

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

**Facultad de Ciencias Psicológicas**

**Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**



**Adolescentes en hogares sustitutos**

**(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)**

**Mariel Alejandra Aguilar Recinos**

**Guatemala, Mayo 2014**

## **Adolescentes en hogares sustitutos**

**(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)**

**Mariel Alejandra Aguilar Recinos (estudiante)**

**Licda. Rebeca Ramírez de Chajón (asesor)**

**Lic. Mario Salazar (revisor)**

**Guatemala, Mayo 2014**

**Autoridades de Universidad Panamericana**

**M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus**

Rector

**Dra. Alba Aracely Rodríguez de González**

Vicerrectora Académica

**M. A. César Augusto Custodio Cobar**

Vicerrector Administrativo

**EMBA Adolfo Noguera Bosque**

Secretario general

**Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas**

**Licda. Elizabeth Herrera de Tan**

Decana

**Licda. Ana Muñoz**

Coordinador del Campus Centro

## **Dictámenes**

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Maribel Alejandra Aguilar Recinos*  
Estudiante de la Licenciatura en  
**Psicología y Consejería Social** de esta  
Facultad solicita autorización para realizar  
su **Práctica Profesional Dirigida** para  
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 11 de febrero 2,014

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante *Maribel Alejandra Aguilar Recinos*, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decana






UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala once de febrero del dos mil catorce.




En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Adolescentes en hogares sustitutos" Presentado por el (la) estudiante: Mariel Alejandra Aguilar Recinos, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

  
**Ilic. Mario Salazar**  
Revisor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala once de febrero del dos mil catorce.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Adolescentes en hogares sustitutos", Presentado por el (la) estudiante: Mariel Alejandra Aguilar Recinos, previsto para el grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

  
M.A. Rebeca Ramirez de Chajon  
Asesor



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala a los  
once días del mes de febrero del dos mil catorce.-----

En virtud de que el informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con  
el tema "Adolescentes en hogares sustitutos", presentado por: Marisel Alejandra Aguilar  
Recinos, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social,  
reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el  
requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe  
final de Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera  
Decana  
Facultad de Ciencias Psicológicas



**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

# Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Marco de Referencia</b>	
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Ubicación de la institución	5
1.3 Organización	6
1.4 Programas establecidos	6
1.5 Organigrama	8
1.6 Planteamiento del problema	9
1.7 Objetivos	10
1.8 Aporte	10
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Referente Teórico</b>	
2.1 Hogares sustitutos en Guatemala	11
2.1.1 Historia de los hogares en Guatemala	11
2.1.2 Definición	12
2.1.3 El cuidado de los hogares sustitutos	13
2.1.4 Principales hogares en Guatemala	13
2.1.5 Causas más comunes por las que ingresan los adolescentes en hogares sustitutos en Guatemala	15
2.2 ¿Quiénes son los adolescentes?	19
2.2.1 Factores de riesgo en los adolescentes	21
2.2.2 Conductas más frecuentes en adolescentes que viven en hogares sustitutos	22
2.2.3 Tipos de familia de donde provienen los y las adolescentes que viven en hogares sustitutos	24

2.3 Efectos en la vida de los adolescentes que viven en hogares sustitutos	26
2.3.1 Efectos a nivel emocional	26
2.3.2 Efectos a nivel social	27
2.3.3 Efectos a nivel espiritual	28
2.4 Principales procesos psicoterapéuticos que apoyan a la salud mental de los adolescentes en hogares sustitutos	28
2.4.1 Descripción de las técnicas más utilizadas	28

### **Capítulo 3**

#### **Referente Metodológico**

3.1 Metodología para la sistematización de Práctica Profesional Dirigida	33
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida	33
3.3 Población atendida en el centro de práctica	34
3.4 Cronograma de actividades realizadas	34
3.4.1 Actividades normales de práctica	35
3.4.2 Talleres u otras actividades especiales	35
3.5 Programa del curso de la Práctica Profesional Dirigida	35

### **Capítulo 4**

#### **Presentación de Resultados**

4.1 Análisis de resultados	36
4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida motivo de la presente investigación	37
4.3 Logros obtenidos	58
4.4 Limitaciones	58

Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias	61
Anexos	65

## Resumen

El presente informe de sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, como proceso final de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede Central, comprende una investigación cualitativa con temática psicológica, relacionada con uno de los casos clínicos que se atendieron, en el período de los meses de marzo a noviembre del dos mil trece, en la ONG Buckner, ubicado en Manzana G Lote 15 Sector B-3, Zona 8 de Mixco, San Cristóbal. Trabajando con adolescentes entre 12 a 17 años de edad, pertenecientes a nivel socioeconómico bajo, con necesidades básicas insatisfechas y con derechos vulnerados.

En el primer capítulo se realiza una descripción completa de la asociación y los objetivos de la presente sistematización.

El segundo capítulo presenta la base teórica de la sistematización, relacionado con las causas por las cuales los adolescentes ingresan a los hogares sustitutos desde un marco psicológico, que busca evaluar las conductas en términos de las teorías del desarrollo y proceso evolutivo humano, así como las posibles consecuencias, en el plano biopsicosocial del adolescente tomando en cuenta una intervención psicológica y tipos de prevención.

En el tercer capítulo se menciona la metodología de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida y las técnicas utilizadas en todo el proceso con los pacientes. Los consultantes fueron atendidos con toda la ética y profesionalismo que se requiere. Se realizó con cada paciente un proceso psicodiagnóstico para evaluar el problema que presentaba, llegar a un diagnóstico y al mejor plan de tratamiento. Se inició con una entrevista clínica prolongada para llegar a establecer una serie de hipótesis, luego se seleccionó una batería de pruebas que mejor se adaptaba al problema, con el fin de corroborar dicha hipótesis. Al mismo tiempo se presenta el cronograma de actividades realizadas durante el presente año.

En el cuarto capítulo se presenta el análisis de los resultados y el caso que lo sustenta. Finalmente, se hacen unas conclusiones y recomendaciones.

## Introducción

Guatemala es un país conformado por una diversidad de pueblos, cuenta con una cultura y cosmovisión propia. La sociedad impone a sus integrantes ritmos de vida, de allí devienen formas de vida, a veces un tanto agitadas, como en el caso de la ciudad y un poco más tenues en el interior. Estos ritmos de vida van influyendo en el carácter de las personas, siendo hiperactivo y más violento lo que trae consecuencias tipo negativas que ocasionan graves problemas de conductas en adolescentes.

En la sociedad guatemalteca, hay aspectos que alimentan esa causa como el abandono, malos tratos, carencia de trabajo, ocasionando una cadena de resultados como tensión, conflicto y violencia en el mundo de los adultos, palpándose en sus relaciones con los menores a quienes ocasionan malos tratos y en muchos casos los abandonan. Los aspectos antes señalados, van de la mano con la falta de atención del Gobierno hacia sectores desprotegidos y como consecuencia se carece de programas preventivos, educativos, recreativos y deportivos que sean dirigidos a la juventud en especial; esta carencia propicia el surgimiento de pandillas (maras), abandono del hogar, prostitución, delincuencia, abusos sexuales, entre otros.

En Guatemala, existen pocas instituciones que trabajen con adolescentes, y estas no orientan sus objetivos a los programas de prevención y orientación juvenil, sino que al contrario todos los enfocan hacia programas de sostenimiento o sea, que no tratan las causas (drogadicción, alcoholismo, desintegración familiar, abandono, orfandad, abuso sexual y otros riesgos sociales), sino los efectos y de allí deviene una sociedad desvalorizada, cuyo mayor porcentaje son los adolescentes.

En estas circunstancias, se puede observar el sufrimiento de las víctimas, que motivó la presente investigación, ya que con el aporte que se quiere realizar, se contribuirá a fortalecer el conocimiento del tema, al personal de la asociación y así mismo, esta investigación puede ser beneficioso, para estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, quienes durante sus prácticas, pueden participar de una forma más activa en las instituciones educativas para orientar.

# Capítulo 1

## Marco de Referencia

### 1.1 Descripción de la Institución

La Práctica Profesional Dirigida se realizó en Buckner International, fundada por el Dr. Robert Buckner basado en el mandato de Jesús en el año de 1879, con el propósito de ayudar a viudas y huérfanos.

Buckner Guatemala es una asociación civil, sin fines de lucro, orientada a servir a niños, niñas y adolescentes, en estado de vulnerabilidad y desprotección, así como a familias en pobreza y pobreza extrema. A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo; facilita las herramientas necesarias a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar su calidad de vida.

Buckner brinda a los jóvenes, servicios médicos dentales, incluye clínicas de salud Centros operados que proporcionan servicios básicos de salud, así como un programa de intervención contra el VIH / SIDA, incluyendo el manejo de casos, servicios médicos y de ayuda humanitaria.

Familia / Vida Educación: Formación especializada que ofrece a los niños y las familias para mejorar personal y / o bienestar de la familia, incluida la crianza de los hijos, nutrición, higiene y alfabetización clases.

Ministerio Evangélico: Adultos conexión con los niños en situación de riesgo, proporcionando el desarrollo basado en la fe de caracteres, una influencia positiva y un fuerte modelo de conducta a través del contacto regular en grupo y los ajustes individuales.

Formación Profesional: Programación que provee habilidades de trabajo, capacitación tecnológica, apoyo educativo y capacitación para el desarrollo de caracteres basado en la fe.

Centro de Defensa del Niño de las víctimas de abuso sexual y la trata, la ONG Buckner Guatemala, en colaboración con la Misión Internacional de Justicia, se ha desarrollado un programa de apoyo a las víctimas del abuso y el tráfico sexual. Actualmente Buckner International tiene programas alrededor del mundo, provee servicios que incluyen cuidado residencial y acogimiento familiar, programas de prevención, servicios para ancianos, oportunidades para realizar viajes a misioneros y programas de ayuda humanitaria.

La misión se define a través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo; Buckner Guatemala facilita las herramientas necesarias a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar su calidad de vida. Por otra parte, la visión es ser una institución pionera en protección, prevención, fortalecimiento familiar y desarrollo integral que promueva los derechos de niñas, niños, adolescentes y familias en Guatemala en estado de vulnerabilidad. Buckner cuenta con dos programas principales:

#### 1. Prevención

- Centros de Transformación Comunitaria (CTC), San José Pinúla

Su principal objetivo es contribuir en el mejoramiento de la calidad y el nivel de vida de las familias guatemaltecas que se encuentran en situación de riesgo, a través de actividades que permitan el desarrollo personal e integral de la persona y grupos familiares para así disminuir las problemáticas individuales y colectivas.

Por lo mismo, es de suma importancia las donaciones en especie de empresas guatemaltecas, alianzas con organizaciones lucrativas y no lucrativas que quieran ayudar a los niños, proyectos de recaudación de fondos y apoyo de voluntarios.

El centro cuenta, con diferentes áreas de servicio a la comunidad en general, sin embargo su prioridad es atender a familias de escasos recursos. Los integrantes del centro son un grupo de ayuda en todos los sentidos, viajan hacia el interior del municipio en busca de grupos necesitados, acompañados por profesionales de las ciencias sociales, así como médicos y odontólogos.

- Consultas y jornadas médicas.
  - Asesoría social.
  - Jornadas Odontológicas dentro y fuera de la institución.
  - Clases diarias de idioma inglés.
  - Clases diarias de computación.
  - Alfabetización con el apoyo de CONALFA.
  - Talleres de bordado.
  - Talleres de capacitación a niñeras.
- Centro de Defensoría Infantil (CDI)

Se atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, que han presentado denuncia ante las autoridades pertinentes en el Departamento de Guatemala.

Dentro de los servicios están:

- Atención social: (visita domiciliar, ubicación de recurso familiar idóneo).
- Atención médica: (exámenes generales de salud, ginecología, odontología; traumas por el hecho).
- Atención psiquiátrica.
- Atención psicoterapéutica: individual, grupal y preparación para Cámara Gesell.
- Elaboración de informes: psicológicos y sociales, cuando se requieran para el seguimiento legal del caso.
- Presentación de informes y asistencia a los juzgados de niñez y adolescencia cuando sea necesario.
- Seguimiento a la medida de protección.

Los programas de prevención y programa de Escuela de padres en el CDI, es una organización que vela por los derechos humanos y brinda atención integral a largo plazo a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos económicos, que han sido vulnerados en sus derechos, apoyándoles en su recuperación integral.



Procuran una coordinación con instituciones del gobierno y contribuyen con la averiguación de la verdad y el sistema de protección.

- Centro de Transformación Comunitaria, El Cerrito

En el año 2002, Buckner se proyectó a las necesidades guatemaltecas, esto a través de impulsar una organización no gubernamental, es decir apoyada por donaciones de organizaciones empresariales, iglesias, universidades norteamericanas. Actualmente Buckner recibe ayuda de instituciones guatemaltecas como la Cervecería Centroamericana y Banco de alimentos de Casa de Dios.

