



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

Violencia sexual e institucionalización: Propuesta de intervención desde la Terapia de Juego Cognitivo Conductual

TESIS

PRESENTADA POR

Psic. Albania Gabriela Cocom Sánchez

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DE CLÍNICA INFANTIL**

DIRECTORA DE TESIS

Mtra. Elia María Escoffie Aguilar

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 926340 durante el periodo 2018-2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Dedicatoria

A mi madre que me ha apoyado a cada paso alentándome en todas las aventuras que he emprendido, que ha creído en mí sin importar qué tan grande fuera el sueño que me propusiera alcanzar o que tan lejana pareciera la meta a la que quisiera llegar, estando presente en cuerpo y alma, especialmente en alma cuando por seguir mis sueños en cuerpo no ha sido posible.

Agradecimientos

Agradezco de corazón a todo los que formaron parte de este proyecto directa o indirectamente, a mis profesores y compañeros que ahora más que eso son amigos. A las instituciones involucradas que me abrieron las puertas y brindaron su confianza. A mis seres queridos que gracias a su apoyo siempre me sentí acompañada. A todos gracias por el tiempo, aprendizaje y conocimiento compartidos, los llevo siempre conmigo.

Índice

Resumen	9
1. Introducción.....	10
1.1 Planteamiento del problema y justificación.	11
1.2 Marco Teórico	15
2. Evaluación Diagnóstica del Problema.....	26
2.1 Participantes y Descripción del Escenario.....	26
2.1.1 Motivo de consulta.	26
2.1.2 Datos generales.....	29
2.1.3 Descripción de la paciente.....	29
2.1.4 Conceptualización del caso.	29
2.1.3 Objetivo general.	30
2.1.4 Objetivos específicos.....	31
2.1.5 Definición de términos.	31
2.2. Instrumentos, Técnicas y/o Estrategias Utilizados	32
2.2.1. Instrumentos.	32
2.2.2 Técnicas.....	34
2.2.3 Evaluación del proceso.....	35
2.3 Procedimiento.....	35
2.4 Informe de los Resultados de la Evaluación Diagnóstica.....	37
3. Intervención	39
3.1 Introducción.....	39
3.2 Objetivos de la Intervención.....	40
3.2.1. Objetivo general.	40
3.2.2 Objetivos específicos.....	40
3.3 Diseño de intervención	41
3.4 Fases de intervención.....	41
3.5 Diseño de psicoterapia.....	42
4. Evaluación de la intervención.....	50

4.1	Fase de seguimiento	50
4.2	Evaluación del proceso.....	50
5.	Discusiones y conclusiones	50
6.	Referencias	53
7.	Anexos.....	57
	Anexo 1. Historia clínica.....	57
	Anexo 2. Resultados del Dibujo de la Figura Humana	59
	Anexo 3. Calificación de acuerdo con Koppitz (2006)	61
	Anexo 4. Calificación de acuerdo con Karen Machover.....	62
	Anexo 5. Resultados del Test de dos figuras humanas	63
	Anexo 6. Resultados del Test de la Familia de Louis Corman	64
	Anexo 7. Resultados del H-T-P.....	66
	Anexo 8. Resultados MATEA.....	69
	Anexo 9. Resultados Bender	69
	Anexo 10. Resultados del Test de Matrices Progresivas de Raven Escala Coloreada.....	73
	Anexo 11. Resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).....	73
	Anexo 12. Conclusión general a partir de las pruebas aplicadas.....	74
	Anexo 13. Sesiones de psicoterapia	74
	Anexo 14. Instrucciones para el terapeuta.....	83
	Anexo 15. Libro “MANUAL PARA CREAR A LA MUÑECADE TUS SUEÑOS”	91

Índice de tablas

Tabla 1. Propuesta de intervención.....	42
---	----

Resumen

En el presente documento se pretende diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica basada en la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC) para una niña de 12 años de edad, que reside en un albergue de Mérida, Yucatán, quien es referida a proceso terapéutico por presentar conductas sexuales inapropiadas y tener antecedentes de haber sido víctima de violencia sexual y negligencia en el seno familiar. El haber vivido violencia sexual durante la infancia genera secuelas psicológicas que, de no ser atendidas, pueden interferir con el sano desarrollo. El enfoque psicoterapéutico Cognitivo Conductual (TCC) ha comprobado su eficacia para atender este tipo de situaciones y la TJCC es la TCC ajustada a niños, obedeciendo a las especificidades de la etapa de desarrollo en la que el niño se encuentre (Beck y Emery, 1985, en O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017; Esquivel, 2010; O'Connor, et. al. 2017). La intervención se pretende llevar a cabo en el departamento de psicología del albergue y se espera a través de ella prevenir el riesgo de violencia sexual mediante la adquisición herramientas para el cuidado del propio cuerpo y el de los demás, así como fomentar una autoestima y habilidades sociales positivas a través de la intervención psicoterapéutica mencionada.

1. Introducción

De acuerdo con la OMS (2013), la violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación, a la fuerza física. Se define como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

A nivel mundial, se reconoce la importancia de atender las necesidades de los niños, niñas y adolescentes (N. N. A.) de manera eficiente y eficaz. Es sabido que esta población es uno de los grupos más vulnerables de ser menoscabado en sus derechos fundamentales, de igual manera son reconocidos como “semillero” de la sociedad del futuro. Con intención de protegerlos se han generado a nivel mundial documentos tales como la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño y de la Niña (Unicef, 2004) y la Convención de los Derechos del Niño (Unicef 1949-2006) por mencionar algunos. México forma parte de éstos y otros tratados internacionales en donde se señalan los derechos fundamentales de los menores de edad, no obstante, la realidad en nuestro país dista mucho del ideal que plantean dichos tratados.

En nuestro estado se han implementado estrategias enfocadas en la detección y canalización del maltrato y la violencia sexual hacia N. N. A. que dieron paso a la creación de herramientas creadas para prevenir, detectar y tomar acciones concretas frente a situaciones de riesgo como es el “Protocolo de Actuación en caso de Probable Riesgo, Maltrato o Delito Sexual en contra de Niñas, Niños y Adolescentes, para su Aplicación en las Escuelas de Educación Básica del Estado de Yucatán”. Es así, que el presente trabajo se

suma a las acciones a realizar para proteger a niñas, niños y adolescentes, planteando una propuesta de intervención que haga frente a las consecuencias que se desprenden de haber padecido violencia sexual durante la infancia.

1.1 Planteamiento del problema y justificación.

En México, la violencia sexual es una realidad a la que los niños se enfrentan independientemente del sexo, la edad o el estrato social. Las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de ser violentado sexualmente durante la infancia pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y continuar presentes en la adultez. Es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez (Rodríguez, Aguilar y García, 2012).

En este sentido, la prevalencia de la violencia sexual infantil es alarmante. De acuerdo con la UNICEF (2017), en todo el mundo, alrededor de 15 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas; 9 millones de estas adolescentes lo habían sido en el último año. En 38 países de ingresos bajos y medianos, cerca de 17 millones de mujeres adultas informaron haber tenido relaciones sexuales por la fuerza en la niñez. En 28 países de Europa, alrededor de 2,5 millones de mujeres jóvenes informan haber sido víctimas de formas de violencia sexual con y sin contacto antes de los 15 años.

En México de enero a noviembre de 2018, se registraron 38,478 delitos en contra de la libertad y la seguridad sexual, de los cuales 2,743 corresponden a delitos sexuales perpetrados a menores de 15 años y/o a personas con discapacidad intelectual. En este sentido, en lo que respecta al estado de Yucatán se registraron 332 delitos en contrala libertad

y la seguridad sexual, de los cuales 7 corresponden a delitos sexuales perpetrados a menores de 15 años y/o a personas con discapacidad intelectual (Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, 2018).

Por otro lado, durante el mes de enero de 2019, se registraron 23 delitos en contra de la libertad y la seguridad sexual, números que son alarmantes, sin mencionar la cifra negra nacional que indica que el 93.2% de los delitos cometidos durante el año 2018 no fue denunciado o no se inició averiguación previa o carpeta de investigación (INEGI, 2019). Esta cifra deja entrever que la problemática es mucho más grande de lo que muestran las cifras oficiales.

Algo similar ocurre con las cifras referentes a la institucionalización, de acuerdo con la UNICEF (2013), existen en América Latina y el Caribe aproximadamente 240.000 niños que se encuentran institucionalizados, sin embargo, advierte que esta cifra no puede ser considerada real ya que existen instituciones que no llevan un registro adecuado del número de niños que se encuentran bajo su resguardo. Para 2016, la organización internacional, no gubernamental Aldeas SOS México, reportó que en México 33,118 niños, niñas, adolescentes y jóvenes residían en Centros de Asistencia Social (CAS). De ellos, el 73% reside en casas hogar para niñas y niños menores de 18 años y el resto en centros no especializados de niñas, niños o adolescentes. De acuerdo con el Censo de Alojamiento de Asistencia Social (CAAS) de esta misma organización, existe un total de 2,919 albergues, centros y casas hogar, los cuales varían en recursos e infraestructura y albergan a 25,541 menores de edad.

La violencia sexual intrafamiliar, es la forma más frecuente de victimización en la infancia, quienes violentan sexualmente a los infantes suelen ser los propios familiares (tíos, primos, abuelos), amigos cercanos a la familia y en ocasiones los propios padres o aquellas

personas que se supone deben ejercer el rol de cuidadores, situación que hace imposible que el niño permanezca en el seno familiar (Villanueva, 2013). Es así, que las instituciones de acogida y protección infantil se enfrentan al reto de recibir a menores de edad que han sufrido algún tipo de violencia sexual misma que deja secuelas importantes en quienes la padecen y que de no atenderse pueden perdurar y acentuarse a lo largo de la vida.

Las secuelas de la violencia sexual son similares a las de otro tipo de agresiones. De este modo, más que respuestas concretas a sucesos traumáticos específicos, los diferentes tipos de victimización (castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etcétera), pueden dar lugar a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad. Lo único que diferencia a los niños abusados sexualmente es una conducta sexual inapropiada, bien por exceso (promiscuidad sexual o desarrollo sexual prematuro), o bien por defecto (Pedera, 2009).

Dentro de las consecuencias inmediatas o a corto plazo de la violencia sexual en la infancia y en la adolescencia, podemos encontrar los problemas de tipo somático, la ansiedad, retraimiento, la vuelta a un nivel anterior de desarrollo (regresión), trastorno por estrés postraumático y erotización (Mellon, Whiteside y Friedrich, 2006), así como baja autoestima, sentimiento de culpa y de estigmatización, ideación o conducta suicida, problemas cognitivos y de rendimiento académico como afectación en la capacidad de atención y concentración, y problemas con el establecimiento de relaciones positivas con los adultos y los pares, esto debido a que la confianza de la víctima sufrió una ruptura a raíz del evento traumático, (Pedera, 2009).

En cuanto a las consecuencias a largo plazo, los síntomas parecen disminuir a medida que la persona crece, no obstante, hay que considerar otro tipo de efectos denominados "sleeper effects" o efectos durmientes, éstos hacen referencia a aquellos síntomas, que no se

presentan inmediatamente después de que ocurrió el suceso, aparecen algún tiempo después como sintomatología que no posee un origen claro, normalmente se manifiestan un año después de ocurrido el suceso traumático, pudiendo aparecer también hasta la edad adulta. También es común, que un adulto que fue víctima de una agresión sexual en la infancia presente problemas de depresión, ansiedad, baja autoestima, abuso de sustancias, prácticas sexuales riesgosas y somatización, (Mannarino, Cohen, Smith y Moore-Motily, 1991, Cantón y Cortés, 2015). Lo anterior deja al niño, niña o adolescente, en una situación vulnerable donde sus derechos se ven seriamente perjudicados, comprometiendo su sano desarrollo.

Existen evidencias de que circunstancias como la duración y frecuencia de la violencia sexual, si hubo o no contacto físico o penetración, si se hizo uso de la violencia física, el vínculo de la víctima con el agresor, si la víctima reveló o no el suceso y la reacción que tuvo la familia ante la revelación, son variables que influyen en el riesgo y aparición de sintomatología psicopatológica en el futuro. En el caso de los varones, se ha observado una tendencia a identificarse con el agresor y responder activamente a la violencia sexual, lo que deriva en la sexualización y abuso de otros niños, es decir el niño agredido busca a alguien con quien pueda repetir lo ocurrido, pero en esta ocasión desde una posición de control. En el caso de las niñas éstas suelen identificarse más con el rol de víctima y tienden a ponerse en situaciones que las coloquen una y otra vez en ese rol (Villanueva, 2013), sin embargo, esto varía de persona a persona, de modo que niñas pueden responder activamente a la violencia sexual y niños pueden identificarse con el rol de víctimas.

Por otro lado, los niños que viven en situación de institucionalización, habitualmente provienen de situaciones como el abandono, el maltrato, la carencia de lazos afectivos, la soledad y el abuso, motivo por el cual el Estado o las instituciones privadas los acogen en su

seno como medida de protección cuando se encuentran en situación de calle o su casa resulta no ser un lugar seguro, (González, Ampudia y Guevara, 2012). El atravesar por estas situaciones les generan problemas emocionales, que derivan en el desarrollo de una baja autoestima, un locus de control externo, conductas antisociales, agresividad, entre otros. La situación de deprivación física y emocional, que por defecto viven al no encontrarse en el seno de una familia, trae consigo problemas como el desarrollo de un apego de tipo inseguro, dificultad para relacionarse afectivamente, problemas de lenguaje, de integración de tipo sensorial y un retraso en el desarrollo mental y físico, características psicológicas que, aunadas a la deprivación socio cultural que en la mayoría de los casos los caracteriza, los definen como población vulnerable (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013).

La cantidad y gravedad de las secuelas que deja la violencia sexual en quienes la padecen, sin mencionar las secuelas provocadas por la posterior institucionalización que en muchas ocasiones conlleva, aunadas a la prevalencia de este delito en nuestro país y en nuestro Estado hacen necesario el desarrollo de intervenciones psicológicas dirigidas al trabajo con esta población.

1.2 Marco Teórico

Antecedentes.

Durante los inicios de la historia de la humanidad no figuraba la idea de la infancia, de modo que se consideraba a los niños pequeños adultos. Los adultos al tratar de comprenderlos fabricaban toda clase de creencias fantásticas a su alrededor para intentar explicar su comportamiento, de modo que se creía que los niños que lloraban mucho se convertirían en pequeños engendros por lo que era necesario que permanecieran inmóviles,

atados por largo rato. En la antigüedad, se permitían todo tipo de atrocidades perpetradas hacia los infantes, desde golpearlos con diversos artefactos como látigos, palos, cuerdas, palas, dejarlos morir de hambre, abandonarlos a su suerte, utilizarlos para el beneficio de los adultos explotándolos laboral y sexualmente. De acuerdo con Muse (1974), el pensamiento reinante en aquella época consideraba a los niños como algo inservible, como un objeto que podía ser utilizado a conveniencia o desechado en cualquier momento sin ningún tipo de pena o remordimiento.

La violencia sexual a edades tempranas también era una práctica común. En la antigua Roma una de las prácticas más comunes era la de sexo anal con niños a quienes se castraba desde recién nacidos ya que se considera que la castración volvía más placentera esta práctica. Los judíos consideraban que las prácticas sexuales con niños menores de 9 años no constituían un acto sexual per se, por lo cual no era penado, únicamente se castigaba con la pena de lapidación los actos sexuales con niños mayores a esa edad. Con la llegada del cristianismo apareció una nueva concepción sobre la niñez y se consideró a los infantes como seres puros e inocentes los cuales no comprendían el significado y las implicaciones de las prácticas sexuales. Durante el renacimiento, a partir del siglo XVII las relaciones sexuales con menores de edad empezaron a ser consideradas como reprobables, sin embargo, la responsabilidad de poner freno a aquellas conductas recaía en los niños (Mause, 1974).

La humanidad tuvo que llegar a la primera parte del siglo XX, para que el maltrato infantil fuera descrito y reconocido como tal, esto gracias a los estudios desarrollados por Henry Kempe y Silverman en 1962, quienes introdujeron la expresión síndrome del niño golpeado, concepto que más tarde fue ampliado por Fontana al indicar que los niños podían ser agredidos también emocionalmente y así se sustituyó el término niño golpeado por el de niño maltratado (Fontana, 1979). A finales del siglo XIX, en Estados Unidos y Gran Bretaña

se comenzó a promover la concepción de que la violencia sexual y el incesto se presentaban en todos los estratos sociales, dando como resultado, para el año 1908, la criminalización del incesto en Gran Bretaña.

