fue de cuatro meses
- La primera prueba se aplicó antes de empezar el Tratamiento, en la 1ª sesión
- La segunda prueba se aplicó dos meses y una semana después de empezar el tratamiento, durante el Tratamiento en la 10ª sesión
- La tercera prueba se aplicó al final del tratamiento en la última sesión

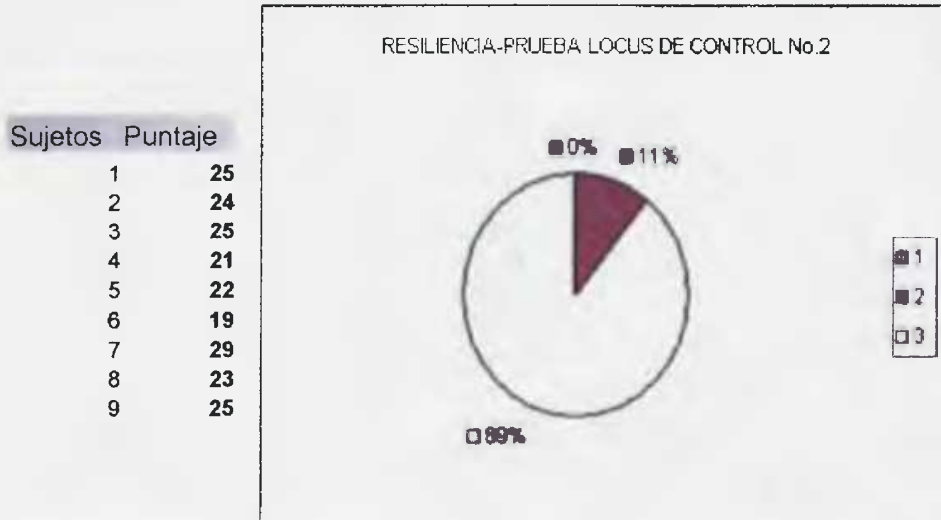
Figura 7. Porcentajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al inicio del tratamiento



GRADO DE CONTROL	Cantidad	Puntaje	%
	Sujetos	Total	Porcentaje
0 - 12 No tiene control	0	0	0
13 - 20 Piensa que tiene algún grado de control	4	74	41
21 - 36 Control interno-resiliente	5	108	59

- Hay un mayor porcentaje con control interno en el grupo en el inicio del tratamiento (59%).
- No existen según la prueba sujetos sin control en el grupo (0%).

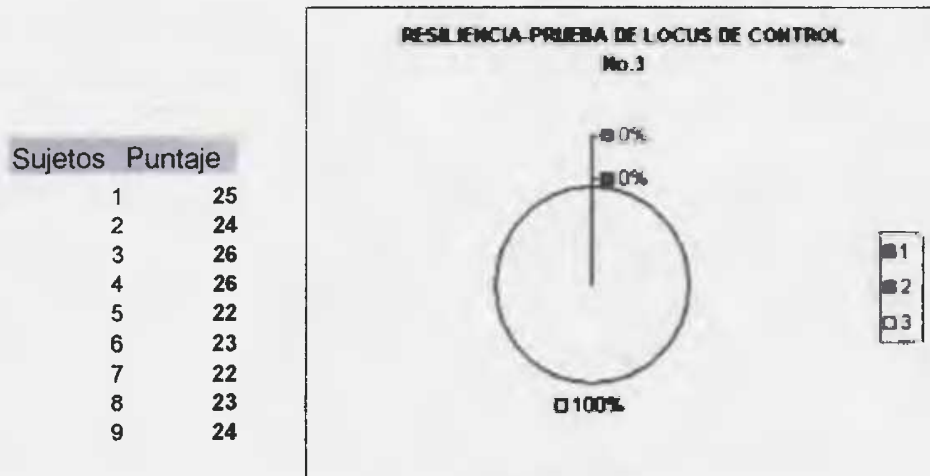
Figura 8. Porcentajes en la Prueba de Locus de Control aplicada durante (prueba No.2) el tratamiento



GRADO DE CONTROL	Cantidad Sujetos	Puntaje Total	% Porcentaje
0 - 12 No tiene control	0	0	0
13 - 20 Piensa que tiene algún grado de control	1	19	11
21 - 36 Control interno-resiliente	8	194	89

- Hay un mayor porcentaje con control interno en el grupo (89%).
- No existen según la prueba sujetos sin control en el grupo (0%).
- Aumentó la cantidad de sujetos con resiliencia comparado con la primera prueba. En un inicio había un 59%, y ahora 89%.

Figura 9. Porcentajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al final (prueba No.3) del tratamiento



GRADO DE CONTROL	Cantidad Sujetos	Puntaje Total	% Porcentaje
0 - 12 No tiene control	0	0	0
13 - 20 Piensa que tiene algún grado de control	0	0	0
21 - 36 Control interno-resiliente	9	215	100

- Todo el grupo con control interno en el grupo (100%).
- No existen según la prueba sujetos sin control en el grupo (0%).
- Aumentó la cantidad de sujetos con resiliencia comparado con la primera y la segunda prueba. En un inicio había un 59%, en la segunda un 89% y al final un 100%.

Figura 10. Gráfica de Puntajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al inicio (medición No 1) del tratamiento

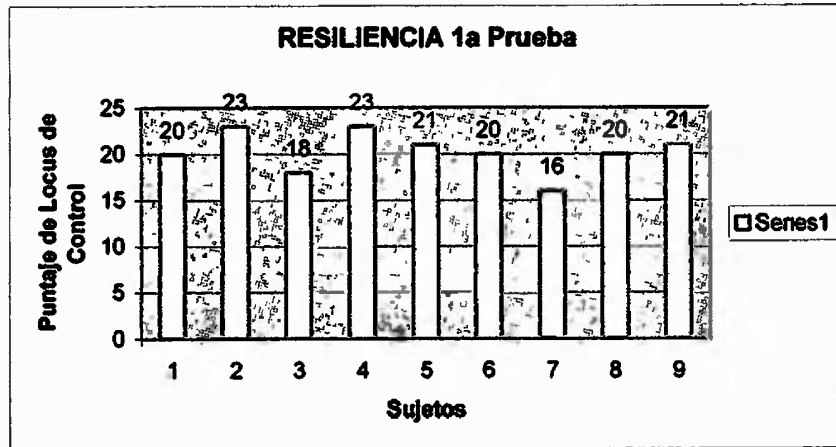


Figura 11 Gráfica de Puntajes en la Prueba de Locus de Control aplicada durante (medición No 2) el tratamiento

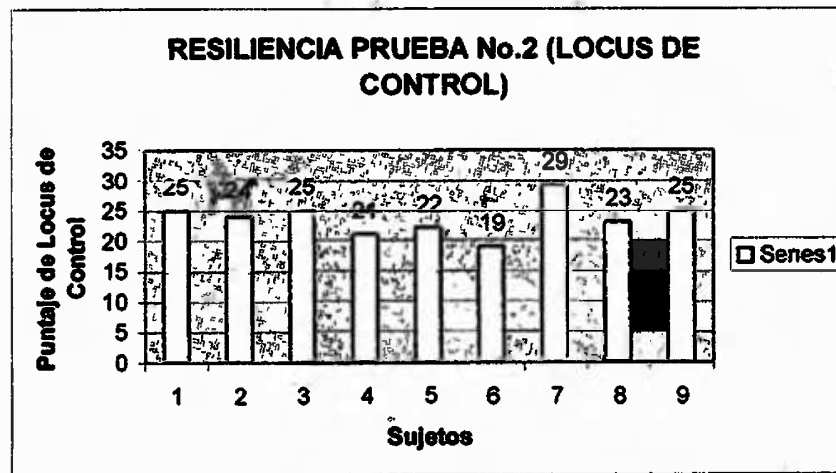


Figura 12 Gráfica de Puntajes en la Prueba de Locus de Control aplicada al final (prueba No 3) del tratamiento

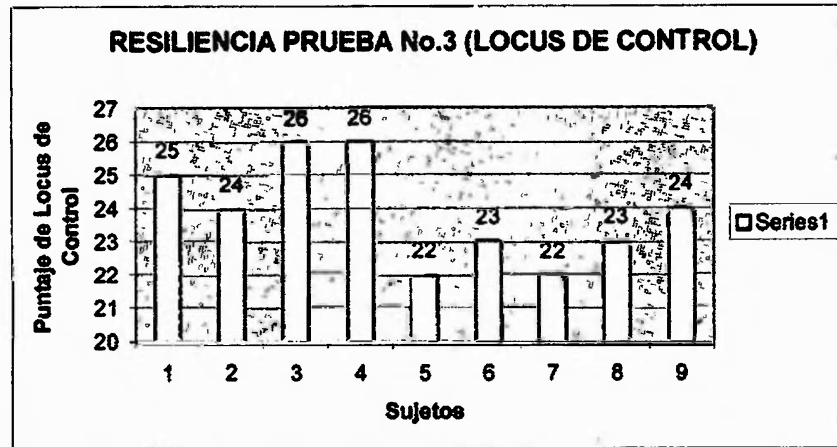
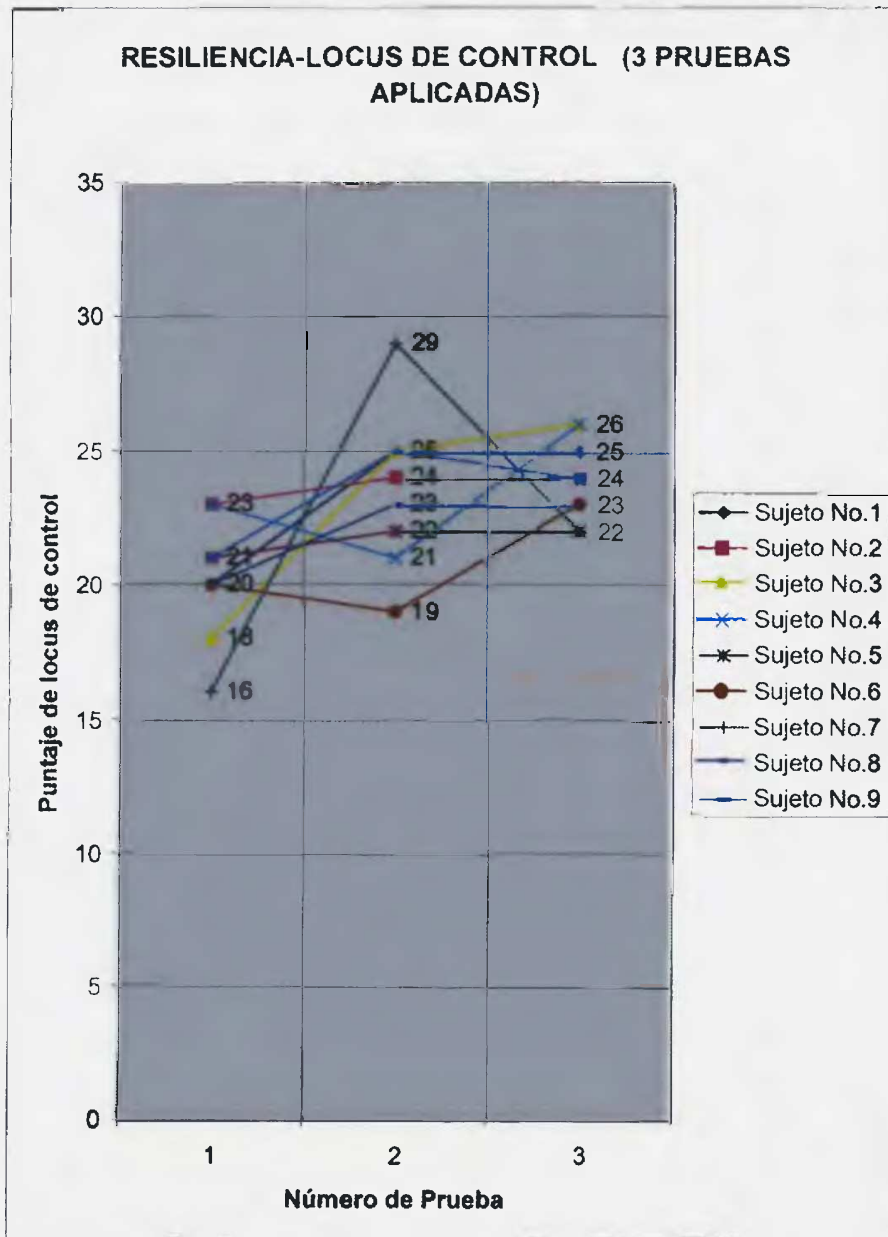