El Centro de transformación Comunitaria “El Cerrito” ha prestado importancia a la atención de individuos víctimas de abandono, abuso sexual y psicológico. Este centro representa una asociación civil sin fines de lucro, orientada a servir a individuos en estado de vulnerabilidad y desprotección, así como a familias en pobreza y pobreza extrema, esto con el objetivo principal de fortalecer la dinámica familiar; preservar la integración, facilitando herramientas de desarrollo que contribuyan a mejorar su calidad de vida, disminuyendo la problemática social.

## 2. Protección

- Hogares de Protección en Modelo Familiar

Brinda protección a adolescentes, que no cuenten con recurso familiar idóneo o no tengan posibilidad de ser adoptados, quienes deberán ser referidos por orden de Juez, o trasladados del Hogar Seguro, Virgen de la Asunción, para integrarse a un modelo residencial familiar, donde se les brindará la oportunidad de tener una transición exitosa a la vida independiente, proveyéndoles servicios que incluyen vivienda, educación (formal y vocacional), habilidades de vida, y planificación de una carrera.

- Albergue de Emergencia para niñas víctimas de Violencia Sexual

Brinda protección y restauración inmediata para las adolescentes que han sido víctimas de abuso o tráfico sexual que no cuentan con un recurso familiar idóneo. Este programa, por ser de emergencia, sirve a las víctimas por un período de 90 días, en los cuales las adolescentes reciben atención inmediata a sus necesidades causadas por el abuso. Algunas de las víctimas son también asistidas por el Centro de Defensoría Infantil en el área legal, social y psicológica.

- Familias Sustitutas

Apoyar y fortalecer al programa de Familias Sustitutas de la Secretaría de Bienestar Social en la promoción y divulgación del programa, así como en el reclutamiento y evaluación de familias comprometidas con la niñez guatemalteca, que deseen brindar un hogar de forma temporal a las niñas, niños y adolescentes que actualmente residan en los hogares de protección, administrados por la Secretaría de Bienestar Social, con el fin de contribuir a restituir el derecho de los NNA, a vivir en un ambiente familiar seguro y positivo que les proporcione recuperación integral.

## 1.2 Ubicación de la Institución

Buckner se encuentra en la ciudad de Guatemala, ubicado en Manzana G Lote 15 Sector B-3, Zona 8 de Mixco, San Cristóbal.

La asociación cuenta con hogares de protección con diferentes nombre, Génesis ubicado en calle 13-52 sec. B-1, zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal, Marta y María ubicado en 5ta ave. "A" 13-48 sec. B-2, zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal y León de Judá ubicado en 2a. calle sec. B-1, residenciales Los Pinos, zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal y cuenta con el albergue de protección y restauración en la 5ta. calle "B" 14-10 manzana "H" lote 9 sector B-2, zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal, se encuentran ubicadas aproximadamente entre 1 a 2 kilómetros los demás hogares en la misma colonia.

### 1.3 Organización

Buckner Guatemala cuenta con una Junta directiva, director principal ejecutivo, secretaria de dirección y el director de programas internos de cada comunidad. El director ejecutivo participa como facilitador entre la comunidad, junta directiva y patrocinadores, quién además vela por el cumplimiento de objetivos y lineamientos de la asociación.

Buckner cuenta con directores especializados en áreas diferentes y se organiza de la siguiente forma:

- Alternativas de protección
  - Directora familias sustitutas
  - Psicóloga
  - Coordinadora de hogares
  - Trabajo social
  
- Prevención y fortalecimiento familiar y comunitario
  - Director CDI
  - Coordinadora CDI
  - Coordinadora de servicios médicos
  
- Desarrollo y asistencia comunitaria
  
- Administrativo financiero

## 1.4 Programas Establecidos

Se brinda apoyo sobre 3 programas prioritarios en los hogares de protección:

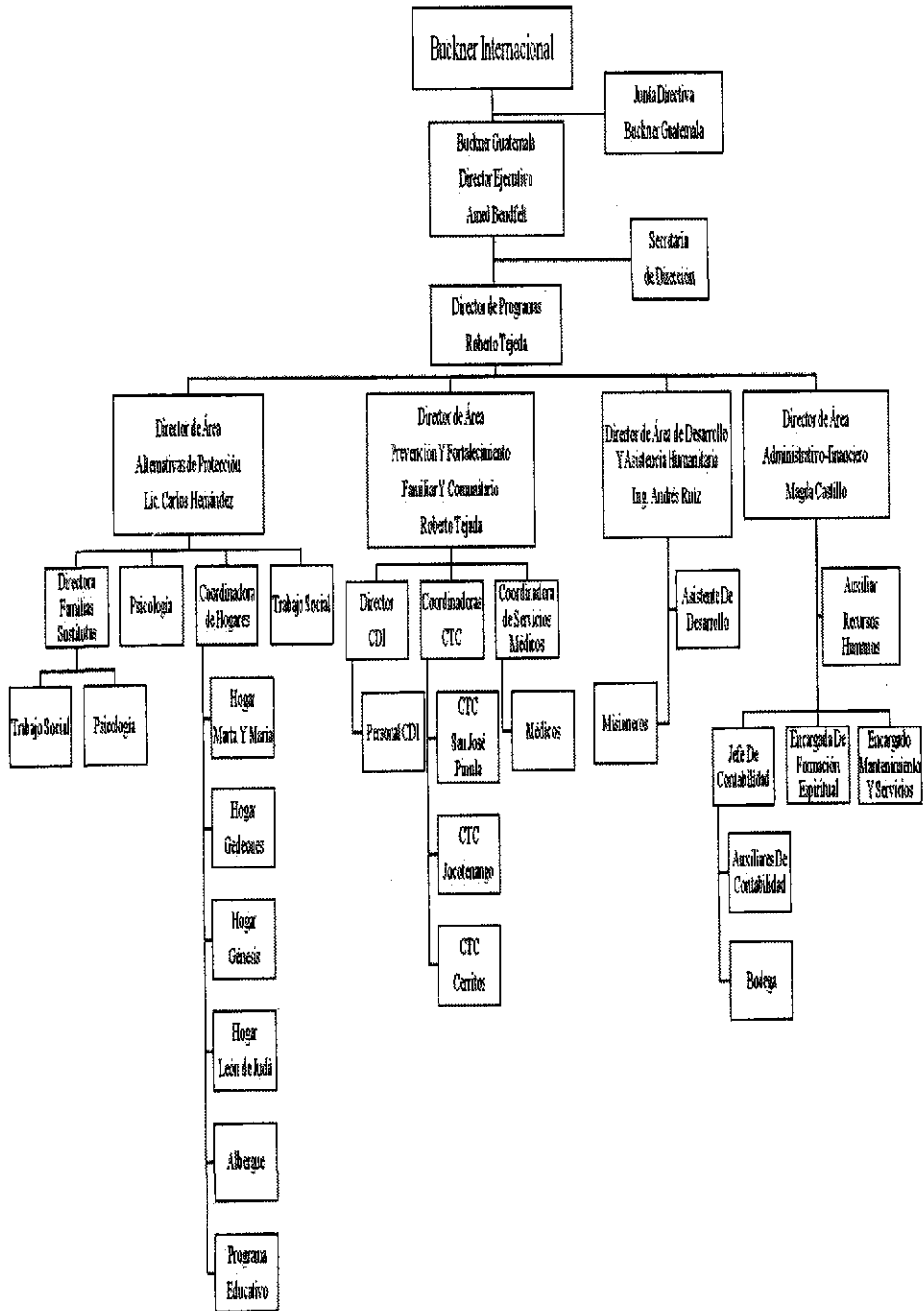
- Maltrato
- Abuso sexual
- Violencia intrafamiliar

Estos programas cubren los hogares, Génesis, Marta y María, León de Judá y el Albergue.

La temática a trabajar actualmente es ésta, pero en casos especiales se puede variar dependiendo de la situación o necesidad del NNA, sin embargo los perfiles que no se trabajan son callejización y consumo de drogas alcohol, cigarrillos, entre otros.

## 1.5 Organigrama

Ver siguiente página.



## 1.6 Planteamiento del problema

En Guatemala son miles de adolescentes, que carecen de cuidados al no tener garantizada la condición básica del desarrollo infantil, los motivos de la falta de cuidado parental son múltiples, variados y complejos, así como lo son las causas y consecuencias de esta situación sobre la vida de los adolescentes, se mencionan síntomas como, la inseguridad, el miedo, la violencia intrafamiliar, la desigualdad, la falta de educación, los sentimientos profundos de soledad, el sentimiento de incompreensión, un aislamiento de la sociedad en general de su entorno, la incertidumbre frente al futuro y no saber que será de ellos o ellas, una baja autoestima y por supuesto las implicaciones psicológicas agudas y determinantes.

Para identificar las causas que generan la inestabilidad emocional debido al cuidado en hogares sustitutos en los adolescentes, es necesario remitirse a las principales problemáticas económicas, sociales y culturales que viven; ya que han formado parte con anterioridad, de un grupo en situación de riesgo.

En base a las situaciones descritas, si estas continúan se visualiza que conforme pasen los años de crecimiento en los adolescentes seguirá acrecentándose la inestabilidad emocional, paternidad y maternidad irresponsable, delincuencia, adicciones, resentimiento hacia la sociedad, comportamientos disociales, conflictos con la ley, violencia, abusos, y sobre todo identificarse con maras.

Siendo este pronóstico psicosocial preocupante el que provoca generar propuestas psicoeducativas que fortalezcan disminuir los riesgos en los adolescentes a través de seguir informando y formando a padres y madres de familia y continuar enriqueciendo los protocolos de protección y acción de los cuidadores en estos hogares.

En la situación planteada anteriormente se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son las principales razones, por las cuales hay tantos adolescentes en hogares sustitutos?

## 1.7 Objetivos

### Objetivo general

- Investigar las principales razones por las cuales los y las adolescentes llegan a hogares sustitutos.

### Objetivos específicos

- Identificar las causas más comunes que generan que muchos adolescentes vivan en hogares sustitutos en Guatemala.
- Describir las principales conductas de los adolescentes de los hogares sustitutos.
- Detallar los efectos en la vida de cada uno de los adolescentes que viven en hogares sustitutos.
- Enumerar principales procesos psicoterapéuticos que apoyen a la salud mental de los y las adolescentes en hogares sustitutos.
- Estructurar un perfil de estrategias relacionado al tema de los adolescentes sobre los factores de protección, como aporte al centro donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

## 1.8. Aporte

Estrategias de factores protectores en los hogares en el desarrollo del adolescente, adjunto en anexos.

## Capítulo 2

### Referente Teórico

#### 2.1 Hogares sustitutos en Guatemala

Se puede decir, que una persona esta en riesgo cuando existe un déficit en cuanto a provisión de estímulos físicos y afectivos en un momento de su desarrollo.

Los Hogares Sustitutos, corresponden a una medida de restablecimiento de derechos orientados a garantizar el ejercicio de los derechos de la infancia y la adolescencia.

Se define como una modalidad de atención que corresponde a una medida de protección provisional, que toma la autoridad competente y consiste en la ubicación del niño, niña o adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen.

En Guatemala en la actualidad hay 164 hogares en toda la República, donde se atiende un promedio de 276 niños, niñas y adolescentes. En relación al tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes en los Hogares Sustitutos, los lineamientos técnico administrativos afirman que esta no puede exceder los 6 meses, tiempo prorrogable únicamente a 6 meses más.

##### 2.1.1 Historia de los hogares sustitutos en Guatemala

De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social (2007), los hogares sustitutos surgen en la década de los años 70, “como una modalidad familiar y comunitaria orientada a prevenir la deprivación afectiva de los niños, las niñas y los adolescentes, que se presentaba en las instituciones.” (p. 8). Así, se buscaba disminuir la atención de los niños y las niñas en medio institucional, a la vez garantizar un entorno familiar y el establecimiento de vínculos afectivos.

Inicialmente en los hogares sustitutos se involucraban los niños y las niñas menores de 12 años en situación de peligro y/o abandono, no se incluían aquellos con enfermedades infecto contagiosas, con problemas graves de conducta o con limitaciones físicas y/o mentales, ni aquellos cuyas familias tuviesen problemas de tipo económico.



En 1985 se incluyen para recibir el servicio a los niños y las niñas y adolescentes con limitaciones físicas o mentales, con situaciones familiares de pobreza y a aquellos con padres abusadores y maltratantes, cuya procedencia fuera urbana, eventualmente los niños y las niñas y adolescentes de zonas rurales también podían acceder al servicio.