El abuso sexual infantil aparece en escritos psicoanalíticos a finales del siglo XIX. Freud planteaba, que el origen de la histeria de algunas de sus pacientes radicaba en haber sufrido una agresión sexual por parte de los adultos que cuidaban de ellas, sin embargo, posteriormente rectificó su postura al respecto e indicó que la histeria era ocasionada por encuentros sexuales fantaseados por aquellas pacientes. Años más tarde, en 1953 apareció el informe sobre la sexualidad humana de Kinsey, en el cual una cuarta parte de las mujeres que participaron reportaron haber sido víctimas de agresión sexual por parte de un hombre durante la infancia y el 80% por ciento de ellas dijo haber sentido temor. La exposición de estos resultados no fue tomada de manera alarmante, debido a que se creía que las relaciones sexuales en la infancia formarían a mujeres sexualmente competentes durante la edad adulta. (Baita y Moreno, 2015).

Durante los años 80's y 90's, se suscitaron movimientos feministas y activistas liderados por mujeres maltratadas que habían sido víctimas de violación y violencia doméstica, ellas pusieron debajo del reflector aquellas agresiones sexuales perpetradas por desconocidos y visibilizaron aquellas que ocurrían en el seno familiar para finalmente apuntar a que niños y niñas también eran víctimas de maltratos físicos y sexuales en muchas ocasiones a manos de sus propios padres (Baita y Moreno, 2015).

Maltrato infantil.

Actualmente el concepto de maltrato infantil es reconocido a nivel mundial por organismos internacionales que se han dado a la tarea de definirlo y visibilizarlo, situándolo en los primeros puntos de sus agendas. La Convención Internacional sobre los Derechos del

Niño describe en su artículo 19 al maltrato infantil como *“Toda forma de perjuicio o de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”* (Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como:

“Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil” (OMS, 2014).

Para fines de este trabajo, se tomará la definición de maltrato infantil propuesta por Moltedo y Miranda (2004), quienes lo definen como: *“Cualquier acción u omisión no accidental que, desde una relación de dependencia y/o abuso de poder, cause detrimento en la integridad física, psicológica y social del niño o que amenace su desarrollo físico y psicosocial normal. La acción u omisión puede provenir de cualquier ámbito, familiar o extrafamiliar, incluyendo el institucional. Se entenderá por acción, la agresión directa, sea esta física, psicológica o sexual. Se entenderá por omisión, la falta en proporcionar los cuidados tanto físicos como psicológicos que un niño necesita, de acuerdo a su edad y características individuales, de parte de las personas o instituciones que se encuentran obligadas a brindarle protección y cuidado”*. El maltrato puede perpetrarse por cualquier

persona cercana al niño, desde sus padres y cuidadores primarios, hasta sus maestros, otras figuras de autoridad e incluso sus pares.

La violencia sexual infantil.

La violencia sexual infantil, es una forma de maltrato que consiste en la participación de menores de edad en actividades sexuales de las que no tienen pleno entendimiento, es decir, no pueden comprenderlas y por lo tanto, no pueden otorgar su consentimiento para participar en ellas. Por lo general, se llevan a cabo sin el uso estricto de la violencia, es decir, no se requiere golpear y someter al menor de edad haciendo uso de la fuerza física, esto se debe a que, dichas agresiones se dan en un marco de desigualdad en donde el niño es manipulado por aquellos adultos en quienes confía (padres, tíos, abuelos, maestros, etc.). Es así, que los agresores se encuentran en una situación de ventaja respecto al niño y de este modo lo convencen de participar en actividades de tipo sexual. También se considera violencia el contacto sexual entre dos menores de edad siempre y cuando exista una diferencia de edad o de etapa de desarrollo que resulte importante, de tal forma que el niño más pequeño sea incapaz de entender lo que sucede y de otorgar su consentimiento (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

De acuerdo con Carrera y Failde (2008), para que una agresión sexual se considere como tal, el acercamiento debe ser por medio de la coerción y/o imposición, y son estos aspectos los que marcan la diferencia entre un juego sexual consensuado, como el que podría darse entre dos menores de edades y etapas de desarrollo similares y una agresión sexual. La asimetría en la edad también juega un rol importante al momento de diferenciar un juego sexual y una agresión. En palabras de esta autora, para que se considere una agresión, entre la víctima y el agresor debe existir por lo menos una diferencia de edad de 5 años. Por otro lado, las estrategias de coerción utilizadas por el agresor pueden ser diversas y van desde el

ejercicio de la presión, el engaño, la seducción, la sorpresa y en un número muy reducido de casos, la violencia.

Legislación en México en torno a la violencia sexual.

En el código penal de nuestro país, los delitos sexuales se clasifican dentro de un gran grupo denominado Delitos Contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual. En este rubro se describen los delitos como el hostigamiento sexual, entendido como el asediar reiteradamente a personas de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación; el abuso sexual, es descrito como la ejecución o la obligación de la ejecución para sí o en otras personas de actos sexuales no consensuados sin el propósito de llegar a la cópula; el estupro, es entendido como la realización de la cópula con persona mayor de quince años y menor de dieciocho; y la violación, consiste en la realización de la cópula haciendo uso de la violencia física o moral. Se equipará a violación, la realización de la cópula y la introducción sin violencia por vía anal o vaginal de cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril con persona menor de quince años de edad o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo sea cual fuere el sexo de la víctima.

Implique o no tocamientos, haya sido por medio de la violencia o la manipulación y el engaño, el haber sido víctima de violencia sexual durante la infancia deja secuelas graves en quien la padece. Las secuelas psicológicas que se han relacionado con la experiencia de vivir violencia sexual en la infancia, pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y evidenciarse plenamente en la edad adulta. También es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez (Rodríguez, Aguilar y García, 2012).

Legislación en México en torno a la institucionalización.

En México, de acuerdo con la Ley General de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes aprobada en 2014, los menores de edad que no tengan quien ejerza sobre ellos la patria potestad o se encuentren en situación de abandono, serán acogidos en Centros de Asistencia Social, los cuales tienen la responsabilidad de garantizar la integridad física y psicológica de los mismos.

De acuerdo con esta ley, todo centro de asistencia social es responsable de garantizar la integridad física y psicológica de las niñas, niños y adolescentes que tengan bajo su custodia. De este modo, los servicios que presten los centros de asistencia social estarán orientados a brindar:

1. Un entorno seguro, afectivo y libre de violencia;
2. Cuidado y protección contra actos u omisiones que puedan afectar su integridad física o psicológica;
3. Alimentación que les permita tener una nutrición equilibrada y que cuente con la periódica certificación de la autoridad sanitaria;
4. Atención integral y multidisciplinaria que le brinde servicio médico integral, atención de primeros auxilios, seguimiento psicológico, social, jurídico, entre otros;
5. Orientación y educación apropiada a su edad, encaminadas a lograr un desarrollo físico, cognitivo, afectivo y social hasta el máximo de sus posibilidades, así como a la comprensión y el ejercicio de sus derechos;
6. Disfrutar en su vida cotidiana, del descanso, recreación, juego, esparcimiento y actividades que favorezcan su desarrollo integral;
7. Servicios de calidad y calidez, por parte de personal capacitado, calificado, apto y suficiente, con formación enfocada en los derechos de la niñez;

8. Las personas responsables y el personal de los centros de asistencia social se abstendrán de realizar actividades que afecten la integridad física y psicológica de niñas, niños y adolescentes. De igual manera, los responsables evitarán que el personal que realice actividades diversas al cuidado de niñas, niños y adolescentes, tenga contacto con éstos;
9. Espacios de participación para expresar libremente sus ideas y opiniones sobre los asuntos que les atañen y que dichas opiniones sean tomadas en cuenta;
10. Brindarles la posibilidad de realizar actividades externas que les permita tener contacto con su comunidad, y
11. Fomentar la inclusión de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

Asimismo, se deberá llevar a cabo la revisión periódica de su situación, de la de su familia y de la medida especial de protección por la cual ingresó al centro de asistencia social, garantizando el contacto con su familia y personas significativas siempre que esto sea posible, atendiendo a su interés superior. La niña, niño o adolescente deberá contar con expediente completo para efectos de que su situación sea revisada y valorada de manera particular, así como para determinar procedimientos de ingreso y egreso con el apoyo de las autoridades competentes que faciliten su reincorporación familiar o social.

La Terapia de Juego en niños víctimas de violencia.

Se trata de una exploración a través del juego, que ayuda al niño a darle sentido a las experiencias vividas en una manera que es apropiada para su nivel de desarrollo. Es el niño quien marca la pauta acerca de la manera que será más apropiada para ayudarlo a sobrellevar lo ocurrido.

Algunos desean explorar sus experiencias como una manera de encontrarle sentido a sus vidas, otros encuentran alivio utilizando el espacio de terapia como herramienta para enterrar a los sucesos traumáticos de su pasado y poder así continuar con sus vidas, para ellos lo más importante es generar un presente tan seguro como les sea posible. El tratamiento con estos niños va modificándose a medida que avanza el proceso y debe ajustarse a las necesidades del niño en los diferentes puntos del proceso, es decir, el tratamiento puede y debe cambiar de acuerdo con la evolución del niño dentro del mismo (Cattanach, 2008).

Terapia de juego con niños víctimas de violencia sexual.

La terapia de juego es una herramienta muy útil para el tratamiento en niños que han padecido violencia sexual. Estos niños requieren que se incluyan en su tratamiento aspectos puntuales como recibir información directa a cerca de qué fue lo que les sucedió, ayuda para establecer los límites de su cuerpo, para saber la diferencia entre una caricia buena y una mala, y recibir una educación sexual apropiada para su edad que les permita contextualizar la violencia sexual de la que fueron víctimas.

Por último, y se hace particular énfasis en esta necesidad, debe ayudárseles a generar una identidad independiente al suceso vivido, lo vivenciado no los define y mucho menos los limita y será tarea del terapeuta ayudarles a transitar por este entendimiento. El espacio de terapia debe proveerles la seguridad y confianza plenas para expresar el estrés y la sensación de pérdida que acompaña el vivenciar una agresión sexual. (Cattanach, 2008).

Habilidades sociales e institucionalización.

Los niños que viven en situación de institucionalización, en la mayoría de las ocasiones provienen de hogares en los que han padecido deprivación, negligencia y/o maltrato, por esta razón presentan problemas como retrasos en el desarrollo físico y

cognitivo, problemas de lenguaje y vocabulario, poca autonomía, entre otros. Entre las secuelas más importantes se encuentra la deficiencia en el desarrollo de habilidades sociales haciéndolos propensos a vivenciar experiencias de rechazo y de exclusión por parte de sus pares, lo que genera en ellos problemas de autoestima. Las habilidades sociales jugarán un papel clave en su presente y en su futuro, estas habilidades les permitirán establecer relaciones interpersonales positivas que satisfagan sus necesidades afectivas e interactuar positivamente con su entorno en contextos escolares, laborales y sociales (González, et. al. 2008).

Terapia de juego cognitivo conductual.

Las terapias cognitivo-conductual (TCC), hacen hincapié en corregir las distorsiones cognitivas y solucionar problemas, trabajando con el vínculo existente entre el pensamiento, las emociones y la conducta, lo que las hace las más adecuadas para trabajar con niños con pobre control emocional, juicio mal desarrollado, discapacidad y retraso en el desarrollo de las habilidades sociales. La Terapia de juego Cognitivo Conductual (TJCC) se trata de la TCC ajustada a niños, obedeciendo a las especificidades de la etapa de desarrollo en la que el paciente se encuentre. Sienta sus bases en los principios de la TCC y la terapia de juego, tiende a tener mayor estructura y dirección en la relación terapeuta-niño, puede incluir el uso de juguetes para representar distintos papeles y explorar soluciones alternativas positivas a los problemas y habilidades apropiadas en términos sociales. El terapeuta ilustra o enseña habilidades para la solución de problemas, la interacción social y el control emocional usando el juego infantil y los materiales del cuarto de juego (O'Connor, 2017).

Se trata de un enfoque que hace especial énfasis en la participación del paciente en su tratamiento, a través del cual se busca modificar aquellos patrones de pensamiento que

contribuyen a que los problemas presentados se mantengan, ha demostrado ser útil en pacientes que presentan ansiedad, depresión, que se muestran temerosos y que han vivido alguna experiencia traumática (Esquivel, 2010; O'Connor, et. al. 2017).

Desde la perspectiva de la TJCC, muchos de estos niños podrían tener pensamientos desadaptativos relacionados con sus dificultades (p. ej., el niño temeroso que se siente incapaz de enfrentar su miedo, el niño maltratado que siente que fue “su culpa” el abuso que sufrió). Debido a que la TJCC emplea técnicas psicoeducativas para enseñar habilidades de afrontamiento más adaptativas, las intervenciones tienen sentido para el niño con dificultades conductuales/emocionales, sobre todo cuando se relacionan con pensamientos desadaptativos (O'Connor, et. al. 2017).

Prevención de la violencia sexual infantil.

Son todos aquellos esfuerzos y acciones dirigidas a evitar que la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes ocurra, así como disminuir su prevalencia o en su defecto, evitar su reincidencia

Se da en tres niveles, la prevención primaria que trata de aquellas medidas que puedan ayudar a evitar las agresiones sexuales, la prevención secundaria, que trata de aquellas medidas dirigidas a reducir el riesgo de vivenciar estas agresiones en población identificada como en riesgo y la prevención terciaria enfocada en evitar que quien haya experimentado este tipo de violencia la viva nuevamente (Save the children,2000). A pesar de que son nombradas medidas preventivas en realidad lo que se logra es el control y/o reducción de los factores que propician la agresión sexual y no la agresión sexual propiamente dicha (Acuña, 2014).

2. Evaluación Diagnóstica del Problema

2.1 Participantes y Descripción del Escenario

El presente estudio se llevó a cabo con una persona de sexo femenino de 12 años de edad, a quien, a lo largo de este trabajo, en apego a las normas éticas y legales de confidencialidad, será denominada “M. F.” quién se encontraba dentro de un albergue del Estado de Yucatán. Se trabajó en primera instancia, dentro de las instalaciones de una clínica psicológica perteneciente a una universidad pública del Estado de Yucatán, con la cual el albergue mantenía un convenio de colaboración, misma que contaba con salas adecuadas y con materiales apropiados para un proceso psicoterapéutico. En un segundo momento, y debido a la situación sanitaria vivida a nivel mundial por el COVID-19 y tras una larga pausa en la atención, las sesiones se llevaron a cabo a través de video conferencias en una plataforma digital, durante las cuales M.F. se encontró acompañada por un psicólogo perteneciente al albergue donde residía.

Fue posible únicamente finalizar la fase diagnóstica, ya que el albergue no contaba con las condiciones necesarias para llevar a cabo un proceso terapéutico vía remota, es así que se diseñó la presente intervención con la intención de ser aplicada a M.F. una vez que sea posible retomar las sesiones de manera presencial en el albergue. Se planteó la posibilidad al personal de psicología del albergue que, de no poder retomar las sesiones presenciales debido a la contingencia sanitaria, fueran ellos quienes aplicaran la intervención con el debido acompañamiento, posibilidad que descartaron ya que su carga laboral no se los permitiría.

2.1.1 Motivo de consulta.

De acuerdo con los lineamientos de la clínica psicológica, para trabajar con personas menores de edad, es necesario contar con la autorización de los padres o tutores

legales, es por ello que en primera instancia se tuvo contacto con el personal del albergue quien proporcionó los permisos correspondientes por escrito para el trabajo con M.F., así como información relacionada al motivo de consulta.

Seguidamente, se tuvo una entrevista con la persona del albergue a cargo de supervisar a M.F., de formación psicóloga, quien relató que M.F. fue sorprendida realizando frotamientos de tipo erótico con un niño de 5 años de la misma institución, esto sucedió en el horario en el que ella y su grupo salían al área de juegos y el grupo de los pequeños se retiraban del lugar, indicó que fue en este lapso que ocurrió lo relatado, razón por la que fue separada de su grupo e interrogada acerca del motivo por el cuál realizó esta acción, sin obtener respuesta.