Figura 13. Gráfica de Puntajes en las Prueba de Locus de Control aplicadas antes, durante y después (mediciones No.1, 2 y 3) del tratamiento



Se observa como la mayoría aumenta.

Cuadro VII PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS EMPAREJADAS
LOCUS DE CONTROL 1 Y 2

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ	Error típ de la media
Par	LOCUS1	20 2222	9	2 2236	7412
1	LOCUS2	23 6667	9	2 8723	9574

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)
		Media	Desviación típ	Error típ de la media	Intervalo de confianza para la diferencia inferior Superior			
Par	LOCUS1							
1	LOCUS2	-3 4444	4 5856	1 5285	-6 9693 036E-02	-2 253	8	054

$\alpha = 0.05$ Resultados $0.054 < 0.05$

Si hay diferencias estadísticas entre los promedios de locus de control 1 y 2

Cuadro VIII PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS EMPAREJADAS
LOCUS DE CONTROL 1 Y 3

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tip	Error tip de la media
Par	LOCUS1	20 2222	9	2 2236	7412
1	LOCUS3	23 8889	9	1.5366	5122

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación tip	Error tip de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par	LOCUS1	-3 6667	2 2913	7638	-5 4279	-1 9054	-4 801	8	001
1	LOCUS3								

$\alpha = 0.05$

Resultados. $0.001 < 0.05$

Sí hay diferencias estadísticas entre los promedios de locus de control 2 y 3

Cuadro IX PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS EMPAREJADAS
LOCUS DE CONTROL 2 Y 3

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tp	Error tp de la media
Par	LOCUS2	23 6667	9	2 8723	9574
1	LOCUS3	23 8889	9	1 5366	.5122

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación tp	Error tp de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par	LOCUS2	- 2222	3 3830	1 1277	-2 8226	2 3782	- 197	8	849
1	LOCUS3								

$\alpha = 0.05$

Resultados $0.849 > 0.05$

No hay diferencias estadísticas entre los promedios de locus de control 2 y 3

Cuadro X. PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS AL INICIO DEL TRATAMIENTO (1ª. MEDICIÓN) CON LA PRUEBA DE AUTOCONCEPTO AFA

No. Sujeto	AUTOCONCEPTO				Total	EDAD (Años)	GRADO Escolar
	Académico	Social	Emocional	Familiar			
1AD	33	13	11	12	69	13	5
2A	29	13	13	14	69	12	6
3D	22	12	13	16	63	13	6
4E	24	11	17	17	68	12	7
5G	17	9	19	15	60	16	7
6J	29	14	18	11	72	13	6
7K	27	11	16	13	67	14	5
8S	28	12	17	16	73	11	5
9V	26	12	18	18	74	11	6
10C*	24	11	21	10	66	10	1

* No está incluida en los análisis, debido a mortandad experimental (fuga).

- La primera prueba se aplicó antes de empezar el Tratamiento, en la 1ª sesión.
- La segunda prueba se aplicó dos meses y una semana después de empezar el tratamiento, durante el Tratamiento en la 10ª sesión.
- La tercera prueba se aplicó al final del tratamiento en la penúltima sesión.

Cuadro XI PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS A LA MITAD DEL TRATAMIENTO (2ª MEDICIÓN) CON LA PRUEBA DE AUTOCONCEPTO AFA

No Sujeto	AUTOCONCEPTO				Total (Años)	EDAD	GRADO Escolar
	Académico	Social	Emocional	Familiar			
1AD	27	15	20	14	76	13	5
2A	33	14	21	18	86	12	6
3D	25	13	14	13	65	13	6
4E	23	14	16	18	71	12	7
5G	23	12	13	9	57	16	7
6J	29	13	18	10	70	13	6
7K	27	12	15	15	69	14	5
8S	29	12	22	17	80	11	5
9V	23	10	14	16	63	11	6
	29	13	17	18	77	10	1

* No está incluida en los análisis, debido a mortandad experimental (fuga)

- La primera prueba se aplicó antes de empezar el Tratamiento, en la 1ª sesión
- La segunda prueba se aplicó dos meses y una semana después de empezar el tratamiento, durante el Tratamiento en la 10ª sesión
- La tercera prueba se aplicó al final del tratamiento en la penúltima sesión

Cuadro XII. PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS AL FINAL DEL TRATAMIENTO (3ª MEDICIÓN) CON LA PRUEBA DE AUTOCONCEPTO AFA

No Sujeto	AUTOCONCEPTO				EDAD GRADO	
	Académico	Social	Emocional	Familiar	Total (Años)	Escolar
1AD	29	13	21	16	79	13 5
2A	31	12	23	17	83	12 6
3D	26	13	13	14	66	13 6
4E	27	11	18	13	69	12 7
5G	21	9	12	8	50	16 7
6J	25	14	14	16	69	13 6
7K	29	11	17	14	71	14 5
8S	29	12	21	15	77	11 5
9V	28	9	13	13	63	11 6
10C*	31	13	13	16	73	10 1

* No se incluye debido a mortandad experimental

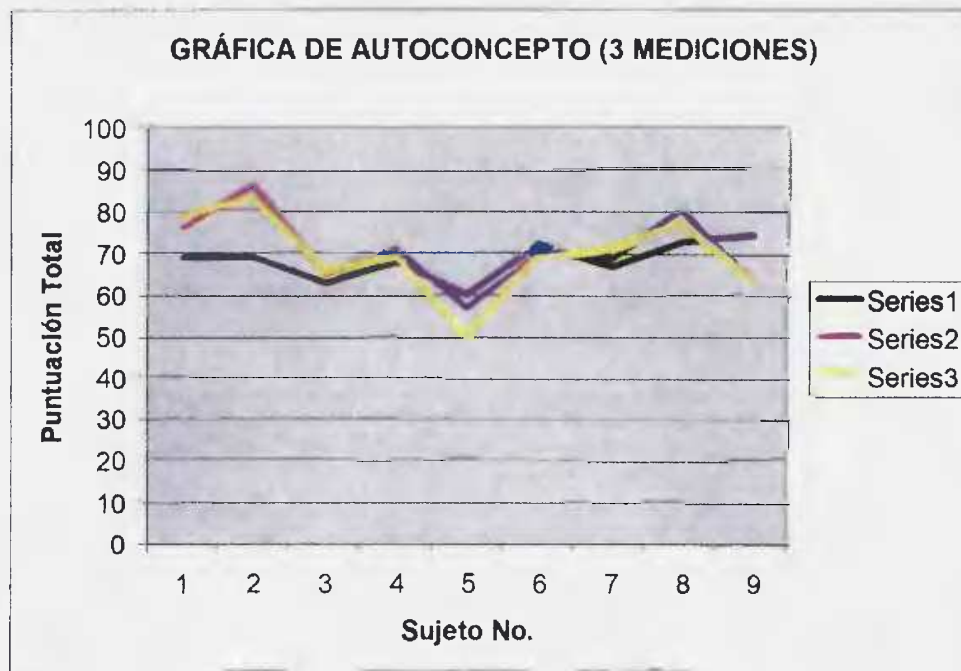
- La primera prueba se aplicó antes de empezar el Tratamiento, en la 1ª sesión
- La segunda prueba se aplicó dos meses y una semana después de empezar el tratamiento, durante el Tratamiento en la 10ª sesión
- La tercera prueba se aplicó al final del tratamiento en la penúltima sesión.

Cuadro XIII. RESUMEN DE PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS EN LA PRUEBA DE AUTOCONCEPTO AFA, AL INICIO, DURANTE Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO

No. Sujeto	1a	2 ^a	3a	EDAD	
	Total	Total	Total	Total (Años)	
1	69	76	79	13	
2	69	86	83	12	
3	63	65	66	13	
4	68	71	69	12	
5	60	57	50	16	
6	72	70	69	13	
7	67	69	71	14	
8	73	80	77	11	
9	74	63	63	11	
(C*)	66	77	73	10	

- No se incluye debido a mortandad experimental.

Gráfica No. 14 Aplicación de las tres mediciones de la Prueba de Autoconcepto

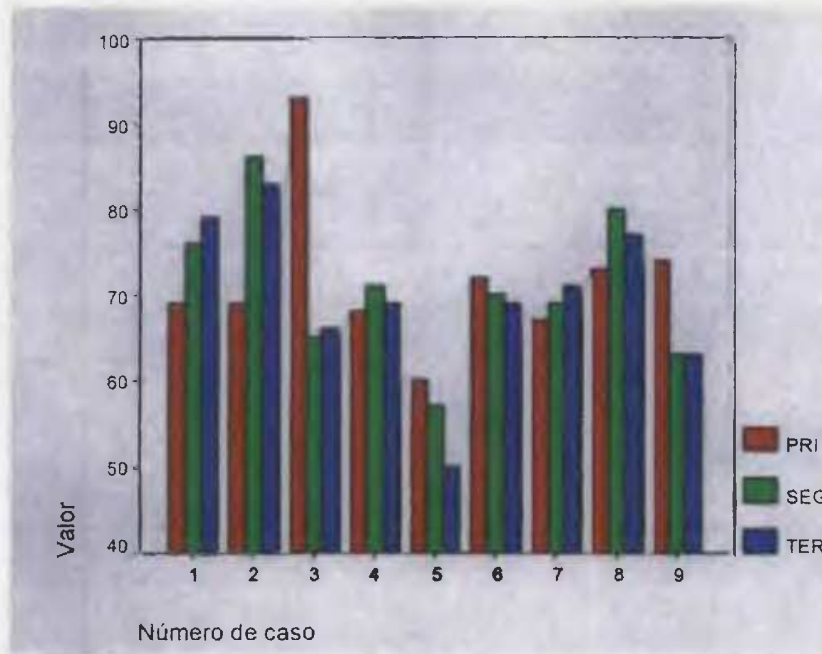


Serie 1: 1ª. medición

Serie2: 2ª. medición

Serie 3: 3ª. medición

Gráfica No.15 Presentación gráfica de los resultados de las tres mediciones de la Prueba de Autoconcepto del grupo



Se observa cómo en las número 1, 2 4, 7 y 8 en sus resultados sube su autoconcepto, y en las número 3, 5, 6 y 9 tiende a bajar.