En el año 1989 los hogares sustitutos empiezan a funcionar de acuerdo con lo estipulado por el Código del Menor. Posteriormente se consideraron a los niños y las niñas que fueran víctimas de situaciones como el conflicto armado, la explotación sexual y algunas situaciones de salud. También se contemplaron aquellos niños en situaciones de vulnerabilidad relacionadas con la violencia intrafamiliar, el incesto, las enfermedades psiquiátricas de los padres, la desintegración familiar, las condiciones de desempleo y de adicción de los padres.

### 2.1.2 Definición

El reglamento de hogares sustitutos, aprobado y publicado el 7 de julio de 1958, por el Presidente Constitucional de la República José Manuel Ydigoras Fuentes, Artículos 1 y 2. Reglamento de Hogares Sustitutos. Lo define en su artículo 1o de la siguiente manera:

“Se entiende por hogar sustituto, aquel que viene a reemplazar el hogar natural de un menor, del cual éste se ha visto privado por diversas razones de tipo social, utilizándose generalmente para los menores que carecen de hogar y para aquellos que aún teniéndolo, no reciben la atención que requieren debido al abandono, inmoralidad, crueldad o incapacidad física o mental de sus padres o parientes”. Artículo 1 y 2. Reglamento de Hogares Sustitutos.

Continúa manifestando que, un hogar sustituto por lo tanto, tiene por finalidad ofrecer al menor que acoge, la seguridad, cariño, educación y orientación adecuada para su normal desarrollo.

Los hogares sustitutos, funcionan como una alternativa al internamiento y a la adopción de niños niñas y adolescentes en situación de riesgo social. Este programa se inició sin existencia de un reglamento en el año de 1951, con el propósito de brindar protección en el marco de la familia a los menores en orfandad o riesgo social.

Aunque es uno de los más antiguos, es también uno de los programas que mejor reflejan la nueva visión de la secretaría de bienestar social, en el sentido de rescatar a la familia como el entorno natural para el desarrollo del menor abandonado.

### 2.1.3 El cuidado en los hogares sustitutos

Frente a una situación de crisis familiar, definida como de alto riesgo para los adolescentes, los hogares sustitutos se constituyen como una forma de garantizar la protección de esta población, y de posibilitar la prevención de consecuencias negativas que la situación de crisis pueda tener sobre su desarrollo, al brindar los cuidados que se requieren y al responder a las diferentes necesidades de los adolescentes acogidos.

De esta manera es fundamental, para el adolescente que ingresa al programa, que se contemple su realidad personal y sociocultural, orientando las acciones al enriquecimiento del ambiente conocido previamente, permitiéndole de esta manera, compensar posibles déficit, causados por la marginación social, característica muy común de los adolescentes que ingresan a los hogares sustitutos. El cuidado sustituto resulta ser una alternativa para los adolescentes, gracias a la tarea que los cuidadores desempeñan, la cual logra aportar en la recuperación física y emocional; y de esta manera garantizar su bienestar.

### 2.1.4 Principales hogares en Guatemala

- Los Hogares y Multihogares de Cuidado Diario

Consiste en una modalidad no tradicional de atención a niños y niñas menores de 6 años de edad residentes en comunidades urbano marginales y rurales catalogadas en situación de pobreza y pobreza extrema.

- Los Centros Infantiles Comunitarios de Cuidado Diario

Constituyen una estrategia para contribuir al enfrentamiento de la pobreza, propiciando la participación organizada de la comunidad y la articulación interinstitucional.

La atención que se brinda a los niños y niñas tiene varios componentes: cuidado y resguardo; alimentación y nutrición; salud preventiva y curativa y educación inicial.

- Hogar de Atención Integral

Estos son más conocidos como guarderías, ofrecen atención y ayuda a hijos e hijas de madres y padres trabajadores, comprendidos entre 0 y 6 años de edad, durante la jornada laboral.

- Los Hogares de Medio Tiempo

Son una modalidad donde se reciben 2 grupos de 10 escolares, entre 5 y 14 años quienes reciben atención, alimentación, actividades psicopedagógicas, apoyo en las tareas escolares y refuerzo de conocimientos adquiridos, con ayuda del voluntariado juvenil y un coordinador.

- Los Hogares Temporales

Se atienden niños y jóvenes de ambos sexos que han sido víctimas de algún hecho como maltrato, abandono, abuso, explotación o cualquier otro que atente contra la integridad, seguridad, salud y dignidad.

- Hogares Sustitutos

Consiste en la ubicación de niños y jóvenes de ambos sexos en hogares integrados para su desarrollo en el seno familiar, en lugar de su internamiento en una institución. Estos niños fueron retenidos por los juzgados de menores por abuso, abandono y/o maltrato.

- Hogar sustituto subvencionado

Es aquel al que se le paga una cuota o pensión a la familia con quien ha sido integrado el niño/a o el adolescente.

Hay dos clases de hogares subvencionados

- El hogar de los familiares del adolescente, que se constituye como un hogar sustituto, se le paga una cuota de acuerdo con las posibilidades económicas de la familia.

- El hogar sustituto propiamente dicho, con quien el adolescente no posee ningún vínculo familiar y se rige según lo estipulado en el reglamento respectivo, siempre se le asigna una cuota monetaria mensual.
  
- Hogar sustituto gratuito

Es el Hogar que ofrece total atención al menor, sin costo alguno para el programa.

Los padres sustitutos, cuidan de los niños, niñas y adolescentes bajo la supervisión de la institución sin ayuda económica, porque su situación económica les permite sostenerlos.

- Hogar sustituto adoptivo

Se considera también hogar sustituto al hogar adoptivo, que es aquel en que los padres y madres sustitutos se proponen adoptarlo siguiendo el proceso legal establecido.

### 2.1.5 Causas más comunes por las que ingresan los adolescentes en hogares sustitutos en Guatemala

Para identificar las causas que generan la pérdida del cuidado parental en los adolescentes, es necesario remitirnos a las principales problemáticas económicas, sociales y culturales que viven actualmente en Guatemala, de este modo podemos agrupar las causas dentro de los siguientes conjuntos de problemáticas: económicas, que generan también otro tipo de migración, así como devienen en numerosas situaciones de vulnerabilidad familiar tales como la falta de acceso a salud, educación y vivienda, desnutrición de adultos y niños, las que, a su vez, están íntimamente vinculadas con problemáticas sociales y culturales como violencia familiar, adicciones, trabajo infantil y explotación sexual comercial, a las que se suman situaciones de discriminación ante la discapacidad y el origen étnico de la población.

La mayoría de adolescentes se integran a instituciones por orden de un juez, que les aleja de una familia violenta o negligente.

También hay casos donde la propia madre ha pedido que se le ayude porque ella no puede hacerse cargo de las niñas y niños, entonces se les integra a un programa de familias sustitutas, siendo las más comunes:

- Abandono de personas

El abandono de personas significa dejarlos solos, dejarlo desprovisto, desampararlo, pero en el caso de los niños, niñas o adolescentes, es aún más grave por la invalidez que los mismos tienen para ciertas acciones de sobrevivencia.

La Constitución advierte, que es censurable la negativa a proporcionar alimentos en la forma que la ley prescribe, especialmente a las personas que tienen derecho a recibirlos. Artículo 55. Constitución Política de la República de Guatemala.

Legalmente los jueces resuelven la situación de abandono, si después de buscar el recurso familiar pertinente, este no es encontrado, se otorga la guarda y custodia a la directora de alguno de los hogares temporales de la secretaría de bienestar social, a familias integradas o bien a centros particulares en algunos casos.

El juez siempre mantiene un control de los mismos, por medio del departamento de trabajo social de los juzgados de primera instancia para niños, niñas y adolescentes.

- Riesgo social

El concepto riesgo social es muy amplio, abarca situaciones como lo son: maltrato infantil, inmoralidad, trabajo forzoso de menores, prostitución, abandono, *orfandad*, entre otros, por lo que resulta muy difícil de definir.

La protección social del menor limita poner en riesgo su integridad física, moral, espiritual y económica, lo que obliga al estado a actuar a través de sus instancias. Al respecto del tema de hogar, el diccionario como el pequeño Larousse indica que hogar es “vida de familia”, como también le atribuyen el “sinónimo de familia, vida de padres/madres e hijos/as”.

Este concepto contiene la responsabilidad de convivir como familia, otorgar al nuevo integrante los mismos derechos y obligaciones, cariño, amor, protección integral y de desarrollo. Se debe legislar sobre hogares sustitutos, considerando instituciones civiles como hogar, familia, las cuales son la base, estructura o soporte de cualquier sociedad.

- El maltrato infantil

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores.

Cuando se habla de maltrato se hace referencia a varios categorías:

- Maltrato físico: Cualquier acción no accidental por parte de cuidadores o padres que provoque daño físico o enfermedad en el niño o adolescente le coloque en grave riesgo de padecerlo.
- Negligencia y abandono físico: Situación en las que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección, educación y/o cuidados de salud) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.
- Maltrato emocional: Se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.
- El abandono emocional: Se define como la falta persistente de respuesta a las señales expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciales por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta.
- Abuso emocional: Concorre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño o niña o adolescente.

Al ejercer una violencia emocional, se les causa problemas psicológicos, los cuales repercuten en indicadores que ayudan a determinar que algo afecta al niño o al adolescente tales como los siguientes:

#### Indicadores Físicos

- Obesidad.
- Afecciones de la piel.
- Asma.
- Alergias.
- Úlceras.

#### Indicadores de comportamiento

- Problemas de aprendizaje.
  - Fallas en el desarrollo.
  - Movimientos rítmicos repetitivos.
  - Extremadamente agresivo o retraído.
- El Abuso Sexual: Es entendido como todo acto de tipo sexual (con o sin contacto) realizado a la fuerza, mediante engaños o sobornos, por una persona mayor (con una diferencia de al menos cinco años respecto a la víctima) contra un menor de edad, con el cual se pretende satisfacer las necesidades sexuales del abusador o de un tercero.

El abusador generalmente logra su propósito valiéndose del engaño, el chantaje emocional, la fuerza o aprovechando que tiene autoridad sobre él o ella, es muy común también que el abusador le exija al niño o niña que guarde el secreto. Existen dos elementos fundamentales cuando se habla de abuso sexual, la coerción que hace referencia al ejercicio del poder y la asimetría de la edad que lleva implícita.

## 2.2 ¿Quiénes son los adolescentes?

Según la teoría de Hall Haeckel, fue quien mantenía que el desarrollo del embrión humano, repetía la evolución filogenético de los embriones. La persona pasa diferentes etapas desde la infancia a la adolescencia recorriendo fases del estado animal. Hall mantenía que la adolescencia era la etapa más decisiva del desarrollo humano, puesto que en ella podían producirse un mayor número de transformaciones que en las etapas anteriores.

La diferencia más notoria entre Freud y Hall, es que según Freud, los primeros años de vida influyen decisivamente en las etapas posteriores. Coincidieron ambos en la consideración de la adolescencia como etapa de storm y stress. Llega a una etapa de sexualidad genital que proviene del lívido con carácter de satisfacción urgente por cambios fisiológicos.

A esta aportación Anna Freud, introduce una cierta novedad en la posición psicoanalista al considerar que la adolescencia es una etapa en la que la estructura del carácter puede tener cambios importantes según se resuelvan las tensiones entre tres mecanismos a saber: Los considerables impulsos del ello, favorecidos por los cambios fisiológicos y hormonales que se producen en la adolescencia. La resistencia del yo ante estas fuerzas instintivas, en relación con el grado de desarrollo, que el superyo haya alcanzado en la etapa de lactancia. La propia fuerza del yo a través de los mecanismos de defensa característicos de esta etapa, como son la intelectualización y la sublimación.

Así la adolescencia, es un período en que se producen procesos de individualización, se producen comportamientos regresivos como la idealización de modelos alternativos a las figuras materna y paterna e ideas de grupos y pandillas.

Re surge en el y la adolescente la ambivalencia en sus relaciones sociales y afectivas; lucha por ser independiente pero depende de amigos y familia. Se desvincula de objetos habituales y le produce una sensación de pérdida, próxima al duelo. Según estas teorías todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio.



El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Estas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia.

Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto.

La adolescencia ha de ser entendida; como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. Los adolescentes se encuentran en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño o niña. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificadoras.

En todo este proceso los adolescentes necesitan de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él o ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”.

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.

Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.

Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

### 2.2.1 Factores de riesgo en los adolescentes

Cuando se aborda la atención a la salud integral, de los adolescentes se debe prestar una especial atención al concepto de riesgo, entendido como probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan en una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales.

El conocimiento de los riesgos no debe ser la excusa para refugiarnos en el pesimismo ante el devenir de la juventud actual. Debe ser, más bien, el aliciente para demostrar la necesidad de diseñar programas preventivos, organizar sistemas asistenciales que sean válidos, e intervenir cuando la ocasión lo requiera.

Conviene distinguir entre factores de riesgo, conductas de riesgo y situaciones de riesgo.