Explicó que M.F. ha ingresado al albergue en dos ocasiones. La primera ocasión contaba con apenas dos años de edad, el ingreso se dio debido a reportes anónimos por parte de sus vecinos a las autoridades del Estado de Yucatán, quienes reportaron que a M.F. y a su hermana mayor M.I. no se les atendía debidamente, se les dejaba solas y no se cubrían sus necesidades básicas. Al hacer las investigaciones correspondientes se obtuvo información de posible violencia sexual, siendo que M.I. declaró ante las autoridades lo siguiente: *“En la noche estaba en la hamaca durmiendo y G., uno que vive por mi casa fue a lastimarme con su porquería y mis abuelos no hacen nada para defenderme, me detienen las manos para que yo no lo aviente, me la mete donde hago pipí, luego donde hago popó y en mi boca. Mi abuela se llama X. y mi abuelo se llama F.”*. Por este motivo se inició una averiguación policial en contra de los abuelos maternos de las niñas y ambas quedaron bajo el resguardo del albergue donde permanecieron durante ocho años, egresando posteriormente bajo la custodia de su madre quien tiene discapacidad auditiva y dificultades importantes para caminar. Dos años después de su egreso M.F. reingresó al albergue, esta

vez su hermana mayor M.I. fue quien la llevó, refiriendo que no podía hacerse cargo de su hermana menor y de su madre al mismo tiempo, ya que M.F. se comportaba sumamente disruptiva.

El personal del albergue mencionó que M.F. se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico ya que, a la edad de 6 años y 3 meses la diagnosticaron con TDAH, razón por la cual se le recetó Metilfelidato, fue evaluada neuropsicológicamente, se le aplicaron las pruebas “Frostig”, para la cual obtuvo un puntaje correspondiente a la edad de 4.7 años, “Bender”, donde obtuvo un puntaje igual a 5 años y 3 meses e indicadores emocionales de retraimiento, timidez e inseguridad y finalmente se le aplicó el “Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil”, a través del cual se detectaron dificultades en la motricidad fina y gruesa, problemas de lenguaje oral y escrito, así como dificultades en la espacialidad y en la atención. Ha llevado tratamiento psiquiátrico desde su segundo ingreso al albergue ya que el psiquiatra la diagnosticó con depresión, trastorno disocial y TDAH residual, para los cuales toma en comprimidos 25mg de lovomepromazina a las a las 6pm, 500mg de ácido valpróico a las 2 pm, 5mg de haloperidol a las 6pm y 25mg de atomoxetina a las 6pm, diariamente de lunes a domingo. No se pudo obtener el dato sobre la periodicidad con la que M.F. tenía consultas psiquiátricas, ya que no tenía una próxima cita programada indicada en el expediente del albergue, cabe mencionar que tampoco hay registro de que M. F. haya asistido o asista a terapia de lenguaje.

El personal del albergue describió a M.F. como una niña con problemas de lenguaje, que suele ser irritable y que tiene problemas muy a menudo con una de sus compañeras a quien agrede verbalmente y en ocasiones también la golpea. M.F. se describe a sí misma como una niña con discapacidad, ya que su madre y su hermana le decían que ella no podía hacer ciertas cosas porque tenía una discapacidad.

2.1.2 Datos generales.

A lo largo de este trabajo y con la finalidad de conservar la privacidad de la paciente y su familia se le asignó el nombre de M.F. Al iniciar el proceso estaba inscrita a tercero de primaria a pesar de contar con 12 años de edad, la escuela a la que asistía se encontraba dentro del albergue donde residía, un albergue a cargo del Estado de Yucatán. Se trata de una persona del sexo femenino de nacionalidad mexicana, nacida y radicada en la ciudad de Mérida, Yucatán.

2.1.3 Descripción de la paciente.

Es una niña de complexión delgada, de aproximadamente 1.50m de altura, tez morena clara, ojos grandes de color café, nariz ancha, cabello negro, lacio, a la altura de los hombros. Su apariencia y vestimenta son acordes a su edad cronológica, asiste a consulta con el cabello arreglado a veces con trenzas, otras veces con coletas, vistiendo jeans, shorts y blusas de colores con estampados acordes a su edad, siempre limpia y aliñada. Durante la primera sesión se mostró tímida, sin embargo, a partir de la segunda sesión se mostró sumamente afectuosa con la terapeuta, se abalanzó a abrazarla y gritó emocionada el nombre de la terapeuta. Se mostró interesada en juguetes y actividades correspondientes a una niña de menor edad, le era difícil hablar sobre cosas del pasado, especialmente recordar temporalidades le resultaba difícil. Su tono de voz era adecuado, sin embargo, su problema de lenguaje suponía una barrera para la comunicación ya que se le tenía que pedir que repitiera las cosas más de una vez, situación que ocasiones parecía frustrarla.

2.1.4 Conceptualización del caso.

Se tuvieron tres sesiones presenciales en las instalaciones de la clínica psicológica perteneciente a la universidad pública del Estado de Yucatán, en las cuales se firmaron los

permisos correspondientes para poder llevar a cabo el proceso de atención psicológica; se estableció que se trabajaría una vez por semana en una sesión de 40 a 50 minutos dentro de las instalaciones de la clínica de la universidad para de esta manera poder realizar un diagnóstico adecuado y posteriormente diseñar y aplicar una intervención pertinente, de manera que se dio inicio a la fase diagnóstica. En medio de la fase diagnóstica tuvo que suspenderse la atención debido a la situación de confinamiento por la contingencia sanitaria mundial a causa del COVID-19.

Las sesiones se reanudaron a través de video conferencias en una plataforma digital, durante las cuales M.F. se encontró acompañada por un psicólogo perteneciente al albergue donde residía. Se finalizó la fase diagnóstica y se diseñó la presente intervención con la intención de ser aplicada una vez que sea posible retomar las sesiones de manera presencial, esto debido a que el albergue no cuenta con las condiciones adecuadas para llevar a cabo un proceso terapéutico de manera remota y también debido a que dadas las características de M.F. el proceso terapéutico vía remota no es la opción más adecuada.

Se resolvió diseñar la intervención y abordar el motivo de consulta desde el enfoque de la Terapia de Juego Cognitivo Conductual en atención a lo reportado por el personal del albergue respecto a la conducta agresiva de M.F. hacia una de sus compañeras, también a razón de la sospecha de abuso sexual hacia la paciente, fundada en los frotamientos eróticos en los que fue sorprendida, partiendo del conocimiento de que los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual tienden a repetir lo sucedido pero desde una posición de control que los sitúa como agresores, generalmente de niñas o niños menores que ellos (Villanueva, 2013).

2.1.3 Objetivo general.

Proponer un programa de intervención psicoterapéutica basado en la Terapia de Juego Cognitivo Conductual que responda a las necesidades presentadas por una paciente en edad escolar residente de un albergue que se encuentra bajo la tutela del Estado, en la Ciudad de Mérida Yucatán.

2.1.4 Objetivos específicos.

- a. Realizar la evaluación diagnóstica de una paciente de 12 años de edad, referida por una casa hogar del Estado de Yucatán por comportamientos sexuales inapropiados.
- b. Obtener información sobre su estado emocional y características de personalidad.
- c. Diseñar una propuesta de intervención que responda a las necesidades encontradas respecto a su estado emocional y características de personalidad.

2.1.5 Definición de términos.

Estudio de caso clínico: se trata del estudio de lo que resulta particular, singular y exclusivo. Tiene como principal finalidad entender la naturaleza única del caso que se estudia, este puede ser una persona, un aula, una institución, un programa. Se trata de una metodología de investigación que examina a un ente determinado, por esto se denomina caso (Díaz De Salas, et. Al., 2011).

Intervención Psicoterapéutica: desde la perspectiva cognitivo conductual se centra en la aplicación de técnicas y principios de la psicología con el objetivo de ayudar a los niños con el manejo de la empatía, la solución de problemas, la regulación emocional, las habilidades sociales, la modificación de creencias y los comportamientos problemáticos, promoviendo la resiliencia, cooperación y responsabilidad (Hewitt-Ramírez y Moreno-Méndez, 2018).

Habilidades sociales: son aquellas habilidades que posibilitan la expresión adecuada de nuestros sentimientos, deseos, opiniones o desacuerdos, facilitando así la interacción social permitiendo afrontar exitosamente los desafíos y adversidades en nuestras interacciones diarias, facilitando resolver los problemas inmediatos y previniendo los futuros (Caballo, 2016).

Autoestima: se trata de la valoración que la persona se da a ella misma, involucra aspectos emocionales, cognitivos, experienciales y actitudinales, que la persona recoge en su vida y los sentimientos que ellos le provocan (Mejía, Pastrana, & Mejía, 2011).

Prevención del riesgo de violencia sexual: esfuerzos y acciones encaminadas a evitar o disminuir (prevención primaria) en primera el número de agresiones sexuales y aquellas medidas dirigidas a impedir que los perpetradores vuelvan a cometer otra agresión sexual (prevención secundaria), (Acuña, 2014).

Terapia de juego Cognitivo Conductual (TJCC): se trata de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ajustada a niños obedeciendo a las especificidades en el desarrollo de niños preescolares y escolares. Sienta sus bases en los principios de la TCC y la terapia de juego (O'Connor, 2017).

2.2. Instrumentos, Técnicas y/o Estrategias Utilizados

2.2.1. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron para realizar la evaluación diagnóstica fueron:

- Historia clínica (anexo 1), que es una descripción breve de la historia de desarrollo del evaluado desde el nacimiento hasta la actualidad;
- Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz (1995) (Anexo 2), se trata de una prueba que arroja información sobre la madurez mental y el estado

emocional, preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños entre los 5 y los 12 años;

- DFH de Karen Machover (Anexo3), es una prueba proyectiva que arroja datos sobre la estructura de la personalidad, útiles para un mejor diagnóstico nosológico (Portuondo 2007);
- Test de dibujo de dos figuras humanas T2F (Anexo 4) que evalúa el nivel madurativo-mental del niño y sus los problemas emocionales (Maganto y Garaigordobil, 2009);
- Dibujo de la Familia de Louis Corman (Anexo 5), esta prueba evalúa clínicamente cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se percibe a sí mismo dentro del sistema familiar, (Corman, 2008);
- Test Casa-Árbol-Persona (HTP, por sus siglas en inglés) (Anexo 6) útil para revelar conflictos y preocupaciones generales en la persona evaluada, así como algunos aspectos específicos del ambiente que encuentra problemáticos (Buck y Warren, 2008);
- Test MATEA (Miedo, Afecto, Tristeza, Enojo y Alegría) (Anexo 7) instrumento de enfoque Gestalt/Integrativo apta para su aplicación grupal o individual, para niños 3 y los 12 años de edad, su objetivo es identificar las emociones como: miedo, alegría, tristeza, enojo y amor, que los niños y niñas experimentan en situaciones cotidianas, se asocian dichas emociones a un color y a una situación reciente en la que haya experimentado cada una (Muñoz-Polit, 2009);

- Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender, método de evaluación de Hutt y Lacks para adolescentes y adultos (Anexo 8), se basa en una Tabla de Hallazgos Configuracionales, de acuerdo con este sistema, es posible ubicar a los sujetos en tres grandes grupos de alteraciones mentales (Psiconeurosis, Lesión Intracraneal, Esquizofrenia y Retardo mental moderado y severo), debido a que la nomenclatura psicopatológica ha aumentado considerablemente a lo largo de los años más que a brindarnos un diagnóstico específico, es útil para proporcionar una orientación general a cerca del estado del paciente (Bender, 2005);
- Test de matrices progresivas de Raven (1993) escala coloreada (Anexo 9), test que permite explorar la capacidad intelectual de la persona a quién se le aplica, se decidió utilizar esta versión ya que al presentarle la escala general de este mismo test “M.F.” se mostró frustrada y abandonó el intento;
- Escala de Depresión para Niños (CDS por sus siglas en inglés) (Anexo 10), se trata de un Instrumento de evaluación de la depresión en niños y adolescentes, tanto en los aspectos globales como en los específicos (Lang y Tisher, 2014).

2.2.2 Técnicas.

Para la evaluación diagnóstica se emplearon tres técnicas, la *entrevista inicial* cuyo objetivo es conocer de manera profunda al niño, su historia familiar, personal, social y escolar, hasta que se comprenda la dinámica psicológica del mismo, esta entrevista tiene lugar con los padres o tutores legales a quienes se les interroga respecto a los antecedentes e historia de desarrollo del niño (Russo y Galindo, 2013). En el caso de “M.F.” esta información se vio sumamente limitada ya que no se tuvo acceso a su madre biológica, ni a

ningún familiar cercano que hubiera estado presente a lo largo del desarrollo de M.F. únicamente se pudo recabar datos con el personal del albergue.

Se utilizó también la *observación clínica*, técnica usada habitualmente en la práctica clínica del psicólogo, que consiste en visualizar las respuestas libres del niño ante determinado material o situación, es empleada desde su momento de llegada a la sala de espera hasta salir del espacio de consulta (Esquivel, Heredia y Lucio 2007).

Finalmente se hizo uso del *examen mental*, técnica mediante la cual se obtiene información sistemática con respecto a la afectividad, sensopercepción, lenguaje, memoria, entre otros criterios; consiste en una descripción de todas las áreas de la actividad mental. (Vargas Mendoza, 2007).

2.2.3 Evaluación del proceso.

Se obtuvo el diagnóstico de M.F. a través de la aplicación de las entrevistas, técnicas e instrumentos mencionados en los apartados anteriores, también se generó la historia clínica. Lo anterior se llevó a cabo en un lapso de nueve sesiones, dos de manera presencial y siete de manera remota a causa de la contingencia sanitaria por COVID-19. La primera sesión se dividió en dos partes, la primera parte con la psicóloga del albergue a cargo del grupo de niñas al que M.F. pertenecía, con el objetivo de recabar información y llenar los formatos correspondientes para la atención y la segunda mitad con M.F., la segunda sesión se trabajó únicamente con M.F. y las siete sesiones posteriores de manera remota se enfocaron en M.F. quien en todo momento estuvo acompañada de la psicóloga del albergue quien fungió como apoyo durante la aplicación de las pruebas psicológicas.

El respeto y la confianza prevalecieron durante el proceso de evaluación y se contó siempre con un espacio privado y adecuado para el trabajo con M.F.

2.3 Procedimiento

El contacto con la paciente fue a través de la clínica de la institución educativa pública, misma que está destinada a ofrecer apoyo psicológico a personas que así lo deseen poniendo al servicio de la comunidad a estudiantes de maestría supervisados por profesores debidamente cualificados. La clínica cuenta con un convenio con el albergue donde reside M.F. y se guía por medio de un protocolo que señala las directrices respecto al proceder con cada paciente; establece que al tratarse de personas menores de edad la primera sesión deberá ser con los padres o tutores legales de manera que se firman los formatos correspondientes al contrato, documento donde se establecen los horarios de atención, las reglas, el acuerdo de confidencialidad, así como los derechos y obligaciones como cliente y terapeuta. El siguiente paso, es llevar a cabo una entrevista con el objetivo de conocer a fondo la historia de desarrollo del cliente y el motivo de consulta. Esta entrevista se realizó con la psicóloga del albergue a cargo del grupo de niñas del rango de edad de M.F, quien no pudo brindar detalles suficientes y algunos datos sobre M.F. fueron desconocidos ya que no se encontraban en el expediente del albergue; el tener una sesión con la madre o hermanas de M.F. no era posible ya que ella no tenía contacto con ellas.

Durante la primera sesión con M.F, se identificó un importante problema de lenguaje, que le dificulta comunicarse de manera efectiva, se le tuvo que pedir que repitiera las cosas en más de una ocasión y que hablara despacio para poder comprender lo que decía. Se trató de una sesión de rapport y encuadre, se le explicaron las reglas del espacio de consulta y fue una sesión dedicada al juego.

Posterior a este comenzó la contingencia sanitaria por COVID-19 por lo que las sesiones se suspendieron y se retomaron nuevamente vía remota. Estas sesiones fueron dedicadas a la aplicación de instrumentos psicológicos, mismos que fueron llevados al albergue y se aplicaron en colaboración con la psicóloga asignada a las niñas del grupo de

edad de M.F. El tiempo para la realización del diagnóstico fue extenso, se trató de un proceso complicado ya que las actividades del albergue y numerosas fallas en la conexión a internet obligaron a reagendar más de una sesión, derivando en que la conclusión del diagnóstico se postergara.