**Cuadro XIV PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS AUTOCONCEPTO 1 Y 2**

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tip	Error tip de la media
Par	AUTOCON1	68 3333	9	4 5826	1 5275
1	AUTOCON2	70 7778	9	8 8851	2 9617

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación tip	Error tip de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par	AUTOCON1 - AUTOCON2	-2 4444	7 7800	2 5933	-8 4247	3 5358	- 943	8	373

$\alpha = 0.05$ Resultados: $0.373 > 0.05$

No hay diferencias estadísticas entre los promedios de autoconcepto 1 y 2

DATOS

Sujeto	AUTOCONCEPTO	
	MEDICIÓN MEDICIÓN	
	1a	2a
Total	Total	Total
1	69	76
2	69	86
3	63	65
4	68	71
5	60	57
6	72	70
7	67	69
8	73	80
9	74	63

Cuadro XV. PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS AUTOCONCEPTO 1 Y 3

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tip	Error tip de la media
Par	AUTOCON1	68 3333	9	4 5826	1 5275
1	AUTOCON3	69 6667	9	9 7852	3 2617

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación tip	Error tip de la media	Intervalo confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par	AUTOCON1 - AUTOCON3	-1 3333	8 3066	2 7689	-7 7184	5 0517	- 482	8	643

$\alpha = 0.05$ Resultados: $0.643 > 0.05$

No hay diferencias estadísticas entre los promedios de autoconcepto 1 y 3.

DATOS

Sujeto	AUTOCONCEPTO	
	MEDICIÓN	
	1a	3a
	Total	Total
1	69	79
2	69	83
3	63	66
4	68	69
5	60	50
6	72	69
7	67	71
8	73	77
9	74	63

Cuadro XVI PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS AUTOCONCEPTO 2 Y 3

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ	Error típ de la media
Par	AUTOCON2	70 7778	9	8 8851	2 9617
1	AUTOCON3	69 6667	9	9 7852	3 2617

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig (bilateral)
	Media	Desviación típ	Error típ de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 - AUTOCON2 AUTOCON3	1 1111	3 0586	1 0199	-1 2407	3 4629	1 089	8	308

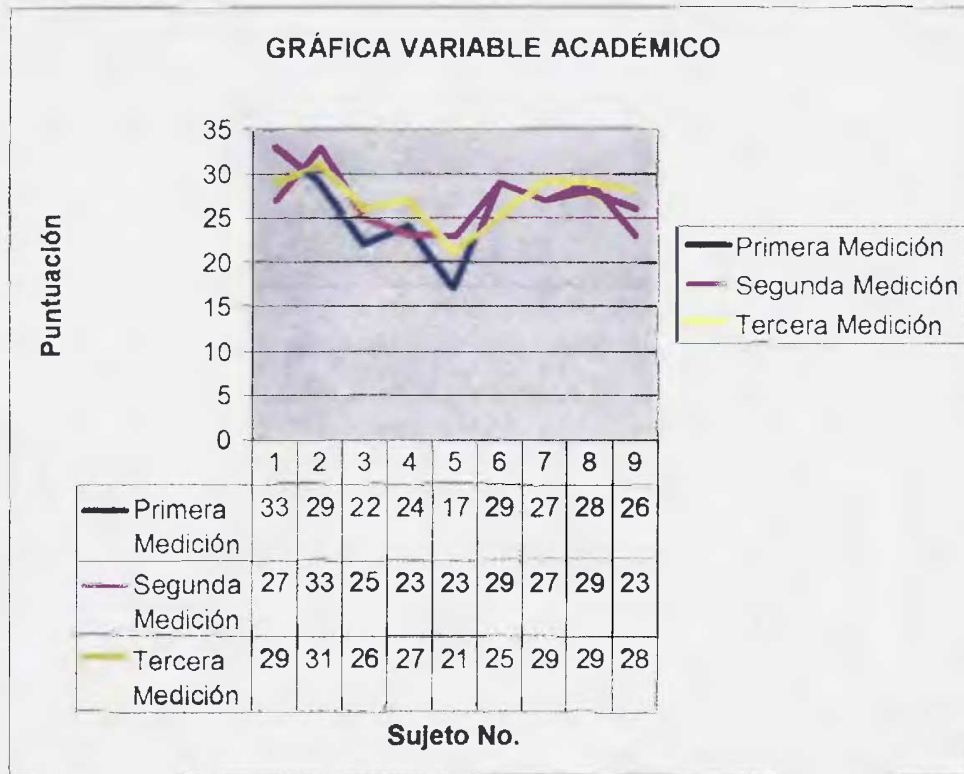
$\alpha = 0.05$ Resultados $0.308 > 0.05$

No hay diferencias estadísticas entre los promedios de autoconcepto 2 y 3.

DATOS

Sujeto	AUTOCONCEPTO	
	MEDICIÓN 2a	MEDICIÓN 3ª
	Total	Total
1	76	79
2	86	83
3	65	66
4	71	69
5	57	50
6	70	69
7	69	71
8	80	77
9	63	63

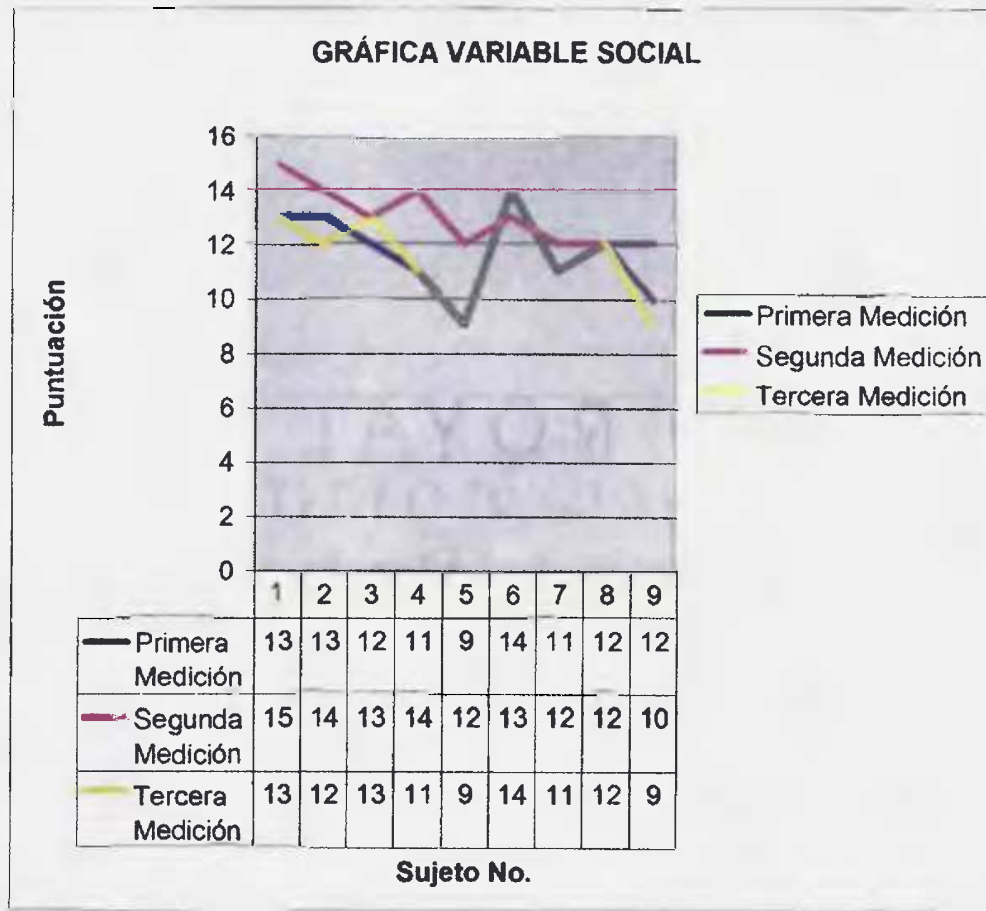
Figura No.16 Gráfica de la Variable Académico de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones



En la variable Académico de la Prueba de Autoconcepto AFA, se observa una tendencia al aumento. Es la única variable de las cuatro de la Prueba en la cual se observa lo anterior.

No hubo resultados significativos entre las tres mediciones de la variable académico de la Prueba Autoconcepto.

Figura No.17 Gráfica de la Variable Social de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones



En la variable Social de la Prueba de Autoconcepto AFA, se observa una tendencia a aumentar, y en los resultados estadísticos hubo una diferencia significativa entre la 2ª. y la 3ª. medición.

Cuadro XVII PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS VARIABLE SOCIAL DE LA PRUEBA
AUTOCONCEPTO 1 Y 2

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ	Error típ de la media
Par	SOC2	12.7778	9	1.4814	.4938
1	SOCIAL	11.8889	9	1.4530	.4843

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación típ	Error típ de la media	Intervalo confianza para diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	SOC2- SOCIAL	8889	1.6915	.5638	-4.113	2.1891	1.577	8	.154

$\alpha = 0.05$ Resultados $0.154 > 0.05$

No hay diferencias estadísticas entre los promedios de la variable social de la Prueba Autoconcepto 1 y 2

Cuadro XVIII PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS VARIABLE SOCIAL DE LA PRUEBA
AUTOCONCEPTO 1 Y 3

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ	Error típ de la media
Par	SOC3	11 5556	9	1 7401	5800
1	SOCIAL	11 8889	9	1 4530	.4843

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación típ	Error típ de la media	Intervalo confianza para diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	SOC3- SOCIAL	- 3333	1 1180	3727	-1 1927	5261	- 894	8	397

$\alpha = 0.05$ Resultados $0.397 > 0.05$

No hay diferencias estadísticas entre los promedios de la variable social de la Prueba Autoconcepto 1 y 3

Cuadro XIX PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS VARIABLE SOCIAL DE LA PRUEBA
AUTOCONCEPTO 2 Y 3

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ	Error ttp de la media
Par	SOC2	12.7778	9	1.4814	4938
1	SOC3	11.5556	9	1.7401	5800