1. Factores de riesgo: "Son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir". Los factores de riesgo pueden ser causa directa de daño o actuar como moduladores del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

2. Conductas de riesgo: "Son aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura".

Hay que entender que ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino personal hacia la autonomía y la independencia.

3. Situaciones de riesgo: “Son aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social”. Una situación de riesgo que afecte a la adolescencia puede ser la permisividad en el uso de las drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes. Una situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal.

### 2.2.2 Conductas mas frecuentes en adolescentes que viven en hogares sustitutos

Las y los adolescentes que por diversas razones viven en hogares sustitutos son los más expuestos a discriminación y exclusión, y a factores de riesgo que, a su vez, pueden hacerlos más vulnerables al abuso en sus diversos niveles, explotación y al abandono.

Algunas de las características importantes sobre las conductas más frecuentes de los adolescentes son:

#### Físico

- Pesadillas.
- Problemas de sueño.
- Desorden del apetito (bulimia, anorexia).
- Alergias.
- Ulceras.
- Infecciones.
- Aumento general de trastornos somáticos.

#### Conductual

- Fugas.
- Conductas autolesivas o suicidas.

- Hiperactividad.
- Hipervigilancia.
- Baja del rendimiento académico.
- Depresiones.

#### Emocional

- Miedo generalizado.
- Agresividad.
- Culpa.
- Inseguridad.
- Vergüenza.
- Aislamiento.
- Ansiedad.
- Cambios de humor.
- Baja autoestima y sentimientos de estigmatización/ rechazo al propio cuerpo.
- Síndrome de stress postraumático.

#### Sexuales

- Conocimiento sexual precoz o inapropiado.
- Masturbación compulsiva.
- Exhibicionismo.
- Problemas de identidad sexual.

#### Sociales

- Déficit en habilidades sociales.
- Retraimiento social.
- Conductas antisociales.
- Miedo.

### 2.2.3 Tipos de familias de donde provienen las y los adolescentes que viven en hogares sustitutos

Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias.

La OMS define a la familia como: "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

Una forma de clasificar a las familias es de acuerdo a su composición:

- Familia Nuclear: Es la que está formada por el padre, la madre y los hijos.
- Familia monoparental: En la que uno de los padres ha fallecido.
- Familia Extensa: Formada por los padres, los hijos (as) y otro pariente.
- Familia Compuesta: Formada por los padres, los hijos (as) y por no parientes.
- Familia de Tres Generaciones: Formada por abuelos, padres e hijos (as).
- Padre (soltero) o Madre (soltera) con hijos (as): Padre o madre solteros, con hijos (as), en los que el matrimonio no se ha realizado.

Según su desarrollo:

- Familia Rural: Es aquella familia que vive en un lugar de menos de 1, 500 habitantes.
- Familia Urbana: Es aquella familia que vive en un lugar de más de 1, 500 habitantes.

De acuerdo a su función:

- Familias Acordeón: Uno de los progenitores permanece alejado por períodos prolongados.
- Familias Cambiantes: Cambian constantemente de domicilio.

- Familias Reconstituídas: Familias con padrasto o madrastra. Cuando una persona con hijos se casa de nuevo.
- Familias Psicósomáticas: Son familias aglutinadas donde hay sobre protección, fusión o unión excesiva entre sus miembros, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema, con un miembro susceptible a la enfermedad y que es triangulado en una relación conflictiva.

Según su integración:

- Integrada: Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada: Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.
- Desintegrada: Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación.

La funcionalidad familiar se mide en términos de adaptabilidad y cohesión.

**Cohesión:** Vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: desligada, separada, conectado, aglutinada.

**Adaptabilidad:** Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.

## 2.3 Efectos en la vida de los adolescentes que viven en hogares sustitutos

El conocimiento de los efectos que surgen en la vida de los adolescentes nos ayudan a promover una mejor salud mental.

### 2.3.1 Efectos a nivel emocional

- La soledad

La soledad es un problema muy común, existe en todas partes, entre toda clase de gente. Dice el Doctor Gary Collins:

“La soledad es la dolorosa percepción de que carecemos de contactos significativos con los demás”.

La soledad además de afectar a los adultos afecta aún más a los adolescentes; puede ser abrumadora, perturbadora y aún devastadora. Muchos adolescentes se sienten solos porque no cuentan con el apoyo y el afecto de sus padres, encargados los cuales hacen llenar un vacío que luego se convierte en actitudes negativas para los adolescentes.

- La ansiedad

Según el Dr. Gary Collins, la ansiedad es la emoción oficial de nuestra época. Los doctores Frank Miniurt y Paul Meyerlo llaman la causa básica de la mayoría de los problemas psiquiátricos. La psicóloga Mary Tíford, caracteriza a los adolescentes diciendo que regularmente les agobia la ansiedad. Ella describe que los tipos de desafíos que enfrentan, sencillamente son demasiado difíciles para ellos.

La ansiedad que generan los adolescentes que viven en hogares sustitutos, también puede ser causada por un rechazo u hostigamiento por parte de sus compañeros de grupo, la probabilidad de un hogar inseguro, la angustia de no saber que pasara con ellos o cualquier otra amenaza real o percibida.

- La ira

La ira es otro de los problemas que afectan a los adolescentes. Es muy común durante la adolescencia y muchas veces es consecuencia de la amargura. Esta ira va aumentando hasta explotar en peleas, calumnias y otras formas de malicia, es un tipo de respuesta que esconde el miedo ante la imposibilidad de expresar sentimientos y necesidades que, con frecuencia, quedaron bloqueadas durante la infancia.

Algunas causas principales de la ira en los adolescentes son:

- La frustración
- Las ofensas
- Las amenazas
- El temor

Una porción considerable de estos adolescentes, sufre de fuertes sentimientos de infelicidad y desesperación.

- La baja autoestima

Muchos adolescentes se sienten con muy baja autoestima. La causa principal es el abuso causado anteriormente y la inestabilidad emocional; no solamente el abuso sexual o el abuso físico como son los golpes, sino el maltrato emocional que pueden sufrir en el hogar, la escuela como comentarios sarcásticos de los compañeros, maestros, gente lejana o acciones disciplinarias que tienen que ver con el fin de avergonzarles ante la sociedad.

### 2.3.2 Efectos a nivel social

Los efectos a nivel social, son muy evidentes en los adolescentes ya que generan cierta ansiedad por no poder tener una buena habilidad social con su entorno, las relaciones interpersonales mal manejadas generan timidez y esto provoca un fuerte desequilibrio emocional provocando angustia y baja autoestima.



### 2.3.3 Efectos a nivel espiritual

La manera en que la religión puede conceptualizarse es muy útil dentro del entorno de los hogares, ya que ayuda al descubrimiento de los adolescentes y sobre todo a poder perdonar y sanar sus heridas internas. Les enseñan a ofrecer el servicio ayudando al prójimo, prestando algún servicio a los demás sin esperar ningún tipo de reconocimiento o recompensa material, ya que se les enseña que es por amor y respeto mutuo; enseñan la palabra de Dios haciendo devocionales semanales ya que esto les ayuda a reforzar su fe y sus creencias.

### 2.4 Principales procesos psicoterapéuticos que apoyan a la salud mental de los adolescentes de hogares sustitutos

Los procesos psicoterapéuticos más utilizados por los hogares sustitutos para el cuidado de los adolescentes son los siguientes:

1. Cognitivo Conductual
  - Relajación
  - Reestructuración Cognitiva
2. Terapia Gestalt
  - Silla Vacía

#### 2.4.1 Descripción de las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas

##### 1. Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo, propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos (Beck, 2000).

El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas.

Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Verástegui, 2004).

Dentro de las metas de la terapia cognitivo conductual, se pueden identificar:

1. Identificación de pensamientos disfuncionales.
2. Ubicación del pensamiento distorsionado.
3. Sustitución de dichos pensamientos por otros más adaptativos.
4. Mejorar la funcionalidad de los individuos.

Los procedimientos de esta terapia incluyen también además de las sesiones grupales, lecturas de información y tareas individuales.

Esto es positivo toda vez que la participación de los y las adolescentes sea activa durante el proceso terapéutico.

- **Relajación**

En cuanto al tema de la relajación refiere, resaltan en ella dos frases distintas según Bernstein y Borkovec (1983), siendo la primera de ellas la representada por Edmund Jacobson, quien centralizó su método en la fisiología y lo dirigió a manejo de la tensión y ansiedad. La segunda fase la inició Joseph Wolpe quien sistematizó los procedimientos de Jacobson.

La práctica de la relajación ha demostrado ser muy útil en el manejo de ansiedad e insomnio. Como complemento a la relajación, se utilizan técnicas de imaginería de objetos, situaciones y personas que resultan claro está, relajantes y atractivas para los adolescentes. Con este recurso, se pueden lograr buenos resultados en la persona en los cuales las creencias irracionales sean más fuertes que las racionales y, esta situación le provoque sentirse nerviosos o airados. (Ellis, 1999).

- **Reestructuración Cognitiva**

Como su nombre indica, se utiliza para modificar una idea negativa por una más funcional. Esta estrategia, combina ideas propuestas por Beck (1976), Ellis (1962), y Meichenbaum (1977).

Uno de los primeros aspectos a enseñar en este tema son los ABC de la reestructuración cognitiva, en este sentido, se trata de generar razonamientos acerca de que si una situación es la responsable de nuestras emociones, entonces todas las personas deberían presentar las mismas reacciones ante un mismo estímulo.

Se les puede ejemplificar a los adolescentes en entrenamiento aún mas planteado las reacciones de las personas ante las lluvias, pues algunos se alegran, otros se entristecen y algunos otros se enfadan.

Como ha señalado la corriente cognitiva conductual, los pensamientos y creencias que podamos tener de un evento específico es lo que determina la acción a ejecutar. Si nos enfrentamos a personas que manifiestan comportamientos agresivos, es de suponer entonces que sus pensamientos y creencias se alejan un tanto de la realidad. Dentro de las ideas irracionales de los niños y adolescentes se encuentran las relacionadas a tolerar sentimientos asociados con la ansiedad, frustración e ira.

Cuando encontramos a personas con baja tolerancia a la frustración o falta de autocontrol, el trabajo para combatir esta tendencia se toma difícil pues la búsqueda de placer y la evitación del dolor predomina sobre la racionalidad. (1987), señala que lo más importante en el trabajo con estas personas, deben ser la combinación de los métodos cognitivos y conductuales.

## 2. Terapia Gestalt

Esta terapia tiene como objetivo, además de ayudar al paciente a sobreponerse a síntomas, permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloques y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento.

A diferencia de otros enfoques, la terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo, utilizando el método del darse cuenta ( awareness ) predominando el percibir, sentir y actuar.

El paciente aprende a hacerse más consciente de lo que siente y hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el aquí y ahora, sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

La Gestalt, en cuanto terapia tiene el objetivo de aumentar el autoapoyo, en base a aumentar la conciencia del individuo en la responsabilidad que tiene en su propio bienestar. Esta actividad terapéutica se articula en torno a dos formas esenciales de trabajo:

- El cierre de situaciones inconclusas del pasado (gestalt abierta), en las que la persona se quedó bloqueada, debido a la interrupción del proceso natural de contacto y retiro.
- Aumentar la conciencia de sí mismo, en las distintas áreas de percepción del sí mismo: las sensaciones, los pensamientos y los sentimientos. De este modo se logra incrementar la responsabilidad o capacidad de respuesta del individuo ante sus necesidades y la realidad circundante actual.

Se basa en:

- El darse cuenta: Consiste en que el paciente se da cuenta a través de un *insight* de lo que está sintiendo, pensando o haciendo. Para cambiar una conducta es imprescindible tomar plena consciencia de cuál es la función que cumple en la vida de la persona.
- El aquí y ahora: Vivir y sentir la realidad del presente de la persona, sin adjetivos. Para ello durante la terapia frecuentemente se recurre a la conciencia del propio cuerpo.
- No interesa tanto investigar el por qué (pasado), sino el cómo (presente) (¿Cómo me siento? ¿Qué estoy haciendo? ¿Qué estoy evitando?).
- Ayudar al paciente a descubrir la función orgánica de su acción (¿para qué estoy haciendo esto?, ¿para qué me castigo?, ¿qué estoy evitando?), y ayudarle a descubrir que acciones realmente cubren una necesidad y cuáles están orientadas a satisfacer al introyecto.

Es fundamental para la terapia el uso de la primera persona, el paciente necesita tomar conciencia de sí, sin ocultarse usando la segunda persona o incluso un sujeto colectivo. Por ejemplo, es habitual que las personas digan "cuando tienes un jefe maltratador, te dan ganas de dejar el trabajo", en lugar de decir "tengo un jefe maltratador y me dan ganas de dejar el trabajo". También al decir «los jóvenes bebemos mucho» en vez de «yo bebo mucho» se hace uso del plural, y por lo tanto se evita tomar conciencia de la responsabilidad personal (*confluencia*), confundiendo a la persona en medio del grupo.