Durante la primera sesión vía remota se aplicó el Dibujo de la Figura Humana, el Dibujo de la Familia se tuvo lugar en la segunda, seguido del HTP, MATEA, Bender, RAVEN y CDS, cada uno en una sesión diferente. La observación tuvo lugar en cada una de las sesiones, siendo la sesión presencial la que más información aportó; el examen mental fue de igual manera, completado a lo largo de todas las sesiones.

2.4 Informe de los Resultados de la Evaluación Diagnóstica

Como resultado del examen mental podemos afirmar que M.F. se encuentra orientada en tiempo; sabe distinguir entre ayer, hoy, hace mucho tiempo, en la mañana, etc.; espacio y persona (puede reconocer y nombrar a sus cuidadoras, así como a sus pares y los lugares en los que se encuentra). Su memoria a corto y largo plazo es acorde a su edad cronológica, sabe cuál es su nombre y el de otras personas cercanas a ella como son sus cuidadoras y sus pares, es capaz de evocar y relatar sucesos ocurridos en el pasado, aunque sin exactitud en los detalles. En lo correspondiente a su afectividad le es posible identificar correctamente en ella y en los demás, emociones básicas como la alegría, la tristeza y el enojo, dificultándosele la identificación de otras más complejas como la frustración. Su lenguaje no es apto para su edad, se identificó un problema de dicción importante al hablar, situación que dificulta su comunicación. Durante las sesiones se mostró cooperativa y con buen ánimo. Logra mantener y dirigir su atención por periodos prolongados de tiempo cuando se trata de tareas que le son suficientemente estimulantes, en caso de encontrarse con alguna actividad que le suponga un reto se frustra fácilmente y abandona la tarea.

Con relación a su funcionamiento intelectual, acorde con los resultados de las pruebas BENDER y RAVEN Escala Coloreada, M.F. se encuentra ubicada dentro del rango Intelectualmente deficiente y se sospecha de un posible daño orgánico. Debido a las condiciones de la evaluación a raíz de la contingencia sanitaria por COVID-19 no fue posible aplicar otros instrumentos que arrojarán datos más precisos sobre esto.

Respecto a su estado emocional, presenta más sintomatología depresiva que los niños y niñas de su edad, así como, dificultades para relacionarse de forma adecuada y gratificante. Carece de recursos para contactar de manera adecuada con los demás, por lo tanto, usa la agresión para relacionarse provocando que los demás la rechacen. Lo anterior pudiera incitar su tendencia al aislamiento y a la soledad, acentuando su baja autoestima, timidez, inseguridad y los sentimientos negativos hacia sí misma como son la tendencia a culparse y castigarse por las cosas que suceden a su alrededor, considerar que merece ser castigada y no creerse merecedora de afecto o reconocimiento por parte de los demás. Se identifica también sintomatología relacionada con dependencia e infantilidad, equilibrio mental y emocional deficitario, inestabilidad, desadaptación y preocupación sexual, una muy baja energía, con pocas motivaciones e intereses y sensación de vacío interior.

Se encuentran presentes en ella sentimientos de desesperanza, una visión negativa del futuro, sensación de malestar y preocupaciones que rumia dentro de su cabeza y que no puede expresar adecuadamente. Sin embargo, a pesar de esta sintomatología M. F. es capaz de experimentar sentimientos como la alegría y puede divertirse, por lo que esta sintomatología depresiva puede estar encubierta.

Se sospecha que M.F fue violentada sexualmente, debido a las conductas sexuales inapropiadas en las que se sorprendió a M.F, es decir los frotamientos eróticos que tuvo con su compañero del albergue ya que de acuerdo con la literatura las víctimas de violencia

sexual tienden a identificarse con el agresor y responder activamente a la violencia sexual, lo que deriva en la sexualización y abuso de otros niños, (Villanueva, 2013).

3. Intervención

3.1 Introducción

El diseño de intervención atiende a las necesidades de la paciente y obedece a los indicadores encontrados a través de la evaluación diagnóstica realizada. Consta de dos materiales señalados dentro de este documento como Anexo 14. Instrucciones para el terapeuta, que contiene las directrices para la aplicación de la intervención; y Anexo 15. Manual para crear a la muñeca de mis sueños, que está diseñado a manera de libro para su impresión con la intención de que la paciente pueda tener un material que permanezca con ella y funja como material de consulta y recordatorio de los temas trabajados dentro de las sesiones, se trata de un material interactivo que la invita a jugar, comprometerse y permanecer enfocada en las tareas que se le piden, la niña podrá escribir en él, recortarlo, pintar y dibujar dentro del manual a medida que las sesiones vayan teniendo lugar. Se espera que pueda aplicarse de manera presencial una vez que las restricciones por la contingencia permitan trabajar cara a cara con M.F. Se llegó a esta conclusión en conjunto con el albergue, por un lado, debido a los numerosos problemas con la conexión a internet y por otro, debido al problema de lenguaje de M.F., situaciones que, en conjunto, generarían en la paciente frustración y posiblemente rechazo hacia el proceso terapéutico vía remota. Se utilizó la metodología del estudio de caso clínico que se centra en el estudio, análisis y entendimiento de los factores que propician el cambio en la unidad estudiada, en este caso, una persona, facilitando encontrar una solución a los problemas presentados (Díaz De Salas, et. Al., 2011).

3.2 Objetivos de la Intervención

3.2.1. Objetivo general.

Fomentar una autoestima y habilidades sociales positivas con la intención de propiciar más interacciones agradables con las personas que la rodean y prevenir el riesgo de violencia sexual mediante la adquisición de las herramientas necesarias para cuidar su cuerpo y el de los demás a través de la Terapia de juego Cognitivo Conductual. Y de esta manera incidir de manera positiva en aquellos indicadores encontrados a través del diagnóstico como es la sintomatología depresiva, la dificultad de relacionarse de forma adecuada y gratificante con los demás y la baja autoestima.

3.2.2 Objetivos específicos

- a) Fortalecer la identificación y expresión emocional positiva;
- b) Entrenar para la solución positiva de problemas; promover la aproximación apacible hacia las personas;
- c) Fomentar la expresión asertiva del enojo;
- d) Reforzar la autoestima;
- e) Que reconozca y nombre adecuadamente todas las partes del cuerpo;
- f) Que identifique y nombre correctamente las partes del cuerpo que son públicas y privadas.;
- g) Que distinga entre caricias buenas y caricias malas;
- h) Que aprender a decir no y alejarse de situaciones y personas potencialmente peligrosas;

- i) Que identifique a sus personas de confianza a quienes puede acudir si se siente en peligro.

Se espera que con la intervención, M.F. desarrolle las habilidades sociales necesarias para tener más interacciones positivas con las personas que la rodean y adquiera las herramientas necesarias para cuidar de su cuerpo y del de los demás.

3.3 Diseño de intervención

El diseño de la propuesta de intervención fue planeado para desarrollarse a lo largo de 16 sesiones con una duración de entre 45 y 50 minutos cada una.

Se confeccionaron tres materiales físicos, un libro interactivo titulado “Manual para crear a la muñeca de tus sueños”, se trata de un material escrito e ilustrado con el que la paciente podrá interactuar ya que contiene actividades e instrucciones que deberá seguir para crear a su muñeca. El segundo, hace referencia a una muñeca que se creará con materiales diversos, se diseñó un molde de cuerpo al que la paciente le irá agregando cosas que sean de su agrado conforme avanza en el contenido del libro “Manual para crear a la muñeca de tus sueños”.

Por último, un manual de instrucciones para el terapeuta, material que contiene las directrices del actuar del terapeuta en cada sesión. Se trabajará con el objetivo de potenciar las habilidades sociales y prevenir el riesgo de violencia sexual usando como base la TJCC, utilizando técnicas y procedimientos propios de ella.

3.4 Fases de intervención

La intervención contará con cuatro momentos o fases, la primera, conformada por una sesión, destinada a introducir a la paciente al trabajo a realizar; la segunda, conformada por nueve sesiones destinadas al trabajo en habilidades sociales; la tercera, conformada por

cinco sesiones, destinada a la prevención del riesgo de la violencia sexual y una última, conformada por una sesión, destinada al cierre.

3.5 Diseño de la intervención psicoterapéutica

Para el diseño de la intervención psicoterapéutica se tomaron en cuenta todas las fuentes de información a las que se tuvieron acceso, desde la información recabada con el personal del albergue, la evaluación realizada a través de los instrumentos psicológicos de medición, las entrevistas realizadas a la paciente y lo observado durante las sesiones de evaluación. Se tomaron en cuenta sus características particulares, su etapa y nivel de desarrollo, así como su gusto por pintar y realizar actividades manuales se expone en la tabla siguiente la propuesta de intervención sesión a sesión:

Tabla 1. Propuesta de intervención

Número de sesión	Aspecto a trabajar	Objetivo	Actividad o actividades	Resultado esperado
1	Introducir al trabajo a realizar	Romper el hielo, que la paciente se familiarice con la actividad y generar un ambiente de confianza y motivarla.	“Mi muñeca se verá...”	Alianza terapéutica. Adherencia al tratamiento..

2	Habilidades sociales	Nombrar correctamente las emociones e identificarlas en ella misma y en otros.	“A ver si sabes... ¿Reconoces las emociones?”	Que la paciente adquiriera el vocabulario para expresar las emociones que experimenta, pueda identificar los gestos faciales correspondientes a las distintas emociones y sea capaz de nombrarlas.
3	Habilidades sociales	Entrenamiento en la identificación de las emociones, frustración y culpa, la generación de soluciones positivas y la empatía.	“¿Sabes contar un cuento?”	Fortalecer su capacidad empática Generación de alternativas de solución positivas a conflictos

4	Habilidades sociales	Identificar, aprender y ensayar maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos positivamente.	“¡Mi muñeca tiene un problema! Que empiece la función. (Parte 1)”	Aprender a aproximarse a las personas adecuadamente Resolución positiva de conflictos.
5	Habilidades sociales.	Identificar, aprender y ensayar maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos positivamente.	“¡Mi muñeca tiene un problema! Que empiece la función. (Parte 2)”	Aprender a aproximarse a las personas adecuadamente Resolución positiva de conflictos.
6	Habilidades sociales	Identificación y regulación de las emociones frustración y enojo.	“Yo puedo detectar y ganarle a la frustración y el enojo”	Que pueda regular la expresión de la frustración y el enojo.

7	Habilidades sociales y autoestima.	Fortalecer la autoestima. Impactar indirectamente en el fortalecimiento de las habilidades sociales.	“Mi cuerpo y yo”	Que la paciente identifique y nombre las partes de su cuerpo que le agradan y aquellas que no y exprese las razones de sus elecciones. Que reconozca que cada una de las partes de su cuerpo son necesarias y cumplen una función importante, de esta manera se espera modificar los juicios de valor negativos que tiene sobre hacia ellas.
8	Habilidades sociales y autoestima.	Fortalecer la autoestima. Impactar indirectamente en	“¿Nos parecemos?”	Que logre identificar y reconocer que cada una de las partes de

		el fortalecimiento de las habilidades sociales.		su cuerpo la hacen única y por lo tanto son especiales, de esta manera se espera modificar los juicios de valor negativos que tiene sobre hacia ellas.
9	Habilidades sociales y autoestima.	Identificar la relación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas. Fortalecer la autoestima.	“Pescando pensamientos”	Que la paciente modifique los juicios de valor negativos que tiene sobre ella misma, fortaleciendo así su autoestima.
10	Habilidades sociales, autoconocimiento	Promover el autoconocimiento, fortalecer la autoestima.	“Es momento de la magia ¡Sambra kazam, la personalidad de mi muñeca será!” y “¡Manos a la	Que la paciente aprenda que las acciones que realizamos no definen quiénes somos, las acciones realizadas que utilizamos para

			obra! Yo pondré el ejemplo”	definir nuestra personalidad pueden ser modificadas.
11	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificar y llamar por su nombre a las partes del cuerpo. Distinguir las partes públicas de las partes privadas. Cuidado del propio cuerpo y el de los demás.	“¡Vamos a construirla!” y “Las partes del cuerpo”	Que la paciente identifique y llame por su nombre a todas las partes del cuerpo. Que la paciente identifique las partes del cuerpo públicas y las privadas. Que la paciente identifique el motivo por el cuál una parte del cuerpo es pública o es privada y la importancia de cuidar y respetar sus partes privadas y las de los demás.

12	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Que la paciente sepa la diferencia entre una caricia buena y una caricia mala y resignifique aquellas experiencias no gratas.	“Caricias buenas y caricias malas”.	Que la paciente diferencie entre una caricia buena y una caricia mala y resignifique aquellas experiencias en las que tal vez ha experimentado caricias malas, entendiendo que le han ayudado a saber la diferencia entre una y otra, y que ahora puede cuidarse muy bien.
13	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificación de las acciones que se pueden emprender para proteger el propio cuerpo.	“Manos a la obra ¡Sigamos construyendo!”	Que la paciente identifique las diferentes maneras en las que su cuerpo la ayuda a protegerse.

14	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificación de las acciones que se pueden emprender para proteger el propio cuerpo. Aprender a decir que no y alejarse	“Manos a la obra ¡Sigamos construyendo! (continuación)”	Que la paciente identifique las diferentes maneras en que su cuerpo la ayuda a protegerse. Reforzar el respeto al propio cuerpo y al de los demás. Aprender a decir no y alejarse.
15	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificación de sus personas de confianza.	“Mis personas de confianza”	Que la paciente identifique quiénes son sus personas de confianza a quienes puede recurrir en caso de que le suceda algo.
16	Cierre	Reforzar lo aprendido, concluir la etapa de intervención del proceso terapéutico.	“Mi collage y mi diploma”	Que reconozca el valor del trabajo que realizó y se sienta merecedora del diploma, la muñeca y

4. Evaluación de la intervención

4.1 Fase de seguimiento

Durante la sesión de cierre se le hará entrega del libro y la muñeca, también se le otorgará un diploma reconociendo todo lo que aprendió, sus participaciones y el trabajo realizado. Se programarán 5 sesiones de seguimiento, primero una vez cada dos semanas posteriormente una vez al mes, estas sesiones servirán para la aplicación de la evaluación del proceso y para monitorear el avance de la paciente y evaluar si requiere regresar a proceso terapéutico.

4.2 Evaluación del proceso

Posterior a la intervención, se reaplicarán todas las pruebas psicológicas administradas al momento del diagnóstico, con la finalidad de medir si hubo o no cambios y contrastar qué tan grandes o pequeños resultaron. Por otro lado, se tendrán sesiones con el personal del albergue a cargo de M.F. en las que se les compartirá lo trabajado y se consultará con ellos si se han observado cambios en la paciente a partir de que inició con el proceso hasta el momento actual. Se les explicará de qué manera pueden apoyar a M.F. a mantener los cambios positivos si es que los hubiera y algunas directrices sobre cómo evitar que se retroceda en los logros de la paciente.

5. Discusión y conclusiones

Se ha demostrado que provenir de un contexto de violencia y privación provoca problemas de muchos tipos, emocionales, conductuales, relacionales, cognitivos y de desarrollo. Por lo general los niños, niñas y adolescentes que han tenido una infancia difícil

con historias de abuso reiterados o una vida institucionalizada, se encuentran en desventaja frente a los niños que provienen de hogares estimulantes con padres amorosos e interesados en su desarrollo.

Los problemas en las habilidades sociales son una consecuencia más de estas situaciones y se encuentran conectadas a los problemas antes mencionados, de modo que un niño con problemas conductuales de tipo agresivo tiene altas probabilidades de ser rechazado por sus pares e incluso por sus maestros, el rechazo percibido puede llevarlo a desarrollar o acentuar problemas de autoestima, depresión o ansiedad, en casos extremos pudiera derivar en fobia social. Es así, que todo está ligado, un niño que ha tenido una infancia difícil y no ha podido desarrollar las habilidades necesarias para relacionarse positivamente con las personas de su entorno tiene altas probabilidades de convertirse en una persona disfuncional que mantenga los mismos problemas hasta la edad adulta en donde podrían incluso agudizarse (González, Ampudia y Guevara, 2012).