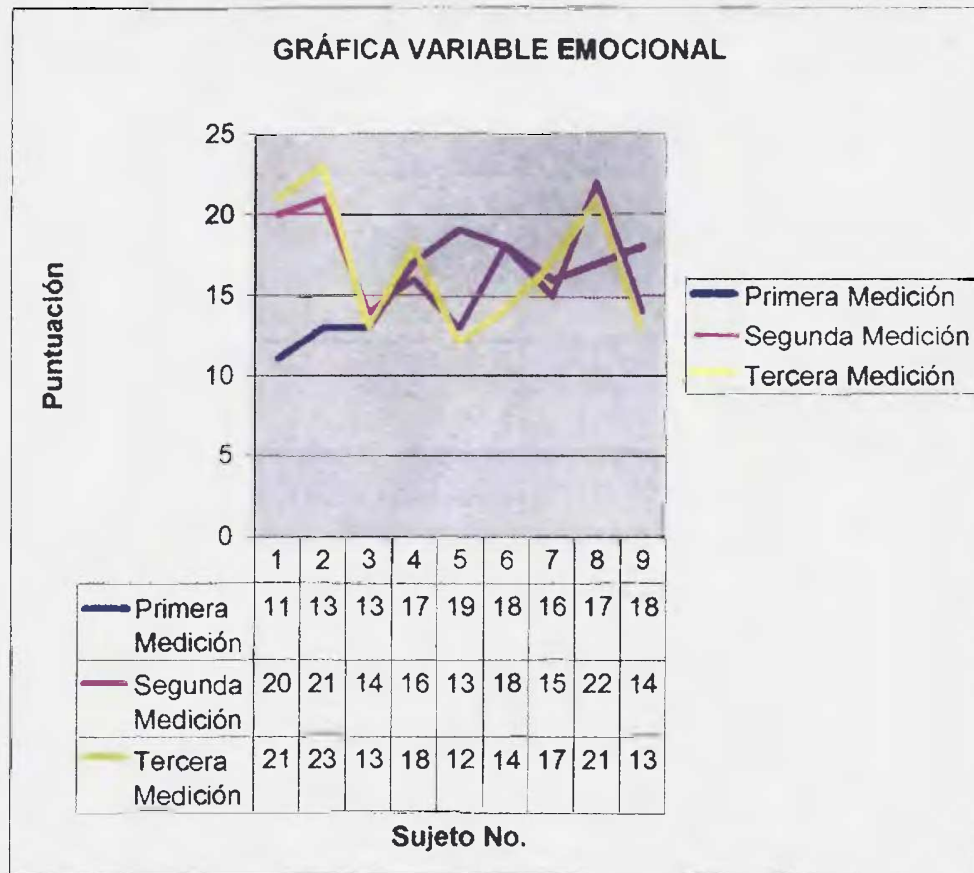
Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig (bilateral)
		Media	Desviación típ	Error ttp de la media	Intervalo confianza para diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	SOC2- SOC3	1.2222	1.3944	4648	1504	2.2941	2.630	8	.030

$\alpha = 0.05$ Resultados $0.030 > 0.05$

Sí hay diferencias estadísticas entre los promedios de la variable social de la Prueba Autoconcepto 2 y 3

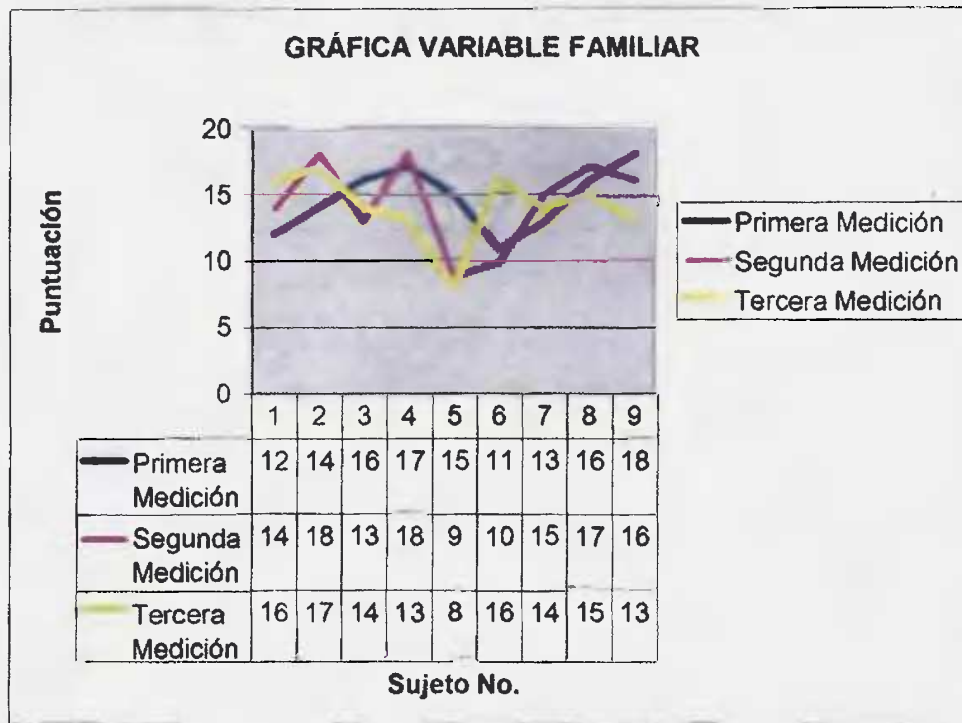
Figura No.18 Gráfica de la Variable Social de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones



En la variable Emocional de la Prueba de Autoconcepto AFA, se observa que en las sujetos No. 1, 2,4,7 y 8 tendía a aumentar después de la primera medición, y en las número 3, 5, 6 y 9 tendía a disminuir.

No hubo resultados significativos entre las tres mediciones de la variable emocional de la Prueba Autoconcepto.

Figura No.19 Gráfica de la Variable Familiar de la Prueba de Autoconcepto AFA de las tres mediciones



En la variable Familiar de la Prueba de Autoconcepto AFA, se observa que en las sujetos No. 1, 2, y 6 tendía a aumentar después de la primera medición, en las número 3, 4, 5, y 9 tendía a disminuir, y las número 7 y 8 a aumentar y disminuir (en la segunda y tercera medición respectivamente).

No hubo resultados significativos entre las tres mediciones de la variable familiar de la Prueba Autoconcepto.

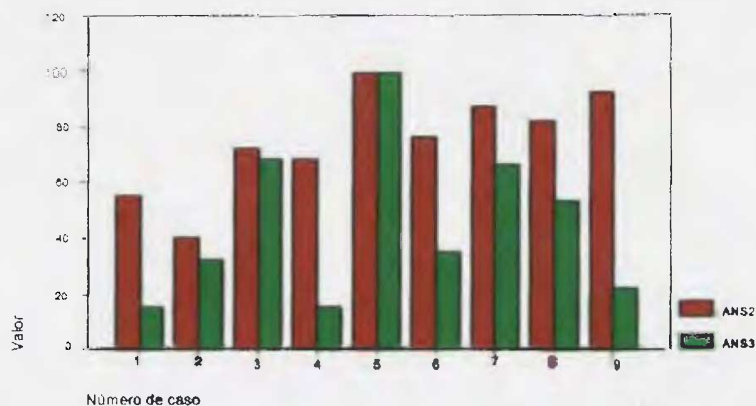
Cuadro XX PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA APLICACIONES DE LA PRUEBA PARA EVALUAR LA ANSIEDAD CON LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA (CMAS-R) A LA MITAD DEL TRATAMIENTO Y AL FINALIZARLO

No	Sujeto	Etapa del Tratamiento	
		Mitad	Final
	1	55	15
	2	40	32
	3	72	68
	4	68	15
	5	99	99
	6	76	35
	7	87	66
	8	82	53
	9	92	22
	10*	88	*

* Mortandad experimental

- Se decidió al iniciar el tratamiento aplicar una prueba que indicara el nivel de ansiedad del grupo. El mismo no está incluido dentro de las hipótesis.
- La Prueba se aplicó dos ocasiones, la primera medición a los dos meses y medio después de iniciar el tratamiento, y la segunda medición al finalizarlo, una semana después.
- Se les había aplicado al iniciar el tratamiento a algunas del grupo, aún no se había establecido cuáles participarían, y no todas a las que se les aplicó al iniciar el programa formaron parte del grupo.
- Se les aplicó esta prueba para evaluar su nivel de ansiedad durante el tratamiento y al final.
- **Disminuyó la ansiedad en 8 de las participantes**, y en la restante se mantuvo igual.

Gráfica No.20 Presentación gráfica (diagrama de barras) de los resultados de las dos mediciones de la Prueba de Ansiedad Manifiesta del grupo



Se observa una tendencia a disminuir la ansiedad en ocho de los nueve sujetos, con excepción del número 5 que se mantuvo igual.

Gráfica No.21 Presentación gráfica de los resultados de las dos mediciones de la Prueba de Ansiedad Manifiesta del grupo.



Cuadro XXI PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA TOTAL
1 Y 2

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ	Error ttp de la media
Par	ANS2	74.5556	9	18.5075	6.1692
1	ANS3	45.0000	9	28.6094	9.5365

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig (bilateral)	
		Media	Desviación típ	Error ttp de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	ANS2 - ANS3	29.5556	23.6913	7.8971	11.3448	47.7663	3.743	8	.006

$\alpha = 0.05$ Resultados $0.006 < 0.05$

Si hay diferencias estadísticas entre los promedios de ansiedad 1 y 2

**Cuadro XXII RESULTADOS DE LA PRIMERA MEDICIÓN DE LAS
SUB-ESCALAS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA**

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA (CMAS-R) 1a Medición

Sub-escalas						
Sujeto No	Ansie Fis	Inq Hipersen	Preoc Soc/Conc	Mentira	Ans Total	
1	43		45	77	63	55
2	18		76	28	78	40
3	85		58	63	71	72
4	93		68	9	89	68
5	99		94	97	82	99
6	73		58	87	17	76
7	77		93	56	97	87
8	84		66	79	88	82
9	96		85	79	88	92

Según la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R), indican que una alta calificación en la subescala Mentira en algunos casos expresa una necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social. En otros casos, parece relacionarse con sentimientos de aislamiento o rechazo social por parte del niño o adolescente. Es probable que los problemas emocionales, las relaciones inadecuadas con los compañeros, los problemas académicos en la escuela y las situaciones estresantes en el hogar estén relacionadas con una alta calificación de Mentira (Mentira > 13).