El trabajo en terapia Gestalt está fundamentado en el lenguaje no verbal, es decir, el lenguaje corporal y el tono de voz. Frecuentemente, el lenguaje verbal da una información que contradice su expresión corporal. En ocasiones, el paciente trata de justificarse con abundante cantidad de información que le descontacta con la realidad. Cuando hace aparición esta forma inconsciente de controlar la terapia, el terapeuta en este caso vuelve a conectar al paciente con su cuerpo.

- La técnica de la silla vacía

Consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo, es el elemento básico para el trabajo terapéutico en este enfoque. Consiste básicamente en poner en evidencia el diálogo interno de la persona. En dicho diálogo se enfrentan, en términos de Perls, el perro de arriba y el perro de abajo; es decir, todo aquello por lo que nos sentimos oprimidos (a raíz de los introyectos) y el rol con el que nos hemos identificado como víctimas (perro de abajo). En la práctica dicho perro de arriba puede estar representado por el padre, la madre, el jefe, los amigos, la pareja, entre otros.

Durante la terapia con la silla caliente el paciente va pasando de una silla a otra, representando cada uno de los roles y expresando sus emociones, de tal suerte que, esté donde esté, todas las ideas y sentimientos son del propio paciente. De esa forma se logra el principal objetivo de la silla, que es la recogida de la proyección y el cierre de la situación.

## Capítulo 3

### Referente Metodológico

#### 3.1 Metodología para la sistematización de Práctica Profesional Dirigida

Para lograr los objetivos del presente trabajo de sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, se utilizó el método cualitativo, en relación al Marco Teórico.

#### 3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida

Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- La observación.
- Las entrevistas no estructuradas.
- Examen mental.
- Los test psicológicos, fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información, e investigar el porqué y cómo es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, en sus respectivas historias clínicas o anamnesis. Como metodología clínica de recolectar síntomas, de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes:

Test proyectivos:

- Árbol
- Familia
- Figura humana

Las pruebas reflejaron que los adolescentes presentaban los siguientes síntomas:

- Baja autoestima.
- Ansiedad.
- Perturbaciones emocionales.
- Dificultad en el control de impulsos.
- Necesidad de aprobación.
- Víctimas de abusos sexual, físicos y psicológico.

Como técnicas para generar psicodiagnósticos, se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR.

Como procesos psicoterapéuticos se utilizaron los enfoques:

- Cognitivo conductual, con la siguiente técnica:
  - Reestructuración cognitiva
  - Relajación
- Cognitivo conductual con enfoque al trauma, con la siguiente técnica:
  - Aprender
  - Relajarse
  - Sentir
  - Pensar
- Gestalt, con las siguientes técnicas:
  - Pautas lingüísticas
  - Narrativa del trauma en el aquí y ahora

Siendo utilizadas en los procesos individuales y grupales de la población atendida en los hogares de Buckner, San Cristóbal.

### 3.3 Población atendida en el centro de práctica

La sistematización se realizó durante la práctica profesional dirigida, con adolescentes entre 12 a 17 años de edad. Se trabajó un proceso terapéutico con cinco adolescentes sobre varias áreas de vulnerabilidad que más les afectaban como: el abuso emocional, sexual y psicológico entre otros.

### 3.4 Cronogramas de actividades realizadas

Se encuentra en anexos.

### 3.4.1 Actividades normales de práctica

El programa de cursos de práctica, fue un pilar que ayudo a calendarizar las diversas actividades que se realizaron durante el presente año. Este programa fue realizado por la Universidad Panamericana impartido por la Licenciada Elsa Obregon, quien estuvo a cargo de la Práctica Profesional Dirigida.

### 3.4.2 Talleres u otras actividades especiales

Se realizaron dos talleres en el centro de práctica, trabajando los temas de autoestima e inteligencia emocional, con el objetivo de identificar fortalezas, cualidades y habilidades personales equilibrando las distintas expresiones, mejorando la comprensión de sus sentimientos y emociones, para que pudieran exteriorizar lo que sintieron, mediante la comprensión y control de las emociones, esto ayudó a la cohesión del grupo y la armonía del hogar.

### 3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida

Se encuentra en anexos.



## Capítulo 4

### Presentación de resultados

#### 4.1 Análisis de resultados

Todo el proceso realizado busco la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas, permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación expuesta en un principio: ¿Cuáles son las principales razones, por las cuales hay tantos adolescentes en hogares sustitutos?

En base a la interrogante, se encontraron las causas más comunes por las cuales los adolescentes ingresan a estos hogares. El punto más relevante es el maltrato infantil en todas sus modalidades, que se ha convertido en una problemática psicosocial logrando llamar la atención de la comunidad en general, la familia, la escuela, la sociedad y el Estado, han intentado proteger a la población más vulnerable y víctima de este flagelo pero los resultados son desalentadores, el maltrato y abuso sexual se ha venido incrementando de manera abrupta, situación explicable por los niveles de pobreza, tolerancia cultural al castigo físico, familias numerosas, familias disfuncionales, riesgo social, embarazos no deseados, alcoholismo, drogadicción, familias monoparentales, familias reconstruidas situaciones facilitadoras y desencadenantes de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual.

El drama del maltrato a la niñez es uno de los principales problemas, que afronta el país como el abuso sexual, como una modalidad de este se convierte en el más doloroso, por tanto se constituye en una de las experiencias más inexplicables, incomprensibles y de muy difícil manejo debido a las implicaciones de tipo psicológico, emocional, afectivo y de toda índole que provoca.

Partiendo de estas condiciones se considera de suma importancia tomar en cuenta los riesgos a los que se enfrentan los adolescentes ya que no están aislados al contexto social, sino que se interrelacionan en una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales.

Así mismo se considera de suma importancia para la universidad, los hogares, la psicología clínica y la población en general, que se articulen esfuerzos y conocimientos tendientes a evaluar e intervenir (investigar) sobre fenómenos individuales y sociales que a la postre generarán más conocimientos que permitirán fortalecer los programas de tipo preventivo que es a donde deben apuntar realmente nuestros esfuerzos.

Conociendo la gravedad de las secuelas y las razones por las cuales los adolescentes ingresan a los hogares y sobre todo, las implicaciones que tiene a corto, mediano y largo plazo, es apremiante la necesidad de establecer rutas claras y protocolos de actuación frente a los tipos de abuso a fin de responder a las necesidades actuales de los adolescentes.

#### 4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida motivo de la presente investigación

El caso psicológico adjunto, es el que generó la inquietud de investigación en la presente sistematización de la práctica profesional dirigida en el centro Buckner, San Cristóbal, Guatemala.

### Informe Psicológico

#### I. Datos Generales

Nombre:	A. S. C. C.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	24 de septiembre de 1999
Edad:	13 años 7 meses
Escolaridad:	5º grado primaria
Religión:	Cristiana Evangelica
Referido por:	C. R
Fecha de proceso terapéutico:	6 de Mayo del 2013

## II. Motivo de Consulta

La paciente refiere: “Extraño mucho a los niños que cuidaba en el hogar Seguro, y no logro acoplarme a este lugar y a ningún otro hogar”.

## III. Historia del Problema Actual

### a. Fecha de inicio y duración

A, refiere que ha estado institucionalizada desde muy pequeña, recuerda que desde que tenía un año de edad hasta los cuatro años vivió con una tía de quién no recuerda el nombre, desde los cinco hasta los ocho años de edad estuvo en Fundaniñas, y de allí se la llevó su abuela paterna llamada O. Conoció a su padre biológico pero únicamente convivió con él por dos meses, ya que él falleció en un accidente de tránsito, la abuela la maltrataba físicamente y su primo L. C abusó sexualmente de ella.

Regresa a vivir con su progenitora, pero estuvo poco tiempo, recuerda que a los nueve años nuevamente la llevan a un hogar que se llama Sion, “pero a los once años regresé con mi abuela O, y nuevamente sufrí abuso sexual por parte de mi primo L. C, resulté embarazada y mi mamá empezó a maltratarme, y también intentó matarme con un cuchillo, por los golpes que ella me daba perdí al bebé, me llevaron al hospital y me hicieron un legrado, después de todo esto me llevaron para Remar, pero regrese a la casa de mi mamá pero ella me intentó matar, después me fui a vivir con una señora que se llama Vela, y de allí me llevaron al Hogar Seguro, en donde ya llevaba dos años”.

### b. Estresores o factores precipitantes

Refiere que en el hogar le habían diagnosticado poco control de impulsos, pero ella a esto dice: “es que las monitoras no se daban cuenta de la realidad, yo tenía que defenderme porque me molestaban”, “estando en el hogar tuve un novio con el que estuve durante nueve meses, pero lo sentí más como amigo que como novio, porque lo sentí siempre como un amigo y siempre me

escuchaba”, “en ocasiones me he sentido atraída por las mujeres, pero es que a veces pienso que me confundo porque es que el contacto físico con los hombres se me hace difícil”. No presenta historia de consumo de drogas, alcohol o cigarrillos, tampoco de pertenencia a pandillas.

### c. Impacto del problema

La adolescente no logra adaptarse al hogar, debido a que ha demostrado desde su ingreso una conducta desafiante con los adultos, especialmente con las figuras femeninas, y con su encargada ha tenido muchos conflictos.

Dentro de lo que es la alimentación también ha tenido dificultades, debido a que vomita después de comer, refiere que es porque no le gusta lo que cocina la encargada, tampoco le gusta la carne, a la vez hay varios reportes de su mala conducta, en dónde se evidencia las dificultades de adaptación que está teniendo, dentro de esto, le levanta la voz a su encargada y compañeras, no come, no sigue instrucciones, hace berrinches somatando o tirando cosas que están a su alrededor, a la vez molesta bastante a sus compañeras, las discrimina, las insulta, las desprecia en ocasiones las ha golpeado y la ha tocado en sus partes.

Al abordar a la adolescente y preguntarle porque el motivo de estas conductas ella refiere: “me gusta el hogar, quiero seguir estudiando y superarme, pero lo que pasa es que extraño a mis niños, los que cuidaba en la casita alegría, extraño a mis compañeras, extraño el hogar y a las personas que allí me apoyaron” “aunque ahorita me está costando adaptarme a este nuevo hogar, me estoy esforzando por mejorar cada día”.

### Historia Clínica

#### Personales no patológicos

1. Historia prenatal: Primer embarazo de la madre. Completó el período completo de nueve meses de gestación, tuvo mellizos.

2. Nacimiento: Desconoce detalles sobre ella misma.
3. Evolución neuropsíquica: No se tienen datos exactos. La paciente considera que no tuvo problemas en este aspecto.
4. Evolución del lenguaje: Fue satisfactoria, según lo indica la paciente.
5. Desarrollo escolar: Refiere que no fue una alumna dedicada ni responsable, escasamente aprovechó la oportunidad que tuvo. Le gustaría volver a retomar sus estudios y aprovechar todas las oportunidades que se le presenten.
6. Desarrollo social: Se considera líder y mantiene una buena relación solo con las personas que ella quiere, de lo contrario manifiesta algunas veces tener problemas para adaptarse y caerle bien a las demás personas.
7. Adolescencia: Refiere ha sido dura y difícil ya que le ha tocado vivir cosas dolorosas a su corta edad y lo que más le afecta es haberse separado de la gente que ella quería del hogar Seguro. Comenta que siempre hubo personas que le ayudaban, apoyaban y aconsejaban ya que nunca ha tenido el apoyo de su familia. Presenta episodios de rebeldía, irritabilidad, es explosiva, nerviosa, impulsiva, impaciente y frágil.
8. Adultez: No aplica.
9. Historia Psicosexual y vida marital: Fue abusada a los ocho y once años por su primo. Indica que experimentó tocar a otras niñas del hogar anterior por curiosidad. Mantuvo una relación de noviazgo que duro nueve meses cuando estaba en el hogar. En ocasiones se ha sentido atraída hacia las mujeres.

#### Personales patológicos

1. Historia médica: Refiere la paciente que básicamente ha tenido buena salud. Solo la han operado del brazo por golpearse con unos tubos, actualmente sufre de estreñimiento y en ocasiones vomita cuando no le gusta la comida.
2. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:  
No se refiere ninguno.



Los miembros anteriormente mencionados viven juntos, con su padrastro con nombre desconocido. La madre ha tenido varias relaciones sentimentales.

La adolescente refiere que, tiene una relación muy conflictiva y distante con madre. Indica llevarse bien con sus hermanos, especialmente con su hermano mayor ya que la induce a pandillas. La situación socioeconómica de la familia es baja. La vivienda es una casa bastante sencilla y únicamente con dos ambientes.