Es sabido que las secuelas que deja el haber sido víctima de violencia sexual provoca secuelas similares a las de haber sido sometido a cualquier otro tipo de violencia, abuso, la única diferencia que se puede señalar y no se presenta en todos los casos, es una sexualidad expresada de manera normal, generalmente aunque no siempre se presentan irregularidades en la expresión de la sexualidad, ya sea manifestándola pronta e inapropiadamente o reprimiéndola, estos desajustes en la expresión de la sexualidad pueden provocar consecuencias a corto, mediano y/o largo plazo si no son atendidas oportunamente (Pedera, 2009). Por lo anterior, se consideró pertinente diseñar una intervención que abordara estas dos problemáticas, identificadas tras la evaluación realizada a la paciente, ayudándola a desarrollar sus habilidades sociales y a prevenir del riesgo de violencia sexual, con la intención de impactar positivamente en su desarrollo presente y futuro.

En lo que respecta a los alcances y limitaciones es necesario mencionar, la falta de información sobre los antecedentes de desarrollo de la paciente, ya que al encontrarse en una casa hogar no fue posible tener acceso a algún familiar directo que pudiera aportar información precisa sobre la historia de desarrollo de la paciente. De igual manera, la información presente en el expediente del albergue respecto a los detalles sobre los ingresos de M.F al albergue se encontraba incompleta, no fue posible determinar con exactitud la razón del segundo ingreso y tampoco se pudo obtener detalles del estado físico de la paciente al momento de su primer ingreso, concretamente sobre si presentaba signos físicos de haber sido violentada sexualmente. Sin embargo, decidió trabajarse sobre la prevención de la violencia sexual a causa de los frotamientos de tipo erótico en los que fue sorprendida.

Por otro lado, el confinamiento repentino a causa de la pandemia por COVID-19, limitó la posibilidad de realizar un diagnóstico más detallado y aplicar pruebas para medir el desarrollo cognitivo de M.F., hubiera sido deseable y pertinente aplicar la Escala Weschler de Inteligencia para Niños, para determinar aquellas áreas en las que su funcionamiento es o no el esperado para su edad, contar con esa información hubiera permitido diseñar una propuesta de intervención aún más especializada. Y finalmente debido también a la pandemia por COVID-19 no fue posible realizar la intervención, de modo que el presente trabajo quedará a modo de propuesta hasta que las condiciones sanitarias estatales y municipales lo permitan.

6. Referencias

- Acuña Navas, María José. (2014). *Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención*. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69. Retrieved May 14, 2021, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006&lng=en&tlng=en.
- Bender, L. (1977) *El Test Gestáltico Visomotor: Usos y Aplicaciones Clínicas*. México: Paidós
- Bender, Laretta (2005). *Test Gestáltico Visomotor*. Editorial Paidós.
- Buck J. y Warren W. (2008) *CASA-ÁRBOL-PERSONA, técnica de dibujo proyectivo, manual y guía de interpretación*. TEA Ediciones Madrid, España
- Buck, J. y Warren, W. (1995) *Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo H-T-P*. Manual moderno: España.
- Caballo, V. (2016). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Cabrera, J., Méndez, A. J. y Mondragón, A. (2016). *La construcción de la autoestima en relación a los diversos ámbitos sociales*. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*. 2(3), 47-53. (COMPONENTES DEL AUTOESTIMA, LA AUTOESTIMA, PROCESO HUMANO).

- Canva. Inc. (2012) Ilustraciones digitales del anexo 15. Recuperado de <https://www.canva.com/design/DAEYpi-7KmI/677zrr6pnWVxqOCIIFBZDw/edit>.
- Cattanach, A. (2008) *Play therapy with abused children*. 2nd edition. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Díaz De Salas, S., Mendoza, V. & Porras, C. (2011). *Una guía para la elaboración de estudios de caso*. Razón y Palabra, (75), [fecha de Consulta 7 de Marzo de 2021]. ISSN: 1605-4806. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1995/199518706040>
- Esquivel, F. Heredia, M. y Gómez, E. (2016) *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Fernández-Daza, M. P. & Fernández-Parra, A. (2013). *Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados*. Universitas Psychologica, 12(3), 797-810. doi:10.11144/Javeriana. UPSY12-3.pccp
- González, I., Valdés, J., Domínguez, A., Palomar, J. & González, S. (2008). *Características psicosociales en niños en contexto de riesgo y de no riesgo*. Person, 11, 92-107.
- Heredia, M., Santaella, G. y Somarriba, L., (2011) *Test Gestáltico Visomotor de Bender Métodos de Evaluación de Hutt y Lacks Adolescentes y Adultos*. México: Universidad Autónoma de México.

- Hewitt-Ramírez, N. y Moreno-Méndez, J (2018) *Intervención psicológica para comportamientos externalizados en niños de 8 a 12 años*. Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Vol. 5. N°. 2, pp 37-42. - ISSN 2340-8340.
- Koppitz, EM (1995) *El dibujo de figura humana en los niños*. Ed. Guadalupe, Buenos Aires. Lang, M. y Tisher, M. (2014) *Cuestionario de depresión para niños* (8ª edición revisada y ampliada). Madrid: TEA Ediciones.
- Lang, M. y Tisher, M. (2014). CDS. *Cuestionario de Depresión para Niños*. Manual, 8.^a edición (Seisdedos, N., adaptador). Madrid: TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978)
- Louis Corman (2008) *El test del dibujo de la familia*. Centro Editor Argentino. Buenos Aires, Argentina.
- Maganto, C y Garaigordobil, M. (2009). *Test de Dibujo de Dos Figuras Humana*. Editorial TEA, Madrid, España
- Mejía, A., Pastrana, J. & Mejía, J. (2011). *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Münterberg-Koppitz, E. (2006). *El dibujo de la figura humana en los niños: Evaluación psicológica*. Buenos Aires, Argentina: Guadalupe.
- Muñoz Polit, M. (2009) *Emociones, sentimientos y necesidades*. Una aproximación humanista. México: s.e.

- Núñez Hernández, C.; Hernández del Salto, V.; Jerez Camino, D.; Rivera Flores, D.; Núñez Espinoza, M. (2018). *Las habilidades sociales en el rendimiento académico en adolescentes* [Social skills in academic performance in teens] Revista de Comunicación de la SEECI, 47, 37-49. doi: <http://doi.org/10.15198/seeci.2018.47.37-49>.
- O'Connor, K. J (2017). *Manual De Terapia De Juego* (2a. Ed.). México: Manual Moderno.
- Portuondo, J. (2007). *La figura humana: Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid, España: Biblioteca Nueva .
- Raven, J.C. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Cuaderno de Matrices, Escala Coloreada*. Series A, Ab y B. Buenos Aires: Paidós.
- Russo, A. y Galindo, J. (2013) *Psicoterapia infantil. La metáfora como técnica de devolución*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Save the children (2000) *Abuso sexual infantil – Programas de Prevención ¿Cuál es el efecto del trabajo en prevención?*. Seminario de expertos, Dinamarca.
- Vargas Mendoza, J. (2007) *Examen del estado mental*. México. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- Villanueva, I. (2013) *El Abuso Sexual Infantil: Perfil Del Abusador, La Familia, El Niño Víctima y Consecuencias Psíquicas del Abuso*. Psicogente, vol. 16, núm. 30, julio-diciembre, 2013, pp. 451-470 Universidad Simón Bolívar Barranquilla, Colombia

7. Anexos

Anexo 1. Historia clínica

Historia Clínica

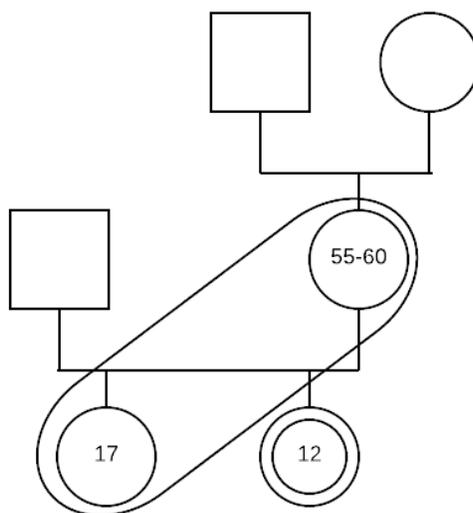
- Referido por: Albergue del Estado de Yucatán
 - Fecha de inicio de evaluación: 04 de marzo del 2020
 - Fuente de información: personal del albergue
- 1) Ficha de identificación
 - a) Nombre: M.F
 - b) Edad: 12
 - c) Sexo: femenino
 - d) Estado civil: soltera
 - e) Ocupación: estudiante
 - f) Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán
 - g) Fecha de nacimiento: xxxxxxxxxxxxxxx.
 - h) Lugar de residencia: Mérida Yucatán
 - i) Nacionalidad: mexicana
 - j) Nivel socioeconómico: bajo
 - 2) Descripción física del paciente
 - a) Complexión: delgada
 - b) Estatura: aproximadamente 1.60
 - c) Señal particular: -
 - d) Forma de vestir: pantalones, tenis y blusa.
 - 3) Motivo de consulta
 - a) Motivo por el que llegó el paciente: se le sorprendió teniendo frotamientos de tipo eróticos con un niño de tres años del mismo albergue.
 - 4) Evaluación del problema del paciente
 - a) Evolución de los síntomas: la paciente es tímida, cautelosa y distante en principio, sin embargo, una vez que logra establecer confianza tiene problemas para identificar y respetar el espacio personal del otro, se abalanza contra las personas y demuestra afecto de una forma que resulta invasiva y agresiva para los demás lo que ocasiona que sea rechazada, se enoja con facilidad y si esto ocurre golpea o insulta a las personas que se encuentran a su alrededor. Presenta problemas de conducta, la cuidadora del albergue la describe como irritable.
 - b) Nivel de padecimiento percibido: necesita trabajar con su sintomatología depresiva, específicamente con su percepción sobre sí misma y con aquellas preocupaciones en relación a la sexualidad.
 - c) Explicación detallada de la evolución del problema: “M.F” ha ingresado en dos ocasiones al albergue en donde reside actualmente, su primer ingreso estuvo relacionado con violencia sexual, personas externas a su familia sostenían actividades sexuales con ella y con su hermana mayor con el consentimiento de la abuela materna de ambas niñas, se identificó la problemática gracias a una denuncia anónima por parte de los vecinos a las autoridades. Las niñas salieron del albergue

bajo la custodia de su madre, sin embargo, dos años más tarde M.F ingresó de nuevo, fue llevada al albergue por su hermana mayor quien dijo no poder hacerse cargo de M.F y de su madre al mismo tiempo, ya que su madre es sordo muda y tiene una discapacidad física que le hace caminar con mucha dificultad.

- d) Descripción detallada de las áreas implicadas
- i) Cognitiva: no es adecuada para su edad, corresponde al de una niña de menor edad esto se puede observar en su forma de hablar y de relacionarse, así como a través de las pruebas psicológicas aplicadas. Presenta problemas de lenguaje.
 - ii) Afectiva: no tiene relaciones de amistad íntimas con sus pares.
 - iii) Somática: no se presentan afecciones de tipo somático.
 - iv) Conductual: es tímida e insegura, ante situaciones nuevas o que le representen un esfuerzo prefiere no intentarlo y dice que no puede o que es muy difícil para ella.
 - v) Interpersonal: se observa la presencia de conflictos internos debido a su baja autoestima y a su pobre control emocional, sus reacciones agresivas le causan problemas y le generan castigos.

5) Historia familiar

a) Familiograma:



- b) Descripción breve de las relaciones familiares: Se sabe que su madre tiene una pareja a quien "M.F" y su hermana llaman papá, sin embargo, no se sabe si él es el padre biológico de ambas, tampoco se saben las edades exactas de sus abuelos, de su madre y de la pareja de ésta, por lo que en el famiograma se menciona únicamente la edad aproximada de su madre, señalada por el personal del albergue. A pesar de que se revisó el expediente del albergue, las edades de los antes mencionados no aparecen en ninguno de los documentos contenidos en él. Se piensa que su relación familiar más cercana es con su hermana mayor y su madre, sin embargo, éstas la visitan de manera muy esporádica pudiendo pasar meses entre una visita y otra.

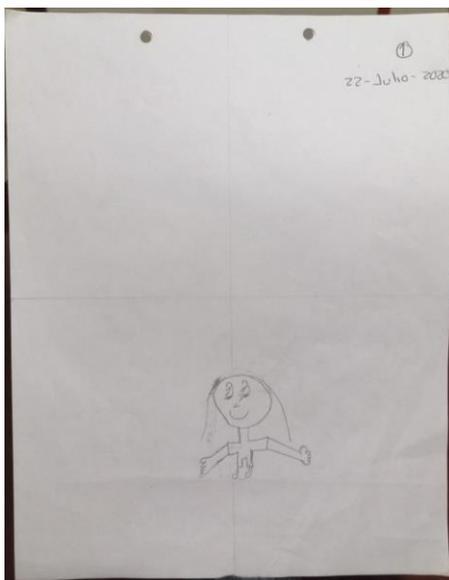
- c) Descripción del entorno social y cultural: cuando vivía con su familia su nivel socioeconómico era sumamente bajo, actualmente su nivel socioeconómico se describe como medio ya que reside en el albergue.
- 6) Historia personal
- a) Historia del desarrollo: No se tienen datos al respecto.
 - b) Historia conyugal: -
 - c) Historia de la sexualidad: Tuvo su primera menstruación aproximadamente a la edad de 11 años.
 - d) Historia escolar/laboral: tiene malas calificaciones y menciona que no le gusta la escuela porque la ponen a hacer cosas que no le gustan y que son muy difíciles.
- 7) Historia de la salud
- a) Antecedentes médicos generales: no se tienen datos.
 - b) Antecedentes de tratamientos psicológicos: no ha asistido a proceso terapéutico.
 - c) Padecimientos actuales: El psiquiatra del albergue la diagnosticó en febrero de 2019 con depresión, trastorno disocial y TDAH residual, para los cuales toma 1 tableta de sinogan (levomepromazina, antipsicótico) de 25mg a las 6pm 1 vez al día; 1 tableta de epival (divalproato de sodio de liberación prolongada, crisis convulsivas, episodios maniaco-depresivos) de 500mg a las 2pm 1 vez al día; haloperidol (antipsicótico de tipo neuroléptico) 1 tableta de 5mg a las 6pm 1 vez al día y una tableta de atomoxetina (atención y reducir la impulsividad e hiperactividad) de 25mg 6am 1 vez al día.
- 8) Otros datos y eventos significativos
Presenta un problema de lenguaje que no le ha sido atendido en el albergue donde se encuentra.
- 9) Pruebas complementarias
- a) Físicas: -
 - b) Psicológicas: Dibujo de la figura humana, el Test del dibujo de la familia, Árbol-Casa-Persona, Bender, Raven escala coloreada, Cuestionario de depresión para niños (CDS)
- 10) Impresión diagnóstica: Depresión, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, dificultad para relacionarse con los demás y pobre regulación emocional.

Anexo 2. Resultados del Dibujo de la Figura Humana

M. F. llegó a la sala de Zoom, se le saludó, se le preguntó cómo le había ido en los días anteriores, dijo que bien, se dispuso a comenzar con la aplicación de la prueba proyectiva, test de la figura humana. Al darle la instrucción M.F. se mostró renuente, diciendo que no sabía cómo hacerlo y que no sabía dibujar, se le animó a hacerlo, sin embargo, le tomó aproximadamente dos minutos comenzar.

Dijo que dibujaría a la psicóloga del albergue, comenzó su dibujo el cual le llevó aproximadamente 3 minutos, mientras lo hacía buscaba la aprobación de la psicóloga del albergue preguntándole constantemente “¿Así está bien?”, la psicóloga le decía que estaba bien y le pedía que continuara.

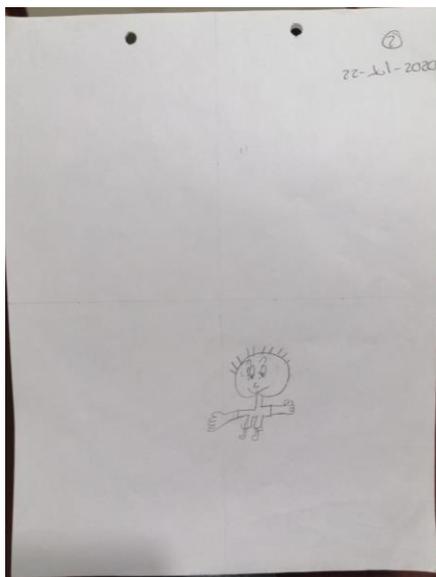
Dibujo 1



Orden del dibujo: El dibujo lo realizó iniciando con la cabeza, seguido del cuerpo, los brazos, las piernas y pies, y los brazos y manos, posteriormente dibujó el cabello y el interior del rostro al final, comenzando por los ojos, la pupila y las pestañas, la boca, la nariz y las cejas.