**Cuadro XXIII RESULTADOS DE LA SEGUNDA MEDICIÓN DE LAS
SUB- ESCALAS DE ANSIEDAD MANIFIESTA**

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA (CMAS-R) 2a Medición

Sujeto No	Sub-escalas				Ans Total	
	Ansie Fis	Inq Hipersen	Preoc Soc/Conc	Mentira		
1	4		6	5	5	15
2	26		49	25	75	32
3	73		45	77	47	68
4	8		7	0	6	15
5	99		94	99	63	99
6	11		9	10	11	35
7	62		82	39	87	66
8	75		25	66	35	53
9	7		10	5	6	22

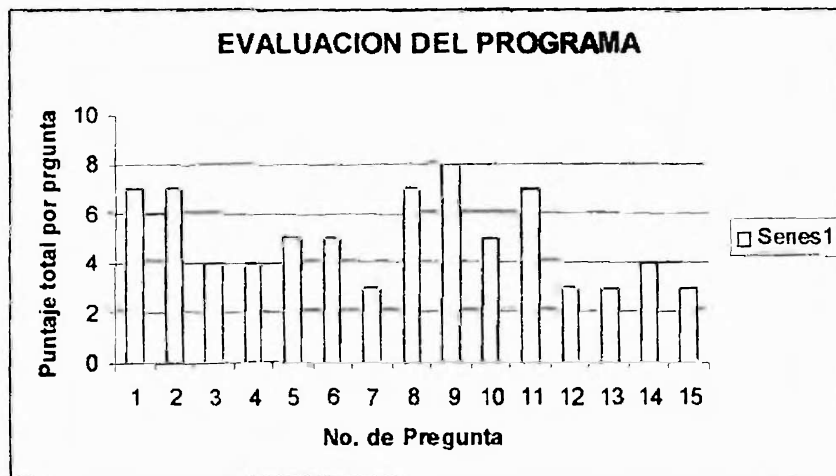
En los sujetos No 2, 3 y 5 hubo un aumento de ansiedad en la sub-escala Preocupación Social/Concentración entre la primera medición realizada a la mitad del tratamiento y al finalizarlo, aun cuando la ansiedad total disminuyó, en el resto hubo una disminución en todas las sub-escalas y escalas

En la evaluación estadística por medio del análisis de significancia de medias, durante y al finalizar el Programa, por medio de la Prueba T, salieron estadísticamente significativas las subescalas de la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R), entre ambas mediciones (primera y segunda)

Cuadro XXIV RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL PROGRAMA

No. de pregunta	EVALUACIÓN			
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1		1		7
2				7
3	1	1	2	4
4		3	1	4
5		1	2	5
6		2	1	5
7	2	2	1	3
8			1	7
9				8
10		1	2	5
11		1		7
12	3		2	3
13	1	2	1	3
14	1	1	1	4
15		2	3	3
TOTAL		8	17	75

Figura 22 Gráfica de la evaluación subjetiva para cada pregunta



Cuadro XXV DATOS DE LA EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL PROGRAMA

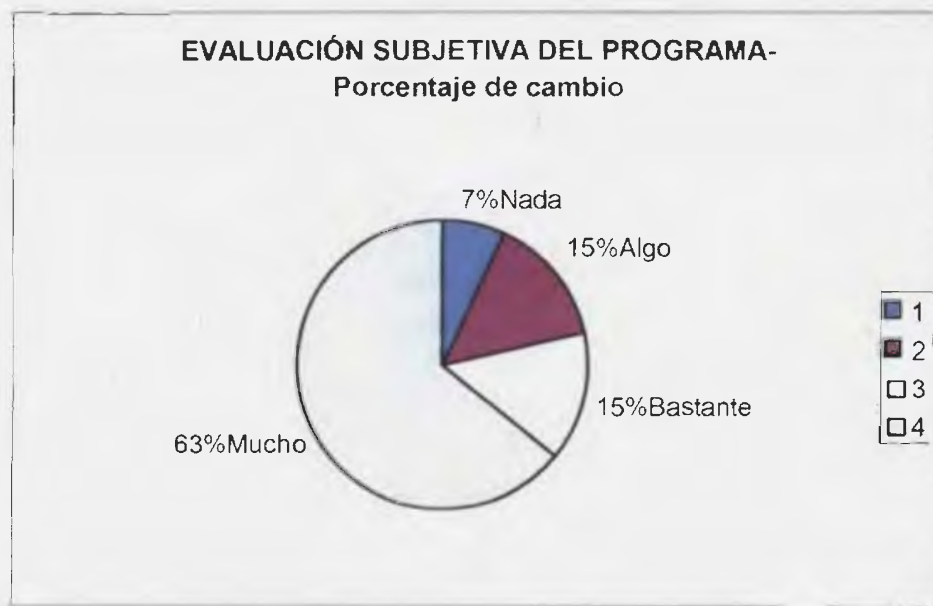
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me ofrezco más como voluntaria en tareas de responsabilidad.		1		
2. Ayudo más a las personas.				
3. Expreso más mis sentimientos	1	1	2	4
4. Aprendí a expresar mis sentimientos más apropiadamente		3	1	4
5. Aprendí a reflexionar sobre las causas o situaciones que crean sentimientos		1	2	5
6. Puedo ponerme en el lugar de los otros		2	1	5
7. Rechazo menos a los demás	2	2	1	3
8. Veo más positivamente a mis compañeras.			1	
9. Me veo más positivamente a mí misma.				
10. Escucho más atentamente a los demás		1	2	5
11. Participo más en grupo.		1		
12. Me atrevo a decir más mis opiniones	3		2	3
13. Hablo con compañeras que antes no hablaba	1	2	1	3
14. Hablo más con mis compañeras	1	1	1	4
15. Tengo más amigos en la escuela		2	3	3
SUMA	8	17	17	

Análisis

Fue aplicado a 8 de las nueve participantes, concluyendo en lo siguiente. Por los resultados, se observa de una manera subjetiva, un cambio calificado como "mucho" en su mayoría, relacionados **más a la participación como**

grupo, ayuda a las demás personas, participación voluntaria en tareas de responsabilidad y a la imagen positiva de si misma y de las demás del grupo. Fue calificado como "algo" el aprender a expresar sus sentimientos adecuadamente 3 de las 8 participantes. Y evaluaron como "nada" en el atreverse a decir sus opiniones 3 de las 8 participantes.

Gráfica No. 23. Presentación de porcentaje de cambio según la evaluación subjetiva del programa



1 = Mucho

2 = Bastante

3 = Algo

4 = Nada

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente programa de intervención, y de acuerdo a los resultados presentados anteriormente, se puede concluir lo siguiente

- 1 El tratamiento de intervención utilizando la terapia cognitiva conductual en conjunto con el enfoque de resiliencia aumenta el locus de control interno y disminuye los niveles de ansiedad. Estos cambios se pudieron comprobar por medio de las pruebas aplicadas, así como por medio de la observación dentro del grupo e individualmente.
- 2 En cuanto al autoconcepto, el cual es parte importante de la autoestima, en la investigación no se logró mejorar significativamente, entre las mediciones totales, ello se podría explicar debido a que la autoestima está compuesta por factores tan profundos que requieren un mayor tiempo de duración de la intervención, así como sesiones psicológicas individuales, también el trabajo de investigación se realizó con una muestra de 9 sujetos, y es una muestra pequeña. En cuanto a la variable social si se logró una diferencia significativa entre la segunda y la tercera medición, mejorando dicho aspecto.
- 3 En cuanto al aspecto conductual se observó que las participantes del grupo cuando se inició el Programa, no interaccionaba correctamente, algunas participantes no se hablaban o se ofendían unas a otras, pero al finalizar se pudo observar cambios positivos en la relación de unas con las otras, como por ejemplo más respeto entre

ellas, mayor comunicación y participación, respeto de los límites o reglas así como más motivadas a participar como grupo

- 4 En cuanto al aspecto emocional se observó al final del tratamiento una mejor expresión de sus sentimientos y emociones, se observaron más relajadas y con mejor estado de ánimo. Por medio de la prueba aplicada en cuanto a sus niveles de ansiedad se mostró una disminución significativa de ansiedad al finalizar el tratamiento, aún cuando fue aplicada su primera medición durante el tratamiento, después de iniciarlo
- 5 Los valores de las personas están relacionados con la resiliencia por ejemplo el de responsabilidad y respeto y, por ende, con la autoestima. Como se pudo observar por medio del análisis de los resultados, el autoconcepto aumentó, mas no significativamente
- 6 En un inicio se planteó hacer 15 sesiones (además de las sesiones de entrevistas individuales), y finalizamos con 18, lo cual ayudó a una mayor cohesión como grupo, y a su vez ayudó a la sociabilización, pues se añadieron salidas fuera del hogar sustituto, como recreación. Está probado que el desarrollo de actividades colectivas generan respuestas resilientes en los niños, teniendo un comportamiento diferente a cuando están solos
- 7 Se incorporó al grupo de apoyo a la maestra, la trabajadora social, a las nanas auxiliares de la Casa Hogar, por medio de reuniones y conversaciones, lo cual se piensa que fue importante para un mejor

desarrollo del Programa, más aún así, se piensa que sería bueno añadir más reuniones desde antes de empezar el Programa para que logren conocer el enfoque del Programa y cooperen en sus áreas a un mejor seguimiento del mismo

- 8 Se requiere una participación en el Programa dentro de lo posible de los familiares de las participantes. Aún cuando viven en una Casa Hogar, la mayoría tienen familiares y padre o madre. En las familias donde se ha sufrido de maltrato se requiere una reeducación para poder realizar un cambio más productivo y estable tanto cognitivo como conductual.
- 9 Se enfocó no solamente en el área cognitivo conductual del sujeto, sino también en la parte física (biológica) del ser humano (que como ya se sabe somos seres bio-psico-sociales y espirituales), al añadir el realizar ejercicio físico como los aeróbicos. La parte espiritual, ya se encontraba desarrollado en la institución, al estar apoyada por instituciones religiosas, que también ayudó a un mejor desarrollo del mismo.
- 10 Todo adolescente cuenta con recursos que lo pueden ayudar a sobrellevar la adversidad. Nuestra tarea está en descubrir en todas las señales de resiliencia y los recursos que poseen, por más débiles que parezcan.
- 11 Aunque los abusos son muy frecuentes y a menudo se repiten, muchos de ellos nunca son denunciados, lo cual contribuye a agravar

sus posibles efectos negativos. Todos tenemos el deber de cuidar a los niños y **adolescentes**, pero la mayor responsabilidad debe recaer lógicamente sobre los padres, y los que pasan más tiempo con ellos como los educadores, la familia, como en quienes los reciben en consultas (pediatras, psiquiatras y psicólogos infantiles). Es necesario estar atentos, observarlos y notar cualquier cambio brusco y aparentemente inexplicable. Para ellos es importante mantener un buen nivel de comunicación con los niños, y pedir ayuda

- 12 Por medio de esta experiencia de trabajo investigativo se observa que la propuesta de intervención psicológica y la promoción de la resiliencia se enriquecen al estar vinculadas con el entorno del niño, es decir la familia, la escuela y la comunidad. La participación de los padres de familia permitiría discutir y dar soluciones a las necesidades de atención a sus niños. Las familias víctimas de la violencia **necesitan** estar apoyadas y contar con recursos propios: una capacidad de supervivencia y de lucha, y una cultura sostenida por fuertes valores.
- 13 Con los resultados estadísticos se concluye que el Programa de Tratamiento que se diseñó inicialmente surtió efecto en el mejoramiento del locus de control, y bajó los niveles de ansiedad en el grupo, en cuanto a el autoconcepto mostró un aumento, más no significativo estadísticamente.