### 3. Antecedentes familiares

Referente a los padres, la relación con la madre es totalmente distante y apática. El padre biológico falleció en un accidente de tránsito, cuando la paciente tenía 8 años. Con su madre, la relación contiene sentimientos de rencor, ira, hostilidad. La adolescente siente enojo con la madre por la falta de afecto y cuidado que no recibió de ella y también siente pena por su condición.

La paciente, manifiesta mucha tristeza y rabia al hablar de su madre lo que la lleva a llorar intensamente reflejando este sentimiento, con sus hermanos lleva una relación distante ya que no los ve hace mucho tiempo. Respecto a la abuela paterna, manifiesta que la maltrataba físicamente y verbalmente a una corta edad y su primo abuso sexualmente de ella a los ocho años y once años, lo cual, la desvorda de una manera incontrolable con sentimientos de enojo y culpa.

### 4. Antecedente familiar relacionado con problemas mentales

La madre y el padre tiene problemas fuertes con el alcohol.

## VI. Examen del estado mental

### 1. Presentación

- Nivel de conciencia: De vigilia alerta, mantiene con dificultad la concentración.

- Aspecto general: Complexión media, morena, sobrepeso, estatura baja, poca higiene personal, arreglo excesivo, inadecuados, exuberante, mantiene contacto visual, aunque por momentos cierra los ojos, su postura es rígida y agresiva.
- Actitud: Colaboradora, amable, busca aprobación, se observa ansiosa, en momentos desorientada e insegura.

## 2. Conducta motora y estado afectivo

- Conducta motora: Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa dificultad, aunque si se evidencia movimientos tensos y rígidos en temas asociados con la madre, abuela y el abuso sexual.
- Afecto: Expresión facial congruente con el relato, llanto, alegría, expresiva al hablar, habla emocional y con volumen de voz alto lo que la lleva a una elevada presión y ritmo.

## 3. Estado Cognoscitivo

- a. Atención: Mantiene atención constante y satisfactoria aunque por momentos se observa que sus preocupaciones si intervienen en disminuir esta función distrayéndose con facilidad.
- b. Concentración y vigilancia: Tiene capacidad para concentrarse en el tema, sin embargo se observa dificultad en algunas ocasiones. Mantiene un estado de vigilia constante.
- c. Orientación: Adecuada en tiempo, persona y espacio.
- d. Lenguaje
  - Fluidéz: Habla espontánea, a veces vacilante, volumen y timbre alto, habla rápido cuando algo le emociona.
  - Comprensión: Obedece ordenes su lenguaje escrito no es muy claro, se le dificulta comprender ciertos conceptos y relacionarlos.
  - Repetición: Puede repetir sin dificultad frases y conceptos.
  - Designación: Utiliza términos apropiados la mayoría de veces.
- e. Memoria: Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas satisfactorias.



f. Razonamiento: En juicio práctico le cuesta tomar decisiones, se ve influenciado por las circunstancias actuales que padece, se observa tendencia a evadir dificultades y a mostrar emociones.

#### 4. Pensamiento

- Proceso: Es perseverativo y coherente, ocasionalmente se evidencian incoherencias, se observa evasión constante aunque con contenido lógico.
- Contenido: Se observan preocupaciones que interfieren con atención, concentración.
- Introspección: Sabe que tiene dificultades, no sabe cómo enfrentarlas y evade aspectos específicos, poca capacidad de interpretar razonablemente y de interpretar emociones.

5. Estado de ánimo: Humor variado, adecuado congruencia entre afecto y contenido del pensamiento. Se muestra ansiosa, preocupada, suspicaz, desesperanzada. Por otro lado se muestra expresiva y optimista.

#### VII. Resultados de las pruebas

La paciente se mostró colaboradora en todo momento manifestando un poco de ansiedad, sin embargo finalizó en un tiempo promedio.

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la Figura Humana	29/4/2013
2. Test del Árbol	13/5/2013
3. Test de la Familia	13/5/2013
4. Persona bajo la lluvia	20/5/2013

## 1. Test de la Figura Humana

Dentro de la evaluación del Coeficiente Intelectual, se encuentra un puntaje de 72 lo que la ubica en un nivel de normal a normal-bajo.

Dentro de los indicadores emocionales se encuentran los siguientes:

La prueba muestra delicadeza de sentimientos, sensibilidad, aspectos femeninos, timidez e inhibición de instintos, se observa retraimiento en sí mismo, por otro lado hay expansión vital y extroversión y una fuerte tendencia a responder de manera agresiva, hostil y expansiva ante las presiones del ambiente. Se observa también en los resultados impulsividad, egocentrismo, inmadurez y controles internos deficientes.

Se proyecta, repetidamente en la prueba una seria dificultad para relacionarse con los demás de una forma agresiva y hostil, muestra ansiedad y conflictos emocionales marcados del pasado. Se evidencia aspectos de culpa y conductas masturbatorias. Por último la prueba evidencia contacto con la realidad, con lo concreto y lo sólido, dinamismo, imaginación y espontaneidad.

## 2. Test del árbol

La prueba muestra rigidez consigo misma, pero con los demás se muestra amable, comunicativa y menos exigente, presenta irritabilidad, es explosiva, nerviosa, impulsiva, impaciente y frágil. Búsqueda de sensaciones reaseguradoras, y gratificantes (oralidad), sentimientos de abandono, soledad y frustración. Personalidad afable y cálida, acostumbra a huir de lo desagradable y lo transforma o embellece. Los resultados demuestran una personalidad hipersensible y exagerada.

Se observa calidez y afecto con los demás, pero demuestra solo una parte de sí misma. Inseguridad y carácter cambiante, sentimiento de pérdida de un apoyo afectivo importante. Deseos de independencia, de cambiar de ambiente, de situación. Sentimientos de pérdida y duelo.

### 3. Test de la Familia

Muestran los resultados delicadeza de sentimientos, inhibición de instintos, emoción y aspectos femeninos, expansión imaginativa, se proyecta a la región de los soñadores e idealistas, a las fantasías, ideas y tendencias espirituales.

Por otro lado, a pesar de que se evidencia negación de los problemas y de no querer enfrentarlos, manifiesta escape a la fantasía, también se observan metas en relación al futuro. La prueba muestra fuertes sentimientos de inadecuación, inseguridad y de ansiedad o culpa, por conductas inaceptables socialmente; también por no actuar correctamente o por la incapacidad de actuar, en general, por presión del ambiente.

Se muestra personalidad pobremente integrada, impulsividad, inmadurez y regresión debida a serias perturbaciones emocionales. Los resultados muestran también sentimientos de ira y rebeldía. En la relación con su familia muestra inestabilidad, falta de comunicación, falta de individualización, una alta y marcada dificultad para conectarse con otros, evidenciándose perturbación en las relaciones, aislamiento, desvalorización de miembros de la familia y una marcada necesidad de aprobación.

### 4. Persona bajo la lluvia

Se observa una excesiva reacción ante sus emociones de una manera agresiva y descontrolada, maneja una situación de mucho estrés, presión o agobiante ante el ambiente. Manifiesta sentimientos de inadecuación, inseguridad, ansiedad y culpa, por conductas inaceptables socialmente; se mantiene en alerta ante situaciones del ambiente. Se muestra en esta prueba una precocidad sexual, un abuso de penetración, masturbación y manoseo con conductas repetidas en su ambiente.

## VII. Otros estudios diagnósticos

Ninguno

## IX. Impresión diagnóstica

La paciente manifiesta tensión debido a problemas del ambiente respecto a cambios de Hogar, ya que se le dificulta relacionarse con las demás personas, percibe la falta de apoyo significativo, especialmente desde que su madre la dejó en Fundaniñas.

Se observa conflicto respecto al abuso que sufrió cuando tenía ocho años de edad, esto la lleva a comportarse de una manera irrespetuosa, rebelde, manifestando sentimientos de inadecuación, inseguridad, ansiedad y culpa.

La paciente muestra una personalidad hipersensible, exagerada, rígida consigo misma, pero con los demás se muestra amable, comunicativa y menos exigente, presenta irritabilidad, es explosiva, nerviosa, impulsiva, impaciente y frágil. La paciente busca compensar afectivamente la inseguridad interior; evidencia inmadurez y una tendencia a responder de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente, hacia afuera; tiene bastante dificultad en el control de impulsos.

En la relación con su familia muestra distancia emocional, dolor sentimientos de desvalorización y una marcada necesidad de aprobación. Por otra parte, la paciente es consciente de la situación que ha pasado y esta pasando, es una persona orientada el tiempo y espacio con metas en relación al futuro.

## X. Evaluación multiaxial

De acuerdo a evaluación multiaxial (DSM-IV):

Eje I: T74.0 Negligencia de la infancia (V61.21).

T74.2 Abuso sexual del niño (V61.21).

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico (V71.09).

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abandono por parte de los progenitores, fallecimiento del padre biológico, relación muy conflictiva entre madre-hija.

Eje V: EEAG: 60 (actual)

## XI. Plan Terapéutico

Para tratar al adolescentes que ha tenido experiencias de trauma, (abuso sexual o físico, exposición o experiencia directa de violencia doméstica, comunitaria, o escolar, accidentes severos, enfermedades que constituyen una amenaza fatal, desastres, muerte súbita de un ser amado, exposición a la guerra, terrorismo o condiciones de refugiados).

Se encuentran ocho componentes vitales:

1. Psicoeducación y habilidades en pautas de crianza.
2. Relajación.
3. Modulación afectiva.
4. Afrontamiento y procesamiento cognitivo.
5. Narración del trauma.
6. Dominio en vivo.
7. Sesiones conjuntas padre-niño.
8. Promoviendo factores protectores futuros.

Este modelo incluye procesos básicos de aprendizaje y cognitivos. Su formulación es la siguiente:

El condicionamiento clásico tiene lugar cuando el estímulo incondicionado, que implica dolor, lesiones y/o amenazas, produce respuestas incondicionadas (activación autonómica): incremento del ritmo cardíaco y aumento de la fuerza del latido, cambios en el flujo sanguíneo, aumento en la

profundidad y velocidad de la respiración y una mayor sudoración, entre otros. Simultáneamente se producen cambios cognitivos, como la distorsión del tiempo y una mayor focalización en determinados estímulos. Los estímulos neutros asociados a los estímulos incondicionados, como pueden ser determinados pensamientos, imágenes y señales ambientales, pueden llegar a producir una activación similar a los estímulos incondicionados.

Cuando determinados estímulos incondicionados, se han repetido junto con los estímulos neutros de manera repetida en un episodio traumático, pueden provocar respuestas condicionadas que producen activación y fenómenos de reexperimentación, aun sin estar presente el estímulo incondicionado. El aprendizaje instrumental, sucede cuando la conducta es controlada por las consecuencias. El reforzamiento positivo y el negativo actúan de la misma manera conformando las respuestas de la víctima.

La resistencia a la extinción de las respuestas de la víctima (activación/miedo, evitación/escape), una vez finalizado el abuso sexual, puede ser explicado por la generalización (un estímulo neutro se asemeja o comparte algunas de las características con el estímulo condicionado y evoca respuestas traumáticas), por la secuencia y complejidad de los estímulos asociados al abuso y por la adquisición de reglas cognitivas (esquemas de pensamientos que la víctima elabora para explicar la relación entre antecedente-respuesta-consecuencia).

Es importante enseñar técnicas de relajación antes de realizar la narración del trauma. Se enseña a diferenciar entre las reacciones normales y las de estrés postraumático para luego desarrollar respuestas de relajación ante estas últimas.

El y la adolescente aprende respiración diafragmática, a enfocarse en la respiración y a re direccionar la atención hacia la respiración cuando presenten pensamientos intrusivos, y aprenden relajación progresiva muscular.

Dentro de la psicoeducación los objetivos son “normalizar las respuestas al evento traumático y reforzar cogniciones precisas acerca de lo ocurrido”. Se provee información general acerca del evento traumático que ha experimentado la persona, como qué es, quien lo experimenta, qué lo causa, los diferentes tipos que existen de dicho evento, y los mitos relacionados a éste.

Posteriormente, es importante proveer información acerca de las respuestas emocionales y comportamentales más comunes frente a dicho evento traumático, con el fin de ayudarlo a que comprenda que sus respuestas no son poco frecuentes. Es esencial informar a los padres o encargados acerca del diagnóstico del niño, niña o adolescente así como de los diferentes tratamientos disponibles.

## XII. Perspectiva terapéutica

La Práctica Profesional Dirigida se basó:

- La comunicación profesional - cliente ha de ser clara, directa y oportuna a la situación.

No se excluye ningún área del comportamiento del foco de la terapia, ni la intrapsíquica (lo que pasa dentro de nosotros, en nuestra mente), ni la corporal (lo que pasa dentro o en nuestro cuerpo), ni la conductual (el comportamiento), ni la relacional, ni la social. El lenguaje es sencillo, claro, expresivo, la jerga es limitada y compartida por el terapeuta y el cliente.