Relato: “Es la psicóloga Jezel, tiene 12 años, está durmiendo y está feliz porque la quiero mucho. Hay lluvia y ella está en la cama, le gusta jugar futbol y no le gusta jugar basquetbol” Cuando se le preguntó qué es lo que no le gusta a la persona que dibujó, dijo “Nada”.

Dibujo 2



Orden del dibujo: Comenzó con la cabeza, seguido del cuerpo, piernas y pies, brazos y manos, continuó con el rostro comenzando por el contorno de los ojos, pupilas, pestañas, nariz, cejas y boca. Finalmente añadió el cabello.

Relato: “*Se llama Memo, está despertando, estaba durmiendo, durmió bien. Está lloviendo y hace frío. Lo pone feliz jugar futbol, lo pone triste jugar basquetbol porque no le gusta. Me recuerda al psicólogo Memo porque me hace feliz*”.

Se terminó el tiempo de la sesión, se agradeció a la paciente el haber realizado los dibujos y se le hizo notar que siguió bien las instrucciones.

Anexo 3. Calificación de acuerdo con Koppitz (2006)

A cada dibujo se le otorga una puntuación base de 5 puntos y se le resta un punto por cada indicador esperado que no se encuentre en el dibujo y se suma un punto por cada indicador excepcional que se encuentre en el dibujo.

Es importante mencionar que estos resultados reflejan el nivel de funcionamiento del niño o niña al momento de la prueba y no sus potencialidades. La omisión de cualquier indicador de desarrollo esperado es un signo de inmadurez, retraso o regresión debido a un problema o problemas emocionales.

Signos cuantitativos			
Indicadores esperados			
F1		F2	
Ninguno		Brazos hacia abajo -1	
Indicadores excepcionales			
F1		F2	
Ninguno		Ninguno	
Total: 5	Interpretación: Nivel normal	Total: 4	Interpretación: Nivel normal a normal bajo

Signos cualitativos	
F1	F2
Figura pequeña: Timidez, inseguridad, retraimiento o depresión.	Figura pequeña: Timidez, inseguridad, retraimiento o depresión.
Brazos largos: Actitud agresiva generalizada.	Brazos largos: Actitud agresiva generalizada.

Conclusión: Los dibujos realizados colocan a M.F. en un nivel de maduración normal para la figura 1 y en un nivel de maduración normal a normal bajo para la figura 2. Se observan indicadores emocionales correspondientes a timidez, inseguridad, retraimiento y depresión, éste último coincidente con el diagnóstico psiquiátrico con el que cuenta. Finalmente se obtuvieron indicadores relacionados con una actitud agresiva generalizada, lo cual coincide con lo indicado por su cuidadora del albergue.

Anexo 4. Calificación de acuerdo con Karen Machover (Portuondo, 2007).

El dibujo de la figura humana se trata de una expresión de la tensión emocional y el estado de ánimo, resultando en una muy buena herramienta para la proyección del modo organizativo y los problemas personales del individuo. Se trata de una herramienta útil para la orientación psicoterapéutica (Portuondo, 2007).

La cabeza	
F1	F2
Cabeza grande: Frustración intelectual	Cabeza grande: Frustración intelectual
Cabeza más grande que la F2: Se le concede mayor autoridad social e intelectual a la figura femenina.	Cabeza más pequeña que la F1: Se le concede menor autoridad social e intelectual a la figura masculina
La boca	
F1	F2
Boca cóncava: Dependencia e infantilidad	Boca cóncava: Dependencia e infantilidad
La boca	
F1	F2
Área de la órbita del ojo grande, pero ojo pequeño: Fuerte curiosidad visual acompañada de culpabilidad.	Área de la órbita del ojo grande, pero ojo pequeño: Fuerte curiosidad visual acompañada de culpabilidad.
El cuello	
F1	F2
No aplica	Cuello alto y delgado: Moralismo y rigidez
Rasgos Miscelaneos	
El tronco	
F1	F2
No hay cierre de la parte inferior del tronco: Preocupación sexual	No hay cierre de la parte inferior del tronco: Preocupación sexual
Aspectos formales y estructurales	
El tema	
F1	F1
Figura más vieja: Identificación con una cuidadora primaria.	Figura más vieja: Identificación con un cuidador primario.
Tamaño y colocación	
F1	F2
Dibujo a la derecha de la página: Se encuentra en el medio ambiente.	Dibujo a la derecha de la página: Se encuentra en el medio ambiente.
En la parte baja de la página: Depresión.	En la parte baja de la página: Depresión.
La postura	
F1	F2
	Figura mal equilibrada o mal parada: Inseguridad.
Tipo de línea	
F1	F2

Línea confusa y fragmentada: Timidez e inseguridad.	Línea confusa y fragmentada: Timidez e inseguridad.
Borraduras	
F1	F2
Presencia de borraduras: Ansiedad	Presencia de borraduras: Ansiedad
Conflicto en zonas como: Cabello, torso y manos	Conflicto en zonas como: Piernas y cabeza

Conclusión: Se encontraron indicadores correspondientes a dependencia e infantilidad, preocupación sexual, depresión, inseguridad, timidez, conflicto con algunas partes del cuerpo como las manos, el cabello, el torso, piernas y cabeza.

Anexo 5. Resultados del Test de dos figuras humanas (Maganto y Garaigordobil, 2009)

	Evaluación madurativa mental	Evaluación emocional
Puntuación directa	66	11
Percentil	5	99
Interpretación	Su nivel de madurez mental es superior al del 5% de los sujetos de la muestra normativa	Existencia de problemas emocionales.

La evaluada presenta 11 indicadores emocionales, mismos que se mencionarán y describirán a continuación:

Extremidades asimétricas en la forma: Equilibrio mental y emocional deficitario, inestabilidad emocional y dificultades de adaptación.

Brazos largos: Irrupción agresiva en el ambiente, niños con necesidad de contacto y relación, pero que buscan contacto de manera inadecuada. A estos niños les faltan recursos para contactar con sus pares y utilizan la agresión para establecer relaciones.

Figura mal integrada: Indicador frecuentemente asociado a problemas intelectuales. Sugiere falta de integración en su personalidad, impulsividad e inestabilidad.

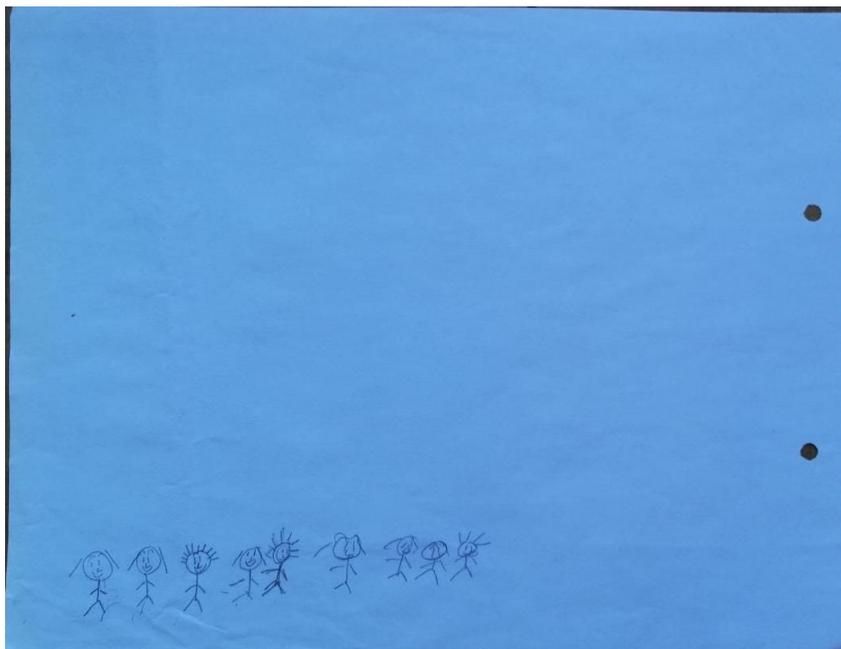
Borrado intenso o segunda tentativa: Ansiedad, insatisfacción personal y sentido crítico.

Figura diminuta: Inseguridad y retraimiento, común en sujetos depresivos y con un pobre concepto de sí mismos. Simboliza la pequeñez e insignificancia que experimenta el sujeto en su ambiente. Sugiere inferioridad, inseguridad, sentimiento de pasar desapercibido y de no ser nada para nadie.

Cabeza grande: Preocupación por lo que les pasa por la cabeza, generalmente problemas familiares y escolares, rumiación de conflictos, dificultad para encontrar la manera adecuada de exteriorizar estos conflictos.

Anexo 6. Resultados del Test de la Familia de Louis Corman

Se le dio la instrucción “Dibuja a una familia”. Antes de iniciar el dibujo dijo que no sabía cómo hacerlo y se le tuvo que alentar para que lo realizara, se le dijo que no sería juzgada por la calidad de su dibujo y que podía sentirse libre de dibujar a la familia como mejor le pareciera. Después de animarla un rato decidió iniciar.



Orden y papel en la familia: Dijo dibujarse ella en primer lugar, seguidamente dibujó a su hermana Isabel, al señor Miguel a quién le dice papá, posteriormente a su mamá Gabriela, a su tío Jorge, su amiga que también se llama M. F. y que es más pequeña que ella, posteriormente a otra amiga suya de la que no recordaba su nombre, a su madrina y finalmente a su abuelo. Dijo no recordar el nombre de su madrina y de su abuelo.

Relato. “Es mi familia, estamos en mi casa. Están enojados porque mi perrito los hizo enojar. Todos son buenos, mi hermana es la más feliz porque ayuda a mi mamá, la ayuda a comprar agarrándola de los hombros para que no se caiga, los animales la ponen feliz. Mi mamá es la menos feliz... no sé. Prefiero a mi mamá y a mi hermana. Si saliéramos de paseo y alguien tuviera que quedarse porque ya no cabe en el coche se quedaría mi mamá en la casa con mi madrina, para que la cuide, porque no puede caminar sola”.

Interpretación		
Nivel gráfico		
Trazo	Poca amplitud	Inhibición de la expansión vital y una fuerte tendencia a replegarse sobre sí mismo.
Ritmo	Repetición de los trazos de un personaje a otro	El sujeto ha perdido parte de su espontaneidad y vive bajo el dominio de lo reglado.

Zona	Parte de debajo de la página	Zona de los instintos primordiales de la conservación de la vida, la zona de elección de los fatigados, neuróticos asténicos y deprimidos.
	Izquierda	Zona del pasado, de los sujetos que regresan a su infancia. Sujetos a quienes las puertas del porvenir (representadas en la zona derecha de la hoja) están cerradas y han debido por esto retroceder.
Estructura formal del grupo		
Racional	Reproducción estereotipada y rítmica de personajes poco móviles	Aprehensión de la realidad en la que la espontaneidad se ha ido por lo menos en parte inhibida por censuras y ha dejado lugar a cierta rigidez.
El nivel de contenido y la interpretación psicoanalítica, interpretación de acuerdo con Luis Font		
Características generales de los dibujos	Tamaño pequeño	Sentimientos de inferioridad e inseguridad.
	Emplazamiento, parte inferior	Significa lo concreto, lo sólido.
	Borraduras	Ansiedad, conflictos emocionales.
	Distancia entre los personajes	Dibuja a su madrina y abuelo en último lugar, incluso después de haber dibujado a dos personas que no son de su familia, sus amigas. También se dibuja alejada de su madre, más que de su padre (aunque nos se tienen datos sobre si es su papá biológico, ella lo identifica como su papá) y de su hermana.
Valorización	Personaje dibujado en primer lugar	Se dibuja a ella en primer lugar, seguida de su hermana mayor quien es probablemente a quien más admira, envidia o teme. Es importante mencionar que M.F. tiene contacto únicamente con su madre y su hermana de manera muy esporádica y a petición de M.F., ella pide que se le comunique con ellas y el albergue realiza una llamada para enlazarlas.
	Supresión de algún miembro de la familia	Suprimió a su abuela materna con quien vivió durante sus primeros dos años de vida y sí agregó a su abuela materno al dibujo, esto puede ser indicio de intentar negar una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico, o simplemente no tiene recuerdos de ella ya que no se sabe si M.F. ha tenido contacto con su abuela materna después de su egreso del albergue en 2017.
	Omisión de manos	Dificultades de contacto con el ambiente o sentimientos de culpa
Componentes jerárquicos		

Bloque parental	El bloque parental no se dibuja en primer lugar.	Percepción de un vínculo fuerte entre su hermana mayor y su padre. Nuevamente no se cuenta con la información suficiente para poder hacer una inferencia acertada ya que no se sabe casi nada sobre la estructura familiar de M.F.
	Jerarquía familiar	Alteración en el orden jerárquico normal (papá, mamá, hermanos por orden de mayor a menor), la madre es quién aparece más alejada de ella, probablemente a causa de que M.F. la desvaloriza.

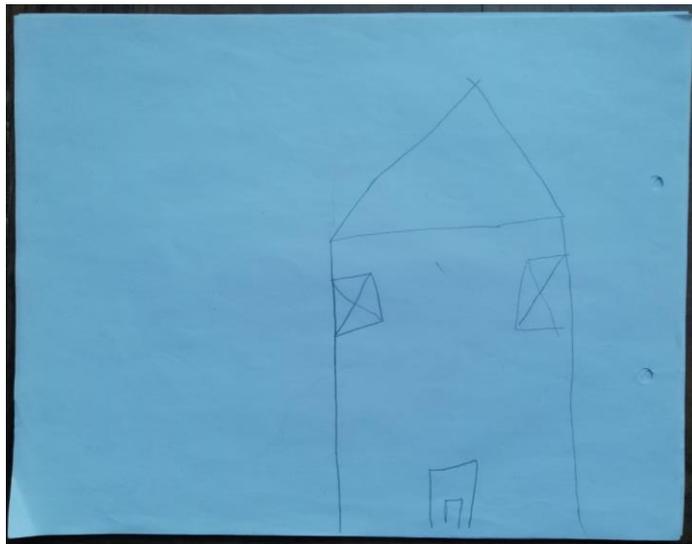
Conclusión: M.F. presenta indicadores relacionados con una fuerte tendencia a replegarse sobre sí misma, pérdida de la espontaneidad por censura, rigidez, fatiga, depresión, tendencia a regresar a etapas previas de la infancia, percepción pesimista sobre el futuro. Sentimientos de inferioridad e inseguridad. Ansiedad y conflictos emocionales.

Se dibuja más alejada de su abuelo materno y de su madrina por lo que puede inferirse que la relación con ellos no es cercana, se dibuja más cerca de su hermana y su padre que de su madre por lo que quizá la relación con los dos primeros sea más cercana. Las inferencias sobre sus relaciones familiares realizadas a partir de esta prueba tienen limitaciones ya que no se cuenta con la información familiar suficiente para contrastar los resultados obtenidos.

Anexo 7. Resultados del H-T-P

Esta prueba evalúa clínicamente cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye en este sistema al que se considera como un todo.

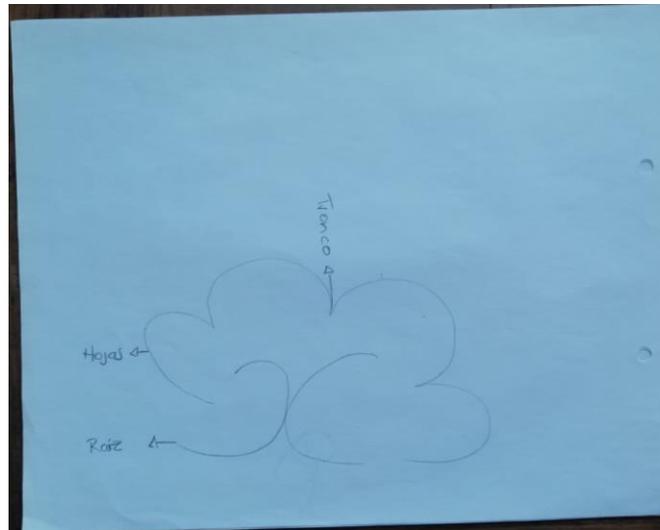
Casa



Relato de acuerdo con las preguntas realizadas: Es de un piso, de cemento, es mi casa, estaba pensando en mi casa, si pudiera elegir viviría en este cuarto (señala el del lado

derecho), me gustaría que viviera mi perrito conmigo y mi hermana y mi mamá. Está cerca y la veo de frente, está al mismo nivel que yo. No me hace pensar nada. Es una casa feliz, porque está bien cuidada. Hace calor, no me recuerda a nadie. No necesita nada, está bien. No me recuerda a nadie.