RECOMENDACIONES

Al **finalizar** la aplicación del presente Programa de Intervención Psicológica, se ofrecen las siguientes recomendaciones:

1. Se observa que tareas colectivas en grupo pueden ayudar a fomentar la resiliencia, por ende se recomienda realizar actividades en grupos dentro y fuera de la Casa Hogar
2. Continuar con **actividades** de recreación y socialización, así como concursos, actividades deportivas, después del Programa.
3. El optimismo y la esperanza – factores resilientes- exigen sensibilidad social para poder mejorar la situación y las perspectivas del individuo, para lo cual las personas que viven en situaciones como las **características de este** grupo de investigación requieren que la sociedad no las revictimice, y las incorpore a la misma
4. Apoyar **políticas** y programas que promuevan la estabilidad de las familias como instancia de organización y socialización, como espacio privilegiado para el afecto, la participación y el desarrollo humano integral de todos los miembros de la misma, y en particular de los niños, niñas y **adolescentes**, a través de **medidas** que permitan a éstas ofrecer medios y oportunidades para el desarrollo de las capacidades y potencialidades de sus hijos e hijas

- 5 Desarrollar programas y proyectos para la prevención y la atención del maltrato, el abuso y el abandono de las niñas, niños y adolescentes, promoviendo el respeto, la confianza y el apoyo mediante la comunicación y el diálogo, la valoración de las opiniones y sentimientos de sus integrantes y el respeto de los derechos individuales
- 6 Desarrollar comportamientos consecuentes que transmitan valores y normas, incluyendo factores de resiliencia Permitir la expresión de sentimientos, emociones y sentido del humor Desarrollar las relaciones con otros a través de juegos libres, y en el establecimiento de normas y límites
- 7 Se requieren programas que se enfoquen en ofrecer un nuevo manejo de la disciplina en torno a las instituciones de hogares sustitutos, enfocados en niños y adolescentes Los sistemas de disciplina en los grupos, es importante adecuarlos añadiendo dichos componentes, dentro de límites establecidos
- 8 Se requiere un mayor apoyo en cuanto a tener a disposición educación para este tipo de instituciones, pues existen muchos niños o adolescentes que no pueden ingresar a la escuela debido al cambio de vivienda
- 9 La literatura reciente en resiliencia sugiere que es importante trabajar por la promoción de factores resilientes específicos pero también, es crucial avanzar en la investigación y elaboración de

teorías que expliquen como estos factores específicos interactúan entre sí en la ecología del individuo, permitiendo el proceso de adaptación resiliente. Es importante entender la resiliencia como un proceso de superación de la adversidad y responsabilidad social y política, ya que la resiliencia puede ser promovida con la participación de padres, investigadores, personas que trabajan en el terreno implementando programas psicosociales, servicios sociales, los políticos y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, C. y BUTCH, R. 2003 Cuando me siento bien- Autoestima. 2ª Ed Centro Iberoamericano de Editores Paulinos (CIDEP), España. 30 págs
- American Psychiatric Association. 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y del comportamiento (DSM-IV) Editorial Masson, España.
- ENGLER, B. 1996. Teorías de la personalidad. 4ª Edición Mc Graw Hill, México. 557 págs.
- FELDMAN, R S. 1995. Psicología con aplicaciones para Ibero América Mc Graw –Hill, México 578 págs
- FRANCIA, A y MARTINEZ O. 1999. Educar en valores con juegos y dinámicas. Editorial San Pablo, España 134 págs
- KAZDIN, A. E. 2001 Métodos de investigación en Psicología Clínica 3ª Ed Pearson Educación, México 524 págs
- KOTLIARENCO, M A 1996. Resiliencia. Construyendo en adversidad Editorial Ceanim, Santiago de Chile.
- LOPEZ F 1999 La inocencia rota, abusos sexuales a menores. 1ª ed Editorial Océano, España. 134 págs
- MÜLLER, M. 2000. Guía para la elaboración de tesis y consultorio gramatical. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica. 133 págs
- MUSSEN, P. H., CONGER, J. J y KAGAN, J 1991 Desarrollo de la personalidad en el niño. 2ª. Ed. Editorial Trillas, México 563 págs.
- OBST CAMERINI, J A. 2005. Introducción a la Terapia Cognitiva - Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos 1ª. Edición, Fotomecánica Zeballos, Argentina 204 págs
- PAPALIA, D. E y WENDKOS, S 1996. Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia. 5ª Ed. Mc Graw-Hill, México 672 págs
- PRADA, R. 1995. Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas 3ª Ed Editorial San Pablo, Colombia. 222 págs

Referencias en Internet

Encuesta de Opinión "VOZ DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y ESPAÑA" Encuesta de la Niñez sobre America Latina, España y Portugal Equipo Nizkor, miembro del Serpaj Europa, Derechos Human Rights (USA) y Global Internet Liberty Campaign

AVANZANDO LOS TEMAS DE LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES EN LAS AMÉRICAS Estructura de la preparación para la Tercera Cumbre de las Américas Documento preparado por la Delegación de Canadá y aprobado por el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño (IIN), reunido en Kingston, Jamaica Octubre de 2000 Original en Inglés Traducción de la Delegación de Canadá Para la XX Reunión del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC), 28-30 de noviembre, 2000 Washington

Estado del Arte en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en Latinoamérica y el Caribe Cd De Panamá, octubre 13 y 14, 2003 Esther Corona V AMES/WAS

Red latino americana y caribeña por la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes REDLAMYC DECLARACION Por la Plena Vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales para todos los niños, niñas y adolescentes de la Región de América Latina y El Caribe Audiencia ante la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos Washington, 17 de octubre de 2002

Delincuencia juvenil Carlos Raúl Román González

Declaración de Panamá "La voz Iberoamericana con y por la infancia y adolescencia en el nuevo milenio, base de la justicia y la equidad" II Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Infancia y la Adolescencia Panamá, 26 y 27 de octubre del 2000 Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil – IPEC

PANORAMA SOCIAL DE AMÉRICA LATINA 1998 División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL

colaboración del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Atención a Grupos Vulnerables en América Central Anne Deruyttere, Toms Engler, Beatriz Harretche, Andrés Medici e Isabel Nieves Stockholm, Sweden 25-28 May 1999 Banco Interamericano de Desarrollo

Revista electrónica de Asesorías Educativas Integrales RESILIENCIA, CONCEPTO ESPERANZADOR PARA LOS NIÑOS EN RIESGO Jeannette Martínez Sarmiento Psicóloga, Especialista en Derecho de Trabajo y Diplomada en Gerencia Social y Comunitaria

LA RESILIENCIA publicado por diario El Universo y condensado por la Lic Pilar Pacheco Bowen (Resiliencia) 2006

Resiliencia Enciclopedia Wikipedia®

Resiliencia PSICOLOGÍA POSITIVA Revista electrónica España

Pilares y Fuentes de la Resiliencia Roberto Juan Mucci

Resiliencia Web Médica Argentina

Una propuesta modesta (re)definir la fantasía inconsciente Anne Erreich, Ph D Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis Marzo 2004 - No 16 "A modest proposal (Re)defining unconscious fantasy" fue publicado originariamente en Psychoanalytic Quarterly, LXXII, p 541-574 Copyright 2002 de Analytic Press, Inc Traducido y publicado con autorización de The Analytic Press, Inc Traducción Marta González Baz Supervisión M^a Elena Boda

Resiliencia Proceso de superación de la adversidad? Nezit

LOS NIÑOS FRENTE A LA VIOLENCIA POLÍTICA EN EL PERÚ PROCESO DE RECUPERACIÓN Y ESTRATEGIAS ADECUADAS Frederique BraunFebrero del 2004 Publicado el 17 de Junio, 2004 Por Antonio Favreau Moreno Corporación Programa Caleta Sur Diario de la Sociedad Civil

Definición de Maltrato Infantil Dr Patricio Lira Sibila Psicólogo Clínico Director ISAMEN Chile

Maltrato infantil Tipo de documento trabajos universitarios Enviado por: María José

Análisis de la Ley 38 sobre Violencia Doméstica, Mariblanca Staff Panamá 2003

Periódico

- "La pobreza tiene cara de niño", en La Prensa, Panamá, República de Panamá, 13 de Mayo, 2006, p 1
- VALENCIA HERRERA, DAYANA. "Según el MIDES, más de mil denuncias por maltrato infantil", en El Siglo, Panamá, República de Panamá, 23 de Agosto, 2005 (internet)

Tesis

- MIRANDA, M 2005 Programa para promover los potenciales resilientes en adolescentes con diagnósticos de epilepsia Universidad de Panamá Panamá

Apoyo didáctico

- FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (FNUAP/UNFPA) 2002 Rotafolio para Adolescentes-Infórmate, Family Care International, Estados Unidos

Prueba Psicológica

- Musitu, G , García F y Gutiérrez M 2001 Manual de AFA Autoconcepto Forma-A 4ª Edición TEA Ediciones, Madrid

Revista

- UNICEF en América Latina y el Caribe Oficina Regional para América Latina y el Caribe - UNICEF 2005

ANEXOS

ANEXO No 1

En el anexo No 1 se presenta la carta enviada a la institución antes de empezar el Programa de Intervención. No se presenta el nombre de la institución con el afán de preservar la confidencialidad de los sujetos.

Panamá, 8 de Marzo de 2005

Sr (a)
DIRECTOR (A)
Ciudad

Estimado(a) Sr (a)

Por este medio deseo hacerle llegar información acerca de la propuesta de un Programa para el Fortalecimiento de la Autoestima, por medio de la Resiliencia. El mismo, es un punto muy importante para un mejor desarrollo psicológico del ser humano, que redundará en el desarrollo físico y comportamental a su vez.

La duración de la misma sería de dos horas, una vez por semana, los sábados, adecuándose al horario de las participantes, durante 16 sesiones.

A continuación los puntos a destacarse dentro del programa

- CONOCIMIENTO DE SI MISMA (AUTOIMAGEN)
- TÉCNICAS DE RELAJACIÓN
- SENTIMIENTOS Y EMOCIONES
- HABILIDADES SOCIALES (MIRADAS, GESTOS, ACTOS) Capacidad del niño o adolescente para interrelacionarse adecuada y constructivamente con su grupo de referencia familia, escuela y otros

A - Primeras habilidades sociales

- 1) Escuchar
- 2) Iniciar una conversación
- 3) Formular una pregunta

B - Habilidades sociales avanzadas

- 1) Participar
- 2) Dar instrucciones
- 3) Disculparse

C - Habilidades relacionadas con los sentimientos

- 1) Conocer los propios sentimientos
- 2) Expresar sentimientos

D - Habilidades alternativas a la agresión

- 1) Negociar
- 2) Emplear el autocontrol
- 3) No entrar en peleas

- DESARROLLO DE VALORES (COMUNICACIÓN, RESPONSABILIDAD, HONESTIDAD, RESPETO, VALOR, ENTRE OTROS) Desarrollo moral mayor capacidad para pensar según principios de justicia, igualdad y respeto
- MOTIVACIÓN
- SALUD (PREVENCIÓN Y ATENCIÓN)-SUEÑO Y ALIMENTACIÓN
- RECREACIÓN
- OCUPACIÓN
- AUTOPROTECCIÓN
- INDEPENDENCIA
- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (CREATIVIDAD, HUMOR)

Las técnicas a utilizarse entre otros, está en el aprendizaje estructurado

- Juego de roles
- Modelado
- Reforzamiento
- Talleres de Juegos

Se plantea a su vez la aplicación de una prueba para evaluar el autoconcepto del participante, antes y después del programa, donde se obtendrán los resultados que nos ayudarán a saber mejor las conclusiones sobre el programa.