- La evaluación de las "Cinco Zonas" relacionado con el trauma.

Se basa en la relación con uno mismo, y nos ayuda a ver cómo pueden hacer que nos sintamos mejor o peor. Si mejora una zona, es probable que mejore también otras partes de su vida.

- Situación vital, relaciones o problemas del día a día (reacciones a las experiencias del paciente referente al abuso).
- Alteración del Pensamiento con pensamientos extremos y perjudiciales ante su entorno.
- Alteración de sentimientos/ emociones (trauma).
- Alteración de síntomas físicos.
- Alteración del comportamiento(reducción de actividad, comportamiento perjudicial).

Se dividirá cada problema en partes, para facilitar este proceso, se le pedirá al paciente lleve un diario. Esto ayudará a identificar sus patrones de pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos respecto al abuso y el trauma en el paciente.

- Compromiso con uno mismo y con el paciente para realizar un cambio.

El objetivo es, que el cliente desee alcanzar una meta de cambio. Implica un análisis cooperativo entre ambos de la situación a resolver y de las posibles opciones y alternativas.

El compromiso va en las dos direcciones, el cliente se compromete a poner de su parte toda la energía disponible con el fin de resolver los problemas para alcanzar su objetivo, y el terapeuta se compromete a proporcionar al cliente el espacio y el tiempo adecuado para que se realice el cambio, además pone a disposición del cliente sus conocimientos y habilidades con el fin de que el cliente las use para resolver sus problemas.

Todo lo anterior se desarrolla en un marco de respeto mutuo acerca de la propia valía y del potencial que todo ser humano tiene para enfrentarse a la vida y a las situaciones.

### XIII. Tiempo Estimado

El tiempo estimado de la terapia se basó en 2 meses y medio, aproximadamente 10 sesiones y una duración aproximadamente de 50 minutos semanales.



## PRESENTACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
<p>1. Trauma por abuso Sexual</p>	<p>A. El tratamiento pretende un afrontamiento de sus creencias y actitudes, sus reacciones emocionales y las respuestas conductuales.</p> <p>B. Identificar a través de los autoregistros los sentimientos, pensamientos y formas de afrontamiento, así como los estímulos y las situaciones que provocan estas reacciones ante el trauma.</p>	<p>A. Consta de varias técnicas cognitivo conductuales, en las que se incluye el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, educación sobre la sexualidad sana, las emociones, estrategias de relajación y el manejo de pensamientos disfuncionales.</p> <p>B. Se utilizarán técnicas con enfoque al trauma trabajando la imaginación guiada profundizando en sus habilidades de respiración y relajación, la elaboración de una lista jerárquica de estímulos y situaciones que le recuerden los hechos traumáticos, procesamiento cognitivo y afectivo sobre el abuso, proporcionar Psicoeducación sobre el trauma y sus síntomas y el autoestima.</p>	<p>Técnica aplicada en 10 sesiones.</p> <p>Una sesión se realiza con los encargados para la educación de los comportamientos comunes del trauma, preguntando reacciones del paciente.</p>

## Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas Cognitivo Conductual con enfoque a Trauma	Recursos
1. Recolectar	<p>Discutir con el paciente el propósito de la terapia TCC-ET.</p> <p>Discutir la política de la confidencialidad.</p> <p>Completar una evaluación inicial de síntomas del trauma.</p> <p>Practicar contar una historia, recordando una memoria positiva.</p>	Material de información y formato de evaluación de síntomas del trauma.
2. Comenzar el libro, que el paciente experimente sus pensamientos, sentimientos y emociones positivas como negativas.	<p>La realización de Mi historia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo sobre Mí.</li> <li>• La vida directamente antes del abuso.</li> <li>• Qué paso (compartimiento de pensamientos y sentimientos que acompañan el evento).</li> <li>• Qué paso directamente después (A quièn le contó policía, hogar nuevo).</li> </ul> <p>La Vida Ahora</p> <p>Esperanzas, planes y metas para el futuro.</p>	<p>Hojas en blanco</p> <p>Hojas de papel construcción</p> <p>Marcadores y Crayones.</p> <p>Paciente y terapeuta.</p>

<p>3. Lograr que el paciente haga un análisis personal, teniendo en cuenta todo lo que ayude a establecer un Proyecto de Vida.</p>	<p>Somos la causa de lo que queremos ser.</p> <p>A través de información, y ejemplos prácticos, se adentra al paciente al conocimiento de los conceptos de la FODA personal.</p> <p>Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas</p>	<p>Hoja de formato para la realización de la FODA personal.</p> <p>Fichas en blanco Papel construcción Crayones.</p>
<p>4. Que el paciente elabore su proyecto de Vida logrando visualizar un plan de vida más positivo, tomando en cuenta su FODA PERSONAL.</p>	<p>En base a Interrogantes elaborar Proyecto de Vida.</p> <p>La Visión de mi Futuro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenar metas en plazos de seis meses y un año.</li> <li>• Propósitos.</li> <li>• Recompensa.</li> </ul>	<p>Fichas de FODA</p> <p>Papel arcoíris Cartulina Marcadores Crayones.</p>

<p>5. Aprender</p> <p>Proporcionar información precisa al paciente que normalizara sentimientos y reacciones al trauma.</p>	<p>Proporcionar psicoeducación sobre el trauma y síntomas del trauma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emocional</li> <li>• Comportamiento</li> <li>• Psicológico</li> </ul>	<p>Libro para la elaboración de ejercicios</p> <p>Cartulina</p> <p>Marcadores.</p>
	<p>Proporcionar educación sexual apropiada para el desarrollo.</p> <p>Proporcionar Psicoeducación sobre el autoestima, el amor y la amistad.</p>	<p>Hojas de papel</p> <p>Lápiz</p> <p>Borrador.</p>
<p>6. Ayudar</p> <p>Enseñar al cuidador como interactuar con el paciente de una manera positiva.</p>	<p>Educar acerca de los comportamientos comunes de sobrevivientes del trauma.</p> <p>Preguntar al cuidador sobre sus reacciones a las experiencias del paciente.</p> <p>Ayudar a prever problemas de comportamientos del paciente.</p> <p>Enseñar el uso de alabanzas constructivas (motivación).</p>	<p>Hoja de papel</p> <p>Lápiz</p> <p>Cartulina</p> <p>Marcadores.</p>

<p>7. Relajarse</p> <p>Enseñar al paciente varias técnicas para relajarse y manejar pensamientos disfuncionales.</p>	<p>Proporcionar Psicoeducación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobre las respuestas del cuerpo al estrés.</li> <li>• Técnicas de relajación que pueden ayudar a minimizar las reacciones de estrés ante recordatorios del trauma.</li> </ul> <p>Discutir técnicas de afrontamiento positivo.</p>	<p>Estrategias de relajación según lo apropiado.</p> <p>Respiración</p> <p>Pensamientos</p> <p>Relajación de músculos</p> <p>Movimiento.</p>
--	---	--

<p>8. Sentir</p> <p>Habilitar al paciente a identificar y expresar emociones adecuadamente y ser consciente de los detonantes emocionales.</p>	<p>Dar nombre a las emociones alegría, tristeza, miedo, entre otros.</p> <p>Discutir expresión emocional incluyendo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo</li> <li>• Cuándo</li> <li>• Intensidad</li> </ul>	<p>Caritas sin expresiones</p> <p>Lápiz</p> <p>Papel en blanco.</p>
--	--	---

<p>9. Pensar</p> <p>Enseñar la relación entre Pensamiento Sentimiento Acción.</p>	<p>Discutir la diferencia entre pensamiento y sentimiento.</p> <p>Enseñar sobre el triángulo cognitivo. (pensamiento, sentimiento, acciones)</p> <p>Enseñar a pensar de manera positiva.</p>	<p>Hojas en blanco</p> <p>Lápiz</p> <p>Frases.</p>
---	--	--

<p>10. Evaluar</p> <p>Aplicar habilidades para la Vida y habilidades de afrontamiento.</p>	<p>Fomentar el uso de estrategias de reducción del estrés.</p> <p>Hablar con el paciente de lo que ha aprendido a través del proceso terapéutico.</p>	<p>Recuerdo de lo valiosa e importante que es la paciente.</p> <p>Frases motivadoras.</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

## XI. Recomendaciones

1. Se recomendó que el paciente inicie un proceso terapéutico basado en la técnica Cognitivo Conductual con enfoque al Trauma. Para identificar los sentimientos, pensamientos y formas de afrontamiento, así como los estímulos y las situaciones que provocan estas reacciones ante el trauma, esto a través del conocimiento de los principios de éste enfoque y especialmente, de la forma de interacción.
2. Apoyarla en la elaboración y realización de su proyecto de vida, logrando un análisis personal y un plan de vida más positivo.
3. Se recomendó trabajar Psicoeducación sobre el abuso sexual y la trata de personas, junto con técnicas de relajación para ayudar a minimizar reacciones.

### 4.3 Logros obtenidos

- Se brindó el apoyo en las terapias psicológicas de forma individual, una vez por semana alcanzando los objetivos esperados.
- Se logró trabajar conjuntamente con los encargados, fortaleciendo la dinámica familiar.
- Se logró la elaboración del proyecto de vida.
- Se brindó conocimientos y fortalezas para un plan de vida más positivo.
- Se alcanzó un control de impulsos hacia sus compañeras y hacia ella misma.
- Se notó una mejoría en su estado mental con forme las sesiones iban pasando.
- Logró canalizar cada emoción del abuso.
- Logró reconocer sus necesidades básicas.

### 4.4 Limitantes

- Falta de privacidad para realizar el proceso terapéutico.
- Los horarios que tenía la paciente coincidían con actividades, por lo que las terapias se corrían.

## Conclusiones

1. Con el trabajo de campo realizado en la presente investigación, se concluye, que el hogar sustituto es una medida de protección, que no es impuesta, ya que los jueces prefieren enviar a los adolescentes internos a hogares temporales (colectivos), o bien, autorizan su adopción.
2. El hogar sustituto es una medida alterna, al internamiento de adolescentes en estado de protección, que debe ser impuesta de urgencia por las diversas y más comunes causas, como: violencia sexual, abandono, riesgos sociales y maltrato infantil.
3. Para situarse frente a los factores de riesgo de los adolescentes es necesario preveer, anticiparse, pudiendo percibir y actuar ante las conductas de aspecto físico, conductual y emocional negativas. La propia estructura del adolescente lo hace difícil, pero hay otras variables que tienen que ver con la posibilidad de tener “conciencia de riesgo”, que es la más importante para el equilibrio psico-afectivo y emocional de los adolescentes.
4. Se observa en la población un aumento de efectos a nivel psicológicos por la violencia emocional en adolescentes, los cuales repercuten en indicadores físicos, conductuales, emocionales, sexuales y sociales.
5. En algunas de las situaciones que se han mencionado, en las que los riesgos son importantes, es necesario que los profesionales puedan brindar una contención y procesos psicoterapéuticos que apoyen a la salud mental de los adolescentes.



## Recomendaciones

1. Se debe ampliar el presupuesto y la cobertura poblacional, incluyendo mayor cantidad de adolescentes en riesgo social (protección). Con esto se da la oportunidad los adolescentes, de ser parte de una familia, así se bajen los costos que en él se invertirían, si estuviera en un hogar temporal, en donde se corre el riesgo de adoptar comportamientos o costumbres de todo tipo, por el perfil tan variado de los internos/as (lesbianismo, homosexualismo, drogadicción, entre otros).
2. Es necesario fortalecer institucionalmente el programa de hogares sustitutos, para mejorar las condiciones, por las diversas causas que los adolescentes ingresan, proveyéndoles dinamicidad y mayor cantidad de recursos financieros, para que su cobertura sea más amplia y se otorgue mayor protección.
3. Se recomienda realizar una campaña de sensibilización para que cada día sean más las personas que se interesen por recibir en el seno de su familia, a un adolescente en calidad de miembro de la familia, criándolo y educándolo con amor, respeto y dedicación; para un mayor equilibrio psico-afectivo y emocional a nivel individual.
4. Se exhorta a la posibilidad de compartir con los adolescentes experiencias familiares y afectivas que les permitan un desarrollo integral sano, para un mayor beneficio en las áreas que estén más afectadas.
5. Se requiere del apoyo de profesionales de psicología clínica para optimizar su quehacer. Es un espacio valioso para la realización de investigaciones y un esclarecimiento que ayude a frenar, a poner límites a las actuaciones y prácticas que van a redundar en beneficios para la niñez y adolescencia.

## Referencias

### Bibliográficas

1. Arón, A.M. (2002). Violencia en la Familia: La experiencia de San Bernardo. Santiago: Editorial Galdoc.
2. Arrubarrena, M y Paul, J. (1994). Maltrato a los Niños en Familia Evaluación y Tratamiento. Madrid : Piramide.
3. Batres Méndez, G. (1998). Tratamiento grupal: Adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. San José, Costa Rica : Segunda edición, LANUD.
4. Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. Barcelona: Gedisa.
5. Carballada, A. (2006). El trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Buenos Aires: Editorial Espacio.
6. Caro, I. (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas. Ibérica: Ediciones Paidós.
7. Censo Nacional. (2002). Instituto Nacional de Estadística. Guatemala: INE
8. Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional.
9. Constituyente. (1986). Acuerdo Legislativo. número 18-85.
10. Del Valle, J. F. (1998). Manual de programación y evolución de Centros de Protección. Salamanca: Servicios de publicaciones de la junta de castilla de León.
11. DSM IV TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
12. Diccionario. Pequeño Larousse Color. Pág. 471.

13. DGC y E. (2011). Intervenciones en situaciones límites. Psicología Comunitaria y Pedagogía Social. Documento de Trabajo No 5.
14. Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas Emocionales en Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia. Cuaderno Médico Forense en-ab. No 43-44 Pág. 75-82.
15. Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia. Barcelona: Ariel.
16. Escobedo, G. y Zenaida P. (2005). El impacto de la violencia en la salud física y mental de las mujeres y las niñas. Guatemala: UNICAP
17. Estatus de los niños. (2012). Análisis de la situación de los derechos de las niñas y los niños privados del cuidado de sus padres o en riesgo de perderlo. Guatemala, 38 páginas.
18. Fernández, E. (1992). Cuerpo y Mente. Terapia Cognitivo Conductual con enfoque al trauma y Terapia Sensoriomotriz. España: Centro de Psicología Alava Reyes Consultores.
19. Garza, T. (1997). Trabajo con familias. Primera edición.
20. González, R. (1998). Psicopatología del niño y del adolescente. Editorial Pirámide. España, 338 págs.
21. Hernández, V. (2001). Terapia Grupal de Relajación. Tesis, Universidad de Panamá. 86 pág. Panamá.
22. Latner, Joel. (1994). Fundamentos de la Gestalt. Cuatro Vientos.
23. Monroy C, C., Boschetti F, B., Irigoyen C. A. (2010). Propuesta de una clasificación familiar con base a su composición. Boletín de Atención Familiar, UNAM.

24. Peralta A, E. (1964). Código Civil. Jefe de Gobierno de la República de Guatemala, Decreto- Ley número 106.
25. Rabanales, M. (2008). Aldeas Infantiles SOS Guatemala. Guatemala: Consultor.
26. Santos G, I. (2009). Investigaciones de Familias e Infancia. Universidad de Oviedo: Psicóloga.
27. Sinay, S y Blasberg, P. (1995). Gestalt para principiantes. Buenos Aires: Era Naciente SRL.
28. Thomson, P. (2002). Los diferentes tipos de hogares y el objetivo social de la familia. Revista el farmacéutico, No. 36, 14
29. UNICEF.(1991). Los niños de Guatemala. Guatemala: Editorial. Impresiones Selectas, S.A.
30. UNICEF. (2002). Realidad Socioeconómica de Guatemala con Énfasis en la situación de la niñez. Guatemala: Piedra Santa.
31. Unidad de capacitación del ministerio público. (2005). Maltrato y abuso a niños, niñas y adolescentes. Guatemala.
32. Verástegui, S. (2004). El origen de los Trastornos psicológicos según Beck y Ellis. Hojas Informativas de los Psicólogos de la Palmas No 63. Pag.19.
33. Ydigoras, Fuentes. (1958). Reglamento de Hogares Sustitutos. Presidente de la República de Guatemala, Guatemala.

## Internet

1. [http://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_la\\_Ninez\\_y\\_Adolescencia\\_Guatemala.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_la_Ninez_y_Adolescencia_Guatemala.pdf)  
Ley Protección Integral Guatemala OAS
2. [www.sbs.gob.gt/ejes-de-atencion/prevencion/cai](http://www.sbs.gob.gt/ejes-de-atencion/prevencion/cai)  
Centro de atención Integral
3. [www.relaf.org/mardel/ppp6.pdf](http://www.relaf.org/mardel/ppp6.pdf)  
Evaluación de programas de hogares sustitutos
4. [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Solo-casas-hogares-autorizados\\_0\\_323367910.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Solo-casas-hogares-autorizados_0_323367910.html)  
Prensa Libre, hogares sustitutos en Guatemala

## **Anexos**

## **Anexo 1**

Programa oficial de la Practica Profesional

Dirigida

## UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE ESTUDIOS**


Nombre del Curso:	Práctica IV -Profesional Dirigida-	Ciclo:	2013
Pre-Requisito:	Práctica I, Práctica II, Práctica III	Código:	
Trimestre:	X	Jornada:	
Sede:		Horario:	

Mes	Año		
Enero	2013		
Fecha de Recepción		Seillo de Registro y Control Académico	Vó.Bo. Decanato

**Propósito del Curso:**

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

**Objetivos:**

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.



**Evaluación:**

Máxima de Aprobación: 100 puntos

Mínima de Aprobación: 70 puntos.

**Contenido Temático del Curso:**

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico</li> <li>2. Trabajo en comunidades de riesgo</li> <li>3. Detección de situaciones de resiliencia</li> <li>4. Creación de programas y proyectos</li> </ol>	

**Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:****Metodología:**

- El estudiante practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil prestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apearse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

## Planificación Anual:

<i>Enero</i>
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
<i>Febrero</i>
Entrega de autorización escrita de centros de práctica.
Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1.
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2.
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<i>Marzo</i>
Primera parte: Presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4.
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<i>Abril</i>
Primera parte: Presentación de casos 7
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega informe mensual marzo.
Primera parte: Presentación de casos 8
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<i>Mayo</i>
Cierre de primera fase, Autoevaluación
Entrega informe mensual abril
<i>Junio</i>
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
<i>Julio</i>
Primera parte: Presentación de caso 12
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
<i>Agosto</i>
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual Junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<i>Septiembre</i>
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<i>Octubre</i>
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1 Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
<i>Noviembre</i>
Entrega de informes finales.

**Bibliografía:**

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. 7a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandín B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, I. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal, José de Jesús González Nuñez, Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUIAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

## **Anexo 2**

**Cartas de Universidad Panamericana**

Guatemala, 19 de febrero 2013

Ingeniero:  
Andrés Ruiz  
Relacionista  
Buckner de Guatemala (Hogares)  
Presente

Respetable Ing. Ruiz:

Reciba un cordial saludo de la Decanatura de la Facultad de Ciencias Psicológicas. El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la/el alumno: Maribel Aguilar, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, pueda realizar la práctica en la institución que usted dignamente dirige.

Dicha práctica se encuentra contemplada en la Programación Académica y previo a la obtención al Título de Licenciatura.

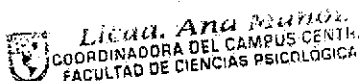
La práctica será coordinada por: Licda. Elsa Obregón quien oportunamente estará realizando el monitoreo y supervisión.

Agradezco su atención y buenos oficios, al permitir que los estudiantes puedan cumplir con un requisito académico y proyectar la filosofía y labor social de Universidad Panamericana.

Atentamente,



Licda. Ana Muñoz  
Coordinadora del Campus Central  
Facultad de Ciencias Psicológicas



Licda. Ana Muñoz  
COORDINADORA DEL CAMPUS CENTRAL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

## Carta de Buckner

Guatemala 4 de noviembre de 2013

Licda. Elsa Obregon  
Escuela de Psicología  
Universidad Panamericana

Por este medio se hace constar que la señorita Mariel Aguilar, estudiante del quinto año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, realizó su práctica profesional satisfactoriamente en Asociación Buckner Guatemala, colaborando en el Programa de Alternativas de Protección, iniciando el 18 de febrero y finalizando el día 18 de noviembre del presente año.

Las actividades que realizó en el periodo de práctica fueron Terapias Psicológicas dirigidas a adolescentes y adultos, así como talleres los cuales se llevaron a cabo con toda la población de los diferentes hogares de la Asociación.

Durante el tiempo que la señorita Mariel Aguilar estuvo realizando sus prácticas demostró bastante profesionalismo, con el grupo de trabajo y con todos y todas las adolescentes a quienes tubo a su cargo.



Licda. Celia V. Rivas Domínguez  
Psicóloga Clínica  
Colegiado 660  
Asociación Buckner Guatemala

Carta de Aporte

Guatemala, 25 de Noviembre 2013

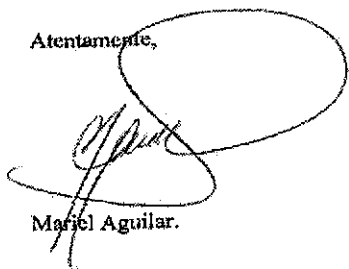
Licenciada  
Celia Rivas  
Psicóloga  
Buckner de Guatemala (Hogares)  
Presente

Estimada Licenciada:


Por medio de la presente, agradezco el apoyo de la práctica profesional dirigida, que se me brindo en el presente año, como requisito de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana.

Como contribución al Programa de Alternativas de Protección, hago entrega de tres afiches sobre el abuso y un aporte de estrategias de intervención y factores de protección para el desarrollo de los adolescentes en los hogares.

Atentamente,



Mariel Aguilar.



ASOCIACION BUCKNER  
Recibido: Celia Rivas.  
Fecha: 26/11/2013

Celia Rivas  
Psicóloga Clínica  
Col. 660.

### **Anexo 3**

#### **Aporte y estrategias de Intervención**



## Aporte

El núcleo de las aportaciones de este trabajo, permite reorientar el foco de atención en el análisis de las consecuencias de las conductas en los adolescentes, pasando desde lo que podemos definir, como perspectiva del déficit, a una perspectiva que podríamos denominar de promoción. Es decir, se pasa de una visión centrada en el análisis de las carencias que pueden presentar los adolescentes como consecuencia de los diferentes tipos de abusos recibido, a un segundo enfoque más funcional, dirigido a la identificación de diferentes factores que pueden estar ejerciendo un rol protector, en el desarrollo de los adolescentes maltratados, con el fin de potenciarlos, promoviendo su bienestar.

Se mencionan tres grupos de factores protectores, que tienen que ver con el desarrollo personal, con el contexto familiar y con el contexto social, confirmando progresivamente la existencia de una serie de variables afectivas, sociales y de personalidad mediadoras de la adaptación socioemocional a largo plazo para el adolescente.

Es importante trabajar la selección de los factores protectores que se encuentra expuesto de la siguiente manera:

Se trata de factores que están relacionados con la adaptación psicosocial de los adolescentes, que han sufrido cualquier tipo de abuso dentro de sus familias.

Se hace especial hincapié en aquellos factores que pueden ser promovidos desde la atención residencial, por tratarse de aspectos referidos a la propia persona o por tratarse de aspectos relacionados con los contextos sociales en los que se desenvuelven los adolescentes, como la propia residencial o el contexto escolar.

Finalmente, y dado su destacado rol como factor protector en hogares y su potencial explicativo de las consecuencias psicosociales que presentan los adolescentes, con el fin de potenciarlos promoviendo su bienestar con el objetivo de la intervención protectora.

Estrategias de intervención y factores de protección para el desarrollo de los y las adolescentes en los hogares.

<u>Personal</u>	<u>Familiar</u>	<u>Social</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud</li> <li>▪ Habilidades cognitivas adecuadas: facilidad en resolución de problemas y atención.</li> <li>▪ Autoestima: autopercepción positiva y autoeficacia</li> <li>▪ Autorregulación de emociones</li> <li>▪ Lugar de control interno</li> <li>▪ Habilidades sociales y de solución de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pautas de crianza inductivas de apoyo</li> <li>▪ Autonomía</li> <li>▪ Ambiente predecible</li> <li>▪ Reconocimiento</li> <li>▪ Clima familiar positivo con bajo conflicto entre los encargados</li> <li>▪ Padres o encargados involucrados en la educación del adolescente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amigos</li> <li>▪ Redes de apoyo</li> <li>▪ Escuelas eficaces</li> <li>▪ Servicios sociales y salud pública adecuados y disponibles</li> <li>▪ Relaciones con otros adultos prosociales, competentes y proveedores de apoyo para los adolescentes</li> <li>▪ Integración y éxito</li> <li>▪ Reconocimiento</li> </ul>

## **Anexo 4**

Afiches sobre el abuso

## ABUSO

Abusar es hacer uso indebido o excesivo de algo o de alguien. Existen formas de abuso psicológico, físico y sexual ejercidos desde una posición de poder.



## ABUSO EMOCIONAL / VERBAL:

Cualquier comportamiento encaminado a controlar y subyugar a otro ser humano mediante el recurso al miedo y la humillación y valiéndose de ataques físicos o verbales.



## ABUSO SEXUAL INFANTIL

Toda acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer impone, sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño/a o adolescente.