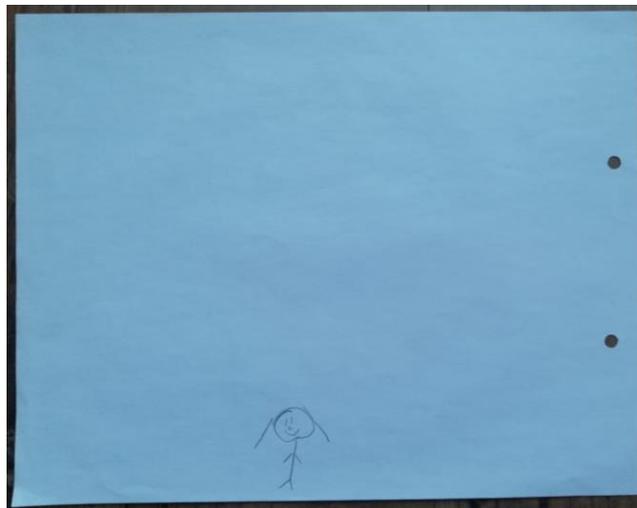
Árbol



La hoja le fue entregada en vertical y M.F. decidió colocarla en horizontal para realizar su dibujo.

Relato de acuerdo con las preguntas realizadas: Es un árbol de los que tienen muchas hojas y manzanas, está con más árboles, en un bosque, tiene como 13 años. Está vivo, ninguna parte está muerta. Se parece a una mujer, sus hojas parecen de un árbol mujer, está mirando hacia el frente, hace frío, el árbol está frente a mí, sopla el viento, es un viento fuerte como de tormenta. Es un árbol sano y fuerte que, no necesita nada porque tiene a sus amigos árboles. Nadie lo ha lastimado, no me recuerda a nadie.

Persona



La hoja le fue entregada en vertical y M.F. decidió colocarla en horizontal para realizar su dibujo.

Relato de acuerdo con las preguntas realizadas: “Es una niña, soy yo, está jugando kinball, está feliz porque está jugando, no está pensando en nada, hace calor es primavera, nadie ha lastimado a esa persona. No necesita nada porque está jugando”.

Indicadores Buck & Warren (2002)

- Casa:

Grande: Ambiente restrictivo, tensión, compensación.

Ubicación a la derecha: Preocupación ambiental, preocupación por el futuro.

Borde inferior: Necesidad de apoyo.

Carencia de detalles: Aislamiento.

Puerta abierta: Necesidad de afecto.

Énfasis vertical: Poco contacto con la realidad, preocupación sexual.

- Árbol:

Ubicación a la izquierda: Aislamiento, regresión, organicidad, preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata.

Ubicación en la parte inferior de la página: Concreción, depresión, inseguridad, inadecuación.

Carencia de detalles: Aislamiento.

Copa en forma de nube: Fantasía.

Aplanada: presión ambiental, negación.

Base del tronco amplia: Dependencia.

Árbol frutal: Dependencia, inmadurez.

- Persona:

Ubicación a la izquierda: Aislamiento, regresión, organicidad, preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata.

Ubicación en la parte inferior de la página: Concreción, depresión, inseguridad, inadecuación.

Carencia de detalles: Aislamiento.

Brazos como espagueti: Dependencia, organicidad.

Cabeza grande: Regresión, grandiosidad

Pupilas omitidas: Poco contacto con la realidad.

Manos y pies omitidas: conflicto con esas partes de cuerpo.

Poca ropa: Narcisismo, desadaptación sexual.

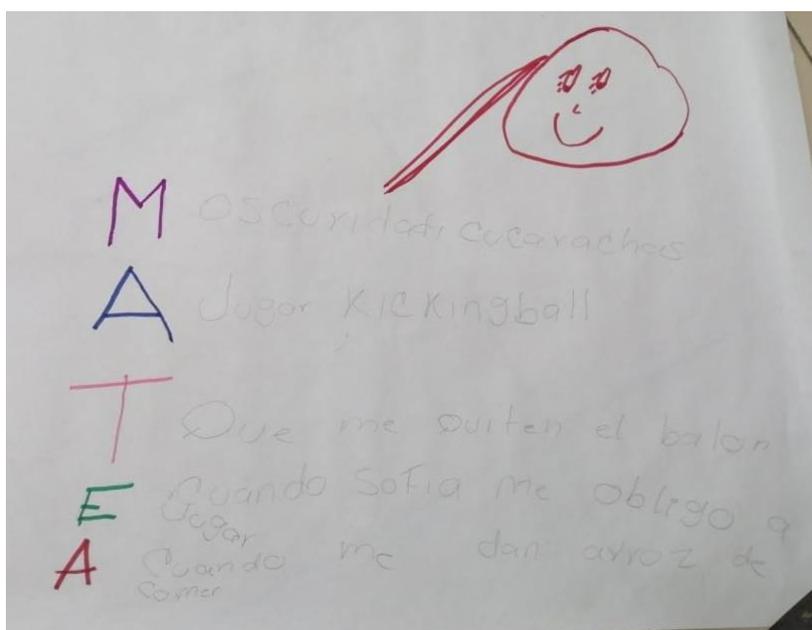
Pies omitidos: Desamparo, pérdida de la autonomía, preocupación sexual

Conclusión: M.F. obtuvo indicadores relacionados con la percepción de un ambiente restrictivo, preocupación por sí misma y por el futuro, desamparo, pérdida de la autonomía, necesidad de apoyo y afecto, aislamiento, poco contacto con la realidad,

desadaptación y preocupación sexual. Regresión, organicidad, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata, depresión, inseguridad, inadecuación, fantasía, dependencia e inmadurez.

Anexo 8. Resultados MATEA

Se aplicó la técnica MATEA de Verónica Ruíz González (2005), se trata de una técnica semiestructurada de enfoque Gestalt/Integrativo que puede ser aplicada individual o grupalmente, es indicada para niños entre los 3 y los 12 años de edad y tiene por objeto identificar las emociones que los niños experimentan en situaciones cotidianas como: miedo, alegría, tristeza, enojo, amor, mediante la asociación de las emociones con un color y una situación reciente en donde el niño o niña haya experimentado cada una.



Miedo=morado: Oscuridad y a las cucarachas.
Alegría=azul: Jugar Kicking Ball.
Tristeza= Rosado: Que me quiten el balón.
Enojo= Verde: Cuando Sofía me obligó a jugar.
Amor= Rojo: Cuando me dan arroz de comer.

Anexo 9. Resultados Bender

Análisis cualitativo

Tiempo total de realización 6:34 minutos.

Rotación de la tarjeta estímulo: NO

Apoyo con otro objeto para realizar líneas rectas: NO

Dibujar líneas guía: NO

Persistencia en contar los puntos de las figuras 1,2, 3 y 5: NO

Al llegar a la figura 6 mencionó que eran muchas figuras, que ya estaba cansada, por lo que se le alentó a continuar.

Indicadores gráficos detectables de acuerdo con Max Hutt

1. Organización:

Secuencia caótica: Desorganización interna.

Rotación de la hoja o la tarjeta estímulo: Rotó la hoja en casi cada una de las figuras, indicador observado en niños pequeños o en sujetos con alteración orgánica que emplean la rotación como un mecanismo compensador a su déficit.

2. Movimiento y calidad en las líneas

Calidad de la línea: trazo: irregular y tembloroso, indicador que se ha relacionado con alteraciones de tipo orgánico. Líneas esbozadas, indicador de la presencia de ansiedad.

3. Tamaño de los dibujos

Aumento o disminución ocasional del tamaño: Disminución en una parte de la figura número 2, puede deberse a una perturbación emocional y al significado que el "M.F." pudo darle a esa figura.

4. Modificaciones de la Gestalt.

Dificultad en el cierre: Indicador presente y asociado a dificultades en las relaciones interpersonales

Dificultad en la angulación: Aumento en la angulación de las figuras 2, 3 y 8 se asocia a una disminución de la afectividad. También pueden asociarse con lesión orgánica y con retraso mental.

5. Distorsiones de la Gestalt:

Elaboración: presente en la figura 8

Perseveración: presente en las figuras 1 y 2

Dificultad en la superposición: presente en las figuras A y 4

Éstas distorsiones son indicadores de patología severa.

Análisis cuantitativo Sistemas de Hutt y Lacks para adolescentes y adultos

Basado en la identificación de lo que denominó Hallazgos Configuracionales. De acuerdo con Hutt, es posible ubicar a los sujetos en cuatro grandes grupos de alteraciones mentales. No proporciona un diagnóstico específico, se trata más bien de una orientación general respecto de la problemática presentada por el sujeto.

HALLAZGOS CONFIGURACIONALES DE HUTT
Verifique la presencia de todos los factores relevantes. La presencia de 5 o más factores de una configuración constituye una prueba presuntiva de la existencia de tal trastorno.
LESIÓN INTRACRANEAL
Colisión (y tendencia a la colisión)
Dificultad en la angulación (severa)
Rotación (severa)

Simplificación
Fragmentación (severa)
Dificultad en la sobreposición (moderada a severa)
Perseveración (tipo a y b)
Elaboración (moderada)
Segundo intento
Incoordinación lineal (fina y gruesa)
Concretismo
ESQUIZOFRENIA
Secuencia confusa
Colocación altamente anormal de la fig.A
Macrografía y expansividad
Uso Excesivo de Margen
Dificultad en el cierre (marcada)
Dificultad en la curvatura (marcada)
Rotación (moderada)
Regresión
Fragmentación
Elaboración (severa)
Perseveración, tipo b
Segundo intento
Simplificación (en casos crónicos o en proceso)
PSICONEUROSIS
Secuencia (sobre metódica o irregular)
Micrografía (marcada)
Cambios aislados en el tamaño (marcados)
Dificultad en la curvatura (leve)
Dificultad en la angulación (leve)
Rotación (leve)
Direccionalidad (anormal o inconsistente)
Dificultad en la sobreposición
Línea (pesada, tenue o marcadamente inconsistente)
RETARDO MENTAL MODERADO Y SEVERO
Secuencia (irregular)
Espacio (marcadamente irregular)
Tendencia a la colisión
Expansividad
Rotación (invertida)
Simplificación (leve)
Fragmentación (figuras 7 y 8)
Dificultad de cierre (marcada)
Curvatura (achatada)

Presenta cinco indicadores relacionados con la presencia de lesión intercraneal; cuatro indicadores relacionados con la presencia de esquizofrenia; dos relacionados con la presencia de psiconeurosis y dos relacionados con la presencia de retardo mental moderado y severo.

El sistema de Patricia Lacks se utiliza de manera exclusiva para la es exclusivo para la detección del daño orgánico y puede ser utilizado para confirmar su presencia, una vez que el paciente cubra los indicadores marcados por el Sistema Configuracional de Hutt.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA BENDER SISTEMA DE LA DOCTORA PATRICIA LACKS

Nombre: M. F. Edad: 12 años Sexo: Mujer
Escolaridad: Tercero de primaria Ocupación: Estudiante

Observaciones conductuales:

- Evidencia de fatiga
- Insuficiente atención a los estímulos
- Ejecución extremadamente rápida y descuidada
- Cuidado y reflexión extremas
- Expresa insatisfacción por haber realizado malas reproducciones o intentos repetidos por corregir los errores (sin lograrlo)
- Pobre coordinación motora o temblor de manos
- Rotación de la tarjeta (en las figuras):

Se aprecia que el evaluado tiene dificultades para ver las figuras

Otros comentarios: Iniciando la figura número 5 dijo "Son muchas figuras", por lo que se

alentó a continuar con la prueba, la terminó sin volver a hacer comentarios al respecto

Tiempo de realización:

Lista de indicadores:

- 1. Rotación
- 2. Dificultad en la superposición
- 3. Simplificación
- 4. Fragmentación
- 5. Regresión
- 6. Perseveración
- 7. Colisión o tendencia a la colisión
- 8. Impotencia
- 9. Dificultad en el cierre
- 10. Incoordinación motora
- 11. Dificultad en la angulación
- 12. Cohesión

Tiempo de realización mayor a 15 minutos: No

Puntaje total: 5

Diagnóstico: Daño orgánico

Elaboró: Psic. Albania Cocom

Fecha: 14-08-2020

Lacks (1984) ha reportado como propiedades psicométricas de su sistema una confiabilidad interjueces consistentemente alta, que va de 0.98 a 0.95, una confiabilidad test-retest, que

para intervalos de 3 a 12 meses han sido: 0.79 en pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas, 0.66 para pacientes con Enfermedad de Alzheimer y desde 0.57 a 0.63 para senectos. Es necesario contrastar los resultados de este sistema con otras pruebas como las baterías Weschler, entre otras para poder tener certeza respecto del diagnóstico. Conclusión: Posible daño orgánico, perturbación emocional y dificultades en sus relaciones interpersonales.

Anexo 10. Resultados del Test de Matrices Progresivas de Raven Escala Coloreada

Los resultados de la paciente M.F.A.T fueron los siguientes:

PERCENTIL	DISCREPANCIAS	RANGO	DIAGNÓSTICO
50	+1 - 1 +1	V	Intelectualmente deficiente

Estos resultados la colocan dentro del rango intelectualmente deficiente, es decir, muy por debajo de lo esperado, en comparación con personas de su rango de edad y características de población.

Lo anterior se traduce en que “M.F” no tiene el desarrollo mental suficiente para razonar por analogía como método congruente de infrencia, por tanto, no ha desarrollado aún la capacidad de pensar de manera abstracta.

Anexo11. Resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

DIMENSIONES GLOBALES			
Ítem	Percentil	Rango cualitativo	Interpretación
Total depresivo	99	Muy alto	La obtención tención de percentiles altos en esta dimensión indica que el niño presenta más sintomatología depresiva que los niños de su edad
Total Positivo	15	Bajo	Presencia de elementos positivos tales como la alegría, la felicidad, la diversión, etc.
ESCALAS			
Escala	Percentil	Rango cualitativo	Interpretación
Respuesta afectiva	97	Alto	Presenta un alto número de respuestas afectivas negativas
Problemas sociales	99	Muy alto	Presencia de dificultades para relacionarse de forma adecuada y gratificante con los demás, tendencia al aislamiento y a la soledad.
Autoestima	96	Alto	Baja autoestima, sentimientos negativos hacia sí misma

Preocupación por la muerte/salud	99	Muy alto	Ausencia de energía, motivaciones e intereses, acompañados de sensación de vacío interior, posible expresión de fantasías relacionadas con la enfermedad o la muerte
Sentimiento de culpabilidad	90	Alto	Tendencia a culparse y castigarse por las cosas que suceden a su alrededor, considera que merece ser castigada y que no merece el afecto o reconocimiento de los demás.
Depresivos varios	99	Muy alto	Sentimientos de desesperanza, visión negativa del futuro, sensación de malestar o sufrimiento, preocupaciones.
Ánimo-alegría	15	Bajo	Presencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño y capacidad para experimentarlas.
Positivos varios	20	Medio-bajo	No existe presencia de importantes manifestaciones depresivas en la niña.

Anexo 12. Conclusión general a partir de las pruebas aplicadas.