Agradeciéndole su atención,

LIC. GABRIELA CARRIZO OLVERA

C I P 1509

Estudiante en periodo de tesis de Maestría en Psicología Clínica
Universidad de Panamá

ANEXO No 2

A continuación el formato de la hoja donde se les preguntaba de forma escrita y oral, su aceptación o no al Programa. En el mismo hubo una (1) persona que no quiso entrar al mismo.

PROGRAMA

Te estarás preguntando, ¿Qué es esto?, ¿Qué vamos a hacer?, ¿De qué se trata? Bueno, esto te ayudará a aclarar esas preguntas.

Primero que nada es importante varias cosas:

1. Tiene una duración de aproximadamente 4 meses.
2. Será los sábados de 10:30 am a 12:15 de mediodía, o sea que dura una hora y 45 minutos. Al final se darán 15 minutos más para arreglar el salón y aclarar preguntas.
3. Sabemos que puede dar ganas de ir al baño y/o deseos de descansar a algunas. Para eso daremos un descanso de 5 minutos a medio tiempo.
4. Todo esto es con el fin de que aprendamos más sobre ciertos temas importantes en la Adolescencia como:
 - ¿Qué es la Adolescencia? Autoestima
 - ¿Qué es la Resiliencia?
 - Cuidado de uno mismo (pensamientos)
 - Valores
 - Emociones
 - Aprendiendo a resolver problemas
 - Habilidades Sociales
 - Cuidado de uno mismo (físicamente)
 - Conociendo la sexualidad. Prevención de embarazos
 - Adicciones, ¿Qué es?
 - Cierre de Programa, conclusiones

Para aprender más, son IMPORTANTES ciertos aspectos:

- REALIZAR LOS EJERCICIOS
- PARTICIPAR ENTRE TODAS
- ESCUCHAR LAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE, O SEA, HACER SILENCIO CUANDO SE ESTEN DANDO
- NO ESTAR PARÁNDOSE DEL PUESTO

Además, en el grupo es muy importante saber que existen reglas de oro, como la Confidencialidad (no decir afuera intimidades del grupo), no burlarse de sus compañeros.

Como ves, vamos a aprender aspectos importantes para todos, que te ayudarán a sentirte mejor y aprender.

QUIERES PARTICIPAR? SI___ NO___

ANEXO No 3

ENTREVISTA PSICOLÓGICA A ADOLESCENTES

DATOS GENERALES

Nombre
Apellido
Fecha de Nacimiento
Edad años meses
Sexo
Lugar de nacimiento
Descripción física
Dirección
Escuela
Nivel Escolar
Religión
Ocupación
Fecha de entrevista
Evaluador

PRIMEROS AÑOS DE VIDA

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

MOTIVO DE CONSULTA

DATOS FAMILIARES

- Familiares en casa
- Ocupación del padre
- Ocupación de la madre
- Relación entre ambos padres
- Relación con el padre
- Relación con la madre
- Relación con hermanos
- Responsabilidades en casa
- Situación socioeconómica
- Historia de enfermedades en la familia

DATOS RELACIONADOS CON LO ACADEMICO

- ¿Cómo le va en la escuela?
- ¿Qué materias le gustan mas?
- ¿Qué materias le gustan menos?
- ¿Cómo se lleva con los profesores?
- ¿Cómo se lleva con los compañeros?

ÁREAS DE INTERÉS

- Pasatiempos
- ¿Qué hace después de la escuela?

AMISTADES

- ¿Tiene amigos?
- ¿Qué hace con los amigos?
- ¿Qué es para ella un buen amigo?

AREA DE LOS SENTIMIENTOS

- ¿Cómo se describiría a sí misma en cuanto a sentimientos?
- ¿Qué le hace ser feliz?
- ¿Qué le hace sentirse triste?
- ¿Que le hace sentirse enojado?
- ¿Qué cosas le preocupan?

ÁREA RELACIONES DE PAREJA Y SEXUAL

- ¿Tiene novio?
- Hable acerca de él
- ¿Te han hablado de las relaciones sexuales?
- ¿Quién?
- ¿Has tenido relaciones sexuales?
- ¿Qué siente y piensa acerca de ello?

ANEXO No 4

Se presenta el Diario de Emociones, el cual confeccionaron individualmente cada uno, en el cual al principio de cada sesión escribían en él, y posteriormente se recogían

DIARIO DE EMOCIONES

NOMBRE: _____

DIA. _____

ESCRIBE ACERCA DE ¿CÓMO TE SIENTES Y POR QUÉ?.

- ¿ENOJADA? ¿TRISTE?, ¿FELIZ? ¿ALEGRE? ¿CON MIEDO?

ANEXO No 5

MODELO ABC

CREENCIAS IRRACIONALES

Es importante saber que

- 1 Cualquier persona cometerá errores siempre
- 2 Nadie es perfecto
- 3 Los errores no cambian las buenas cualidades de una persona
- 4 Una persona, no es lo mismo que su ejecución
- 5 Las razones por las que las personas cometen errores son
 - a) falta de habilidad, b) descuido o juicio pobre, c) no tener bastante información, d) falsas asunciones, e) cansancio o enfermedad, f) opinión diferente, g) irracionalidad

Diferencia entre ideas racionales e ideas irracionales

Las creencias racionales se siguen de la realidad, realzan al individuo, son aptas para llegar a conseguir las metas, y tienen como resultado emociones apropiadas, mientras que las creencias irracionales no se siguen de la realidad, son contraproducentes para uno mismo, generalmente bloquean la consecución de las metas, y dan lugar a sentimientos inapropiados

Pensamiento racional Una idea sensible y lógica que parece ser verdad

Pensamiento irracional Una idea no razonable o absurda que parece ser falsa

De dónde surgen estas creencias irracionales?

La respuesta, es que estas ideas irracionales son aprendidas en una etapa temprana (cuando eras bebé y niña) de la vida, por situaciones tales como

- 1 Cómo hemos sido tratados por los demás
- 2 Cómo se sienten nuestros padres o modelos, y lo que se dicen a sí mismos
- 3 Lo que se nos ha dicho que somos nosotros mismos
- 4 Nuestras experiencias generales de la vida

HOJA DE TRABAJO

Decir cuál de las siguientes oraciones es racional y cuál es irracional, para conocer tu habilidad de reconocerlas

- 1 Nadie me quiere
- 2 Seré feliz cuando me case
- 3 Siempre voy a ser mala alumna
- 4 Si me va mal en la escuela, nunca seré bueno en nada
- 6 Desearía que mis padres estuvieran juntos
- 8 Deseo ser la mejor profesional de mi familia

¿Creo que la Terapia Cognitiva Conductual me puede ayudar aplicándolo a diferentes situaciones de mi vida?

ANEXO No 6

SEXTA SESIÓN**DISTORSIONES COGNITIVAS**

Son pensamientos que tienen las personas, y que con frecuencia lo hacen tener **estados de humor alterados**. Son generados **por sí mismos** a partir de sus **experiencias**, y la forma en que **interpretan** lo que hacen los demás y lo que les sucede.

Principales distorsiones cognitivas que se dan frecuentemente

- 1 **PENSAMIENTO DE TODO O NADA:** Cuando ve las cosas en categorías de, o blanco o negro. Si no haces algo perfecto, te consideras un fracaso total
- 2 **GENERALIZACIÓN EXCESIVA** Es la tendencia a considerar, que una cosa siempre será **así** en todo lugar y en todo momento
- 3 **DESCALIFICAR LO POSITIVO:** Cuando niegas las experiencias positivas, insistiendo en que lo bueno ocurrió por casualidad. De tal manera que las experiencias negativas contradicen las positivas
- 4 **SALTAR A CONCLUSIONES RÁPIDAS:** Cuando realizas una interpretación negativa, aunque no estés seguro de que es negativo, porque faltan elementos que comprueben que es negativo
- 5 **LECTURA DEL PENSAMIENTO** Es cuando concluyes arbitrariamente, que una persona está reaccionando de manera negativa, sin estar seguro que es cierto
- 6 **ERROR EN PRONOSTICAR:** Es cuando piensas que las cosas van a salir mal, y estás convencido de que así va a ser

DEFINICIÓN DE

Nombre _____

- **RACIONAL** Perteneciente o relativo a la razón (Razón argumento o demostración que se aduce en apoyo de alguna cosa- Justicia o rectitud en las operaciones – Facultad de establecer relaciones entre juicios – Facultad que permite distinguir la verdad del error, el bien del mal)
- **LÓGICO** Toda consecuencia natural y legítima, del suceso cuyos antecedentes justifican lo sucedido

ANEXO No 7

SESION 7

Nombre _____

DEBATE DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES

Como hemos visto la semana pasada, hablamos acerca de las creencias irracionales (pensamientos), ahora veremos como debatirlas uno mismo, para ayudarnos a cuestionarnos y decidir si nuestros pensamientos son racionales o irracionales

Te puedes preguntar a ti misma

- 1 ¿Tengo suficiente evidencia para decir que el pensamiento es **verdadero**?
- 2 ¿Esta creencia está basada en **un hecho, una opinión o una suposición**?
- 3 ¿Dónde está **la evidencia** de que esto realmente es así?
- 4 ¿Es **realmente horrible**?
- 5 ¿Es verdad que **no podría aguantarlo**?
- 6 ¿Es **lo peor** que podría pasar?
7. ¿Está esta creencia **consiguiéndome lo que yo quiero**?
- 8 **¿Por qué no debería ser así?**
- 9 **¿Siempre tengo que conseguir lo que quiero?**
10. **¿Me hace perder valor?**
- 11 **¿Cómo** puede hacerme esto perder valor o ser menos que humano?

Ejemplos

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Son descritos como pensamientos que parecen surgir inmediata y habitualmente en determinadas situaciones. Pensamientos negativos o ilógicos sobre uno mismo, los demás, el mundo o el futuro.