En relación su funcionamiento intelectual acorde con los resultados de las pruebas BENDER y RAVEN Escala Coloreada, “M.F.” se encuentra ubicada dentro del rango Intelectualmente deficiente y se sospecha de un posible daño orgánico. Debido a las condiciones de la evaluación a raíz de la contingencia sanitaria por COVID-19 no fue posible aplicar otros instrumentos que arrojarán datos más precisos sobre esto. Respecto a su estado emocional, presenta más sintomatología depresiva que los niños y niñas de su edad, dificultades para relacionarse de forma adecuada y gratificante, le faltan recursos para contactar de manera adecuada por lo que usa la agresión para relacionarse y esto provoca que sea rechazada por los demás, lo que pudiera incitar su tendencia al aislamiento y a la soledad, acentuando su baja autoestima y los sentimientos negativos hacia ella misma como tendencia a culparse y castigarse por las cosas que suceden a su alrededor, considerar que merece ser castigada y no creerse merecedora de afecto o reconocimiento por parte de los demás, así como su timidez e inseguridad. Se identifica también sintomatología relacionada con dependencia e infantilidad, equilibrio mental y emocional deficitario, inestabilidad, desadaptación y preocupación sexual, una muy baja energía, con pocas motivaciones e intereses, sensación de vacío interior. Se encuentran presentes en ella sentimientos de desesperanza, una visión negativa del futuro, sensación de malestar y preocupaciones que rumia dentro de su cabeza y que no puede expresar adecuadamente. Sin embargo, a pesar de esta sintomatología “M. F.” es capaz de experimentar sentimientos como la alegría y puede divertirse, por lo que esta sintomatología depresiva puede estar encubierta, ya que no la manifiesta de manera sostenida.

Anexo 13. Sesiones de psicoterapia

Número de sesión	Aspecto a trabajar	Objetivo	Actividad o actividades	Resultado esperado
1	Introducir al trabajo a realizar	Romper el hielo, que la paciente se familiarice con la actividad y generar un ambiente de confianza y motivarla.	“Mi muñeca se verá...”	Que la paciente se comprometa con el trabajo a realizar.
2	Habilidades sociales	Nombrar correctamente las emociones e identificarlas en ella misma y en otros.	“A ver si sabes... ¿Reconoces las emociones?”	Que la paciente adquiera el vocabulario para expresar las emociones que experimenta, pueda identificar los gestos faciales correspondientes a las distintas emociones y sea

				capaz de nombrarlas.
3	Habilidades sociales	Entrenamiento en la identificación de las emociones, frustración y culpa, la generación de soluciones positivas y la empatía.	“¿Sabes contar un cuento?”	Fortalecer su capacidad empatía y que pueda generar alternativas de solución positivas a conflictos
4	Habilidades sociales	Identificar, aprender y ensayar maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos positivamente.	“¡Mi muñeca tiene un problema! Que empiece la función. (Parte 1)”	Que la paciente aprenda maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos de forma positiva, centrándose en la solución y respetando los sentimientos de los involucrados.

5	Habilidades sociales.	Identificar, aprender y ensayar maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos positivamente.	“¡Mi muñeca tiene un problema! Que empiece la función. (Parte 2)”	Que la paciente aprenda maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos de forma positiva, centrándose en la solución y respetando los sentimientos de los involucrados.
6	Habilidades sociales	Identificación y regulación de las emociones frustración y enojo.	“Yo puedo detectar y ganarle a la frustración y el enojo”	Que identifique aquellos signos precursores de los sentimientos de frustración y enojo en ella, aprenda estrategias para regularlos y expresarlos de manera positiva.

7	Habilidades sociales y autoestima.	Fortalecer la autoestima. Impactar indirectamente en el fortalecimiento de las habilidades sociales.	“Mi cuerpo y yo”	Que la paciente identifique y nombre las partes de su cuerpo que le agradan y aquellas que no y exprese las razones de sus elecciones. Que reconozca que cada una de las partes de su cuerpo son necesarias y cumplen una función importante, de esta manera se espera modificar los juicios de valor negativos que tiene sobre hacia ellas.
8	Habilidades sociales y autoestima.	Fortalecer la autoestima. Impactar indirectamente en	“¿Nos parecemos?”	Que logre identificar y reconocer que cada una de las partes de

		el fortalecimiento de las habilidades sociales.		su cuerpo la hacen única y por lo tanto son especiales, de esta manera se espera modificar los juicios de valor negativos que tiene sobre hacia ellas.
9	Habilidades sociales y autoestima.	Identificar la relación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas. Fortalecer la autoestima.	“Pescando pensamientos”	Que la paciente modifique los juicios de valor negativos que tiene sobre ella misma, fortaleciendo así su autoestima.
10	Habilidades sociales, autoconocimiento	Promover el autoconocimiento, fortalecer la autoestima.	“Es momento de la magia ¡Sambra kazam, la personalidad de mi muñeca será!” y “¡Manos a la	Que la paciente aprenda que las acciones que realizamos no definen quiénes somos, las acciones realizadas que utilizamos para

			obra! Yo pondré el ejemplo”	definir nuestra personalidad pueden ser modificadas.
11	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificar y llamar por su nombre a las partes del cuerpo. Distinguir las partes públicas de las partes privadas. Cuidado del propio cuerpo y el de los demás.	“¡Vamos a construirla!” y “Las partes del cuerpo”	Que la paciente identifique y llame por su nombre a todas las partes del cuerpo. Que la paciente identifique las partes del cuerpo públicas y las privadas. Que la paciente identifique el motivo por el cuál una parte del cuerpo es pública o es privada y la importancia de cuidar y respetar sus partes privadas y las de los demás.

12	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Que la paciente sepa la diferencia entre una caricia buena y una caricia mala y resignifique aquellas experiencias no gratas.	“Caricias buenas y caricias malas”.	Que la paciente diferencie entre una caricia buena y una caricia mala y resignifique aquellas experiencias en las que tal vez ha experimentado caricias malas, entendiendo que le han ayudado a saber la diferencia entre una y otra, y que ahora puede cuidarse muy bien.
13	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificación de las acciones que se pueden emprender para proteger el propio cuerpo.	“Manos a la obra ¡Sigamos construyendo!”	Que la paciente identifique las diferentes maneras en las que su cuerpo la ayuda a protegerse.

14	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificación de las acciones que se pueden emprender para proteger el propio cuerpo. Aprender a decir que no y alejarse	“Manos a la obra ¡Sigamos construyendo! (continuación)”	Que la paciente identifique las diferentes maneras en que su cuerpo la ayuda a protegerse. Reforzar el respeto al propio cuerpo y al de los demás. Aprender a decir no y alejarse.
15	Prevención del riesgo de la violencia sexual.	Identificación de sus personas de confianza.	“Mis personas de confianza”	Que la paciente identifique quiénes son sus personas de confianza a quienes puede recurrir en caso de que le suceda algo.
16	Cierre	Reforzar lo aprendido, concluir la etapa de intervención del proceso terapéutico.	“Mi collage y mi diploma”	Que reconozca el valor del trabajo que realizó y se sienta merecedora del diploma, la muñeca y

Anexo 14. Instrucciones para el terapeuta

INSTRUCCIONES PARA EL TERAPEUTA

Se generarán dos evidencias tangibles que la paciente podrá llevarse con ella al finalizar la intervención, la primera será un libro titulado “Manual para crear a la muñeca de tus sueños” y la segunda una muñeca hecha con materiales diversos, con la finalidad de que ambos sirvan como recordatorio de los temas abordados y lo visto sesión tras sesión, buscando así mantener presente en todo momento lo trabajado.

Se le introducirá a la actividad, se le explicará que: “Todas las personas nos vamos formando a lo largo de la vida, nos formamos a través de distintas experiencias que nos hacen las personas que somos. Es como si nos fuéramos fabricando, como una muñeca, por esto para fabricar tu muñeca tendremos que explorar partes de ti, de tus pensamientos, tus sentimientos, tus experiencias y tu cuerpo, así estarás listas para fabricar a la más increíble muñeca”.

Se le presentará el libro, el cual tendrá en la portada una muñeca en blanco y negro dentro de un marco con la leyenda, “*Pega aquí una foto de tu muñeca aquí*”, se le dirá que construirá una muñeca y cuando esté lista se colocará una foto de la muñeca en ese espacio. Se le explicará que ese libro la guiará en el paso a paso de la construcción de esa muñeca. Se abrirá el libro y en la primera página en donde se lee la leyenda “PRECAUCIÓN” en letras mayúsculas y color rojo, “SOY UN LIBRO LLENO DE M__ I __ (pedirle a la paciente que complete la palabra) NO ME ABRAS A MENOS QUE TENGAS LA FIRME CONVICCIÓN DE TERMINAR”. En este momento se hará el encuadre para el trabajo con el libro, se le dirá que dentro de ese libro se encontrará con cosas maravillosas, pero también con algunos retos que podrán parecer no muy fáciles de vencer pero que, si se compromete, la terapeuta estará ahí en todo momento para ayudarla a superarlos, de esta manera se buscará lograr un compromiso por parte de la paciente. Se puede aprovechar este momento para llegar a algunos acuerdos más específicos según se considere necesario. Se abrirá la siguiente página y se le pedirá a la paciente que coloque su nombre completo y su edad, de esta manera el libro será oficialmente suyo. Se le darán unos minutos para hojear el contenido del libro y familiarizarse con el material. Posteriormente se iniciará con la primera actividad correspondiente a la sesión número uno “Mi muñeca se verá...”.

I. “MANUAL PARA CREAR A LA MUÑECA DE TUS SUEÑOS”

1. Mi muñeca se verá....

Introducción: Actividad sencilla para introducir a la paciente a la tarea y generar un clima cómodo y de confianza.

Objetivo: Romper el hielo, que la paciente se familiarice con la actividad y generar un ambiente de confianza y motivarla.

Procedimiento: situándose en la página número 4, se le pedirá a la paciente que piense en aquellas características físicas que le gustaría que tuviera su muñeca, se le puede ayudar realizándole preguntas como ¿Qué tipo de cabello tendrá?, ¿Cuál será el color de sus ojos? ¿De qué color será su piel?, ¿Qué ropa llevará puesta?

Se le darán materiales diversos, lápices de colores, plumones, pinturas y pinceles para que sea tan creativa como quiera ser y se le pedirá que dibuje cómo se imagina que se verá su muñeca.

2. A ver si sabes... ¿Reconoces las emociones?

Introducción: “A veces la gente hace caras, caras que algunas veces podemos adivinar qué quieren decir y otras veces no, ¿te ha pasado que no sabes lo que las personas de tu alrededor quieren decir con sus caras?” Se tomarán unos minutos para conversar sobre esto.

Objetivo: Nombrar correctamente las emociones e identificarlas en ella misma y en los demás.

Procedimiento: El terapeuta le dirá a la paciente lo siguiente: “Ahora que ya sabes cómo quieres que se vea tu muñeca vamos a imaginar sus gestos, párate conmigo aquí en el espejo y vamos a jugar a hacer caras, yo te voy a pedir que hagas una cara y luego tú me vas a pedir a mí que haga una, ¿Quieres empezar?”.

En caso de que la paciente no quiera comenzar comenzará la terapeuta, el objetivo es que la niña realice los gestos representativos de las siguientes emociones: Tristeza, miedo, asco, frustración, calma, alegría, vergüenza, sorpresa, enojo y culpa.

Después de realizar la cara de la emoción se le pedirá platicar alguna ocasión en la que la haya experimentado. Cuando sea turno de la terapeuta esta hará lo mismo.

Se le pedirá ir a las páginas 5 y 6 del libro “Manual para crear a la muñeca de tus sueños” y realizar las actividades ahí señaladas.

3. ¿Sabes contar un cuento?

Introducción: ¡Vamos a jugar a cuenta cuentos!

Objetivo: Entrenamiento en la identificación de las emociones, frustración y culpa, la generación de soluciones positivas y la empatía.

Procedimiento: Se le pedirá ir a la página 7 del libro “Manual para crear a la muñeca de tus sueños” se le dirá lo siguiente “Te voy a leer un cuento, mientras lo hago quiero que busques un lugar que te sea cómodo, puedes estar acostada o sentada, como prefieras y necesito que cierres los ojos para que puedas escuchar e imaginarte la historia”.

El terapeuta comenzará a leerle la historia usando un tono de voz suave pero audible que genere una atmósfera de tranquilidad. Al finalizar la historia le dirá: “Así, sin cerrar los ojos quiero que pienses en las preguntas que te voy a hacer, no me digas las respuestas, piénsalas en tu mente y cuando yo te indique abrirás los ojos y me contarás tus respuestas”.

El terapeuta leerá las preguntas dejando un tiempo considerable entre una y otra para que la paciente tenga tiempo suficiente para contestar. El terapeuta le pedirá que habrá los ojos conversarán sobre sus respuestas y los motivos de éstas, finalmente se le pedirá que las escriban en el libro.

Situándose en la página 8 se le dirá a la paciente lo siguiente: “¡Ahora la escritora eres tu!, es tu oportunidad de ayudar a Marisa a hacerlo mejor, en ese espacio vamos a escribir una historia diferente con ayuda de las respuestas que escribiste en la página anterior”.

La terapeuta puede ayudar escribiendo la historia mientras la paciente va dictándole los acontecimientos de la misma.

Al finalizar se reflexionará sobre las diferencias entre las dos historias y en la importancia de expresar nuestras emociones de una manera serena, siendo empáticos, evitando así herir los sentimientos de los demás.

4. ¡Mi muñeca tiene un problema! Que empiece la función.

(Actividad planeada para ejecutar en dos sesiones)

Introducción: Paciente y terapeuta abrirán el libro en la página 9 y leerán juntas su contenido.

Objetivo: Que la paciente identifique, ejecute y aprenda maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos.

Procedimiento: La paciente representará la situación problema con ayuda de la terapeuta, para esto pueden caracterizarse si así lo desean. Al finalizar la representación la terapeuta le preguntará a la paciente “¿qué es lo que Quitita tendría que hacer diferente para dar un buen abrazo?”. En caso de que a la paciente no se le ocurra nada la terapeuta puede hacerle preguntas para ayudarlo a generar ideas y en última instancia proponer ideas. La intención es que la paciente sea quien proponga las alternativas de solución, sin embargo, se le puede ayudar mediante las preguntas o dándole pistas. Cuando hayan terminado de colocar los pasos, representarán nuevamente la situación, pero ahora siguiendo los pasos correctos. Se seguirá la misma secuencia para la situación número dos, número tres y número cuatro, se dividirán las 4 situaciones en dos sesiones diferentes.

5. ¡Mi muñeca tiene un problema! Que empiece la función. (continuación).

Introducción: Se continuará con las representaciones de las situaciones: “Vamos a continuar donde nos quedamos, te acuerdas de ¿qué página era?”.

Objetivo: Que la paciente identifique, ejecute y aprenda maneras apropiadas de aproximarse a las personas y resolver conflictos.

Procedimiento: Se llevará a cabo el procedimiento de la sesión anterior hasta abordar todas las situaciones.

6. Yo puedo detectar y ganarle a la frustración y el enojo

Introducción: La terapeuta explicará la importancia que tienen las emociones, la función que cumplen y cómo es que todas son necesarias, se explicará que todas son buenas, sin embargo algunas se son más agradables que otras y algunas como el enojo y la frustración, cuando las sentimos de manera descontrolada nos pueden llevar a situaciones desagradables, como ganarnos un regaño o incluso un castigo.

Objetivo: Identificación, regulación y expresión de las emociones frustración y enojo.

Procedimiento: Se le pedirá situarse en las páginas 12 y 13 del libro “Manual para crear a la muñeca de tus sueños”, la paciente leerá las indicaciones en compañía de la terapeuta quien la acompañará en la realización de las actividades, apoyándola con preguntas guía y/o con

las explicaciones necesarias. En este punto se brindarán a la paciente estrategias como ejercicios de respiración y técnicas de imaginería.

7. Mi cuerpo y yo

Introducción: Situándose en la página número 14 deberá reflexionar sobre su propio cuerpo y colocar características físicas de ella misma que le agraden, otras que no le agraden y escribir el por qué en ambos casos. Para lograr esto el terapeuta la introducirá a la tarea diciéndole: “Algunas veces sucede que nos miramos al espejo y ciertas partes de nuestro cuerpo nos gustan más que otras, ¿Te ha pasado?, vamos a pensar qué partes de tu cuerpo de verdad te gustan y qué otras tal vez no tanto”.

Objetivo: Mejorar el autoconcepto y fortalecer la autoestima.

Procedimiento: El terapeuta acompañará a la paciente en esta reflexión y mediante preguntas abiertas ayudará a la paciente a descubrir el porqué, en ningún momento se emitirán juicios de valor sobre las respuestas que brinde, simplemente se dilucidarán las razones de los juicios de valor que hace sobre sí misma. Es necesario contar con un espejo donde la paciente pueda verse de cuerpo completo mientras se lleva a cabo la actividad. Al finalizar se hablará de cada una de las razones por las cuales le gustan o no le gustan algunas partes de su cuerpo. Se le indicará que esto es normal, sin