Estos pensamientos suelen conllevar habitualmente reacciones inadecuadas e innecesariamente negativas, y para las distintas personas estar desencadenados en diferentes situaciones

Ejemplos de pensamientos apropiados

- Sé que es difícil aprenderme esto, pero lo intentaré con todas las ganas, dando lo mejor que pueda
- Aún cuando otra persona no me vea bonita, eso no quiere decir que no lo sea

- Cuando mis profesores pregunten y crea que sé la respuesta, la daré aún cuando sé que me puedo equivocar, soy humana

Ejemplo de pensamientos automáticos más frecuentes

- 1 *No soy capaz de hablar delante del salón*
- 2 *Mis problemas son más grandes que los de los demás*
- 3 *Si hablo voy a parecer una tonta*
- 4 *Yo soy la que menos sabe en este grupo*
- 5 *Todos parecen dar opiniones buenas menos yo*
- 6 *Todas son bonitas menos yo*

TAREA

- 1 Escribe 3 **pensamientos automáticos** que observes esta semana
Recuerda que son pensamientos que te dices de repente, sin pensar, luego de un suceso, tres momentos distintos en la semana
- 2 Busca información acerca de la definición de **racional y lógico**
Busca ejemplos acerca de **justicia e injusticia** en la sociedad y personal tuyo

ANEXO No 8

SESIÓN No 9

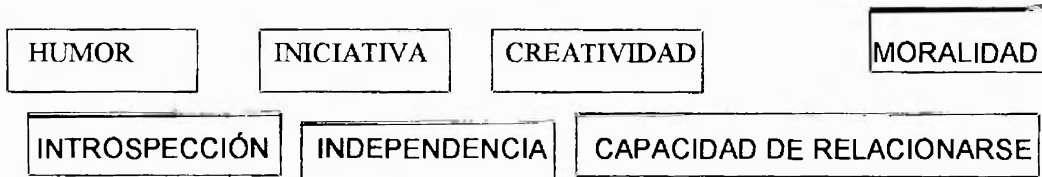
ADOLESCENCIA: Es un periodo entre la niñez y la vida adulta, donde ocurren cambios tanto a nivel psicológico como físico. En cuanto a las emociones es una época hipersensible (dominio emocional)

Tareas en la adolescencia

- Aceptar el físico propio y usar el cuerpo de manera efectiva
- Lograr independencia emocional
- Formar relaciones nuevas y más maduras con compañeros de ambos sexos
- Desear y alcanzar una conducta socialmente responsable
- Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético para guiar la conducta
- Prepararse para una carrera económica

RESILIENCIA

Definición "**Proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad. La capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido, o incluso transformado.**"

PILARES DE LA RESILIENCIA**YO**

1 INTROSPECCIÓN: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una auto respuesta honesta

En la adolescencia, corresponde a la capacidad de conocer, de saber lo que pasa a su alrededor y es fundamental para comprender las situaciones y adaptarse a ellas

2 INDEPENDENCIA Es la capacidad que permite establecer límites entre uno mismo y el medio con problemas, también se refiere a la capacidad de establecer una distancia emocional y física, sin caer en aislamiento

En la adolescencia, se manifiesta en conductas como no involucrarse en situaciones conflictivas

3 CAPACIDAD DE RELACIONARSE La habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas balanceando la propia necesidad de

simpatía y aptitud a brindarse a otros. En la adolescencia, se manifiesta en la habilidad para establecer redes sociales y de apoyo.

4 **INICIATIVA:** La capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos. En la adolescencia, aparece la inclinación al estudio, práctica de deportes y actividades extraescolares y trabajos individuales.

5 **HUMOR:** Capacidad de encontrar lo cómico aún en la propia tragedia. En la adolescencia, se desarrolla por su capacidad de reír, de moldearse y de jugar.

6 **CREATIVIDAD:** Es la capacidad de imponer orden, belleza y un propósito a las situaciones de dificultad o caos. En la adolescencia, se refleja un desarrollo de habilidades artísticas como escribir, pintar, bailar.

7 **MORALIDAD:** Es la conciencia para extender el deseo de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de adquirir valores. En la adolescencia, se caracteriza por el desarrollo de valores propios y establecer juicios en forma independiente de los padres. Además se desarrolla el sentido de la lealtad y la compasión.

ANEXO No 9

SESIÓN No 12

FECHA _____ NOMBRE _____

HABILIDADES SOCIALES

Definición La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas

APLICACIÓN PARA LA VIDA DIARIA 1 Contexto (con quién, cuándo, cómo)
2 Respetando la conducta de los demás 3 Resuelve y minimiza problemas (habilidades orientadas a un objetivo)

Por qué la gente no es habilidosa socialmente? Nunca lo ha aprendido, no ha tenido un modelo y por factores inhibidores

COMPONENTES NO VERBALES COMO

1 MIRADA Contacto ocular Mirada cuanto mira a otro Mirada cuando habla la otra persona Mirada durante el silencio

2 SONRISA

3 GESTOS

4 EXPRESION FACIAL Muestra el estado emocional, indica actitudes

Cejas

Interpretación

Cejas completamente elevadas

Incredulidad

Medio elevada

Sorpresa

Normales

Medio fruncidas

Confusión

Completamente fruncidas

Enfado

5 POSTURA

6 DISTANCIA

7 MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS

8 ORIENTACION

9 EXPRESION CORPORAL

VOZ Volumen, claridad, velocidad, timbre

FASES DEL ENTRENAMIENTO

1 Sistema de creencias basadas en el respeto por uno mismo y los demás

2 Entender y distinguir las conductas asertivas, no asertivas y agresivas

3 Revisión de modos de pensar incorrectos y correctos

4 Ensayo conductual

ENSAYO DE LA CONDUCTA

- 1 Descripción de situación "Problema"
- 2 Representación de lo que hace habitualmente en esa situación
- 3 Identificación de cogniciones desadaptivas
- 4 Identificación de los derechos humanos básicos
- 5 Identificación de un objetivo adecuado corto y largo plazo (solución de problemas)
- 6 Sugerencia de respuestas alternativas
- 7 Demostración de una respuesta (modelado)
- 8 Práctica
- 9 Evaluación de la eficacia de la respuesta
- 10 Volver a representar (modelar) la conducta

LA COMUNICACIÓN

"El atropello de las palabras no lastima como el de un auto, pero acaba por marchitar el alma" Jeka

¿Qué pasa cuando?

- No miras a los ojos o desvías la mirada
- Sonríes en exceso, reflejando nerviosismo
- Mueves demasiado la cabeza u otras partes del cuerpo
- Te muerdes los labios
- Si estás molesto lo disimulas hablando con suavidad o incluso sonriendo
- Tu tono de voz es lento, sin cambios
- Tartamudeas un poco
- Te rascas o juegas con un objeto
- Te tapas la cara
- Te encorvas
- Tu cabeza apunta hacia abajo

¿Qué entenderá la otra persona? La comunicación es todo lo que decimos y cómo lo hacemos

Lo importante es que se puede aprender, practicando y practicando

Cuando tu comunicación refleja agresividad, por lo general

- Miras con rigidez
- Ves de arriba abajo
- Tu postura es erguida pero rígida
- Tu cara se ve tensa o demasiado seria, aunque no te sientas así
- La intensidad (volumen) de tu voz es alta
- Hablas muy rápido
- Hablas con lentitud enfáticamente Te digo que

LISTA DE 10 HITS NO VERBALES

- Ver a los ojos, pero de manera confortable y directa
- Expresión relajada de la cara
- Sonreír levemente, demostrando interés en los demás
- Tono apropiado de voz
- Volumen medio de la voz, o subirlo y bajarlo de acuerdo a la ocasión
- Movimientos equilibrados de las manos, en armonía con los mensajes
- Postura hacia delante, hombros relajados
- Orientar la cabeza hacia el auditorio, bien sea una persona o varias
- Cuerpo relajado en su totalidad

No mantengas estos componentes siempre iguales, es mejor adaptarlos a la situación. Ser congruente entre lo que dices, cómo lo haces y los requerimientos de la situación.

EJERCICIO No 1 UN TEMA NEUTRO

Exposición de un minuto y medio. Observa los componentes no verbales de tu compañera

1. Componente no verbal que más te gusto

2. El componente no verbal que puede mejorar

Fluidez, cambio apropiado de tono de voz, mira confortablemente a los ojos, los movimientos de las manos van de acuerdo con el tema, de los pies, expresión facial, postura balanceada, orientación de la cabeza hacia el público

**EJERCICIO No.2 ESCALAMIENTO DE TONO Y VOLUMEN
Izquierda-derecha**

1. Me costó trabajo subir el tono? Me sentí cómoda o incómoda? Por qué?

2. Me costó trabajo bajar el tono? Me sentí cómoda o incómoda? Por qué?

3. Existe algo en mi voz que no me agrada?

TAREA FRASES EMPÁTICAS (Ponerse en el lugar de la otra persona)

Llena los espacios en blanco para completar frases empáticas. No enlaces una frase con otra con un pero, porque éste da la impresión de descontar automáticamente lo que dice el otro.

- Comprendo que tú

aunque me gustaría que

-Me doy cuenta que

aunque yo preferiría que

- Sé que estás

aunque estoy

-Identifico que tú crees que

aunque yo creo que

ANEXO No. 10

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- SENTIMIENTOS: Nos permiten saber que un problema debe ser resuelto.
- PENSAMIENTOS: Ayudan a entender el problema
- CONDUCTAS: Permiten resolver el problema

Pasos - Procedimiento

1. Reconocer la existencia de un **problema**. (¿Hay un problema?. Buscar señales emocionales)
2. Parar y **pensar**. (Preguntar ¿en qué consiste?)
3. Seleccionar una **meta**. (Preguntar ¿qué es lo que quiero?)
4. Pensar las posibles **soluciones**. (Sugerir todas las que se nos ocurran)

-
5. Pensar las posibles **consecuencias**. (¿Qué pasaría si?)
 6. Decidir y seleccionar la **mejor solución** (+ realista). (¿Cuál puedo aceptar mejor?)
 7. Elaborar un **plan de acción**. (¿Qué hacer paso a paso?)

-
8. Ponerla en acción, aprender y practicar.

APRENDER

Aprender de la experiencia, ya sea de éxito para adquirir mayor confianza, o de fracaso analizándolos de tal forma que nos ayuden a hacerlo mejor. Nos ayuda a sentirnos mejor.

CARACTERÍSTICAS POSITIVAS

Valiente	Divertida	Generosa	Honesta
Optimista			
Sincera	Educada	Rápida	Cuidadosa
Inteligente			
Lista	Feliz	Ordenada	Responsable
Honrada			
Cooperadora	Segura	Creativa	Alegre
Amable			
Amistosa	Independiente	Paciente	Tolerante

ANEXO No 11

Al final del Programa se realizó una presentación, donde el grupo expuso temas relacionados al Programa, se realizó la entrega de unos diplomas de participación, y un brindis

PROGRAMA

DIA 27 de Agosto de 2005.

HORA 10:00 AM

LUGAR SALON

ASUNTO ENTREGA DE CERTIFICADOS DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA - RESILIENCIA

- **Introducción**
- **TEMA: La Resiliencia y Autoestima en la Adolescencia**
- **Factores externos que fortalecen la Resiliencia:**
 - **LA FAMILIA**
 - **ADULTO SIGNIFICATIVO**
 - **INTEGRACION SOCIAL Y LABORAL**
- **Factores internos que fortalecen la Resiliencia:**
 - **SEGURIDAD Y CONFIANZA EN SI MISMO**
 - **AUTOESTIMA ELEVADA**
 - **HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DE RESOLUCION DE PROBLEMAS**
 - **SENTIDO DEL HUMOR**
 - **AUTONOMIA**
 - **CREATIVIDAD**
 - **TOLERANCIA A LAS FRUSTRACIONES**
 - **LA FE**
 - **LA RESPONSABILIDAD**
 - **Amistad**
- **Entrega de certificados**
- **Brindis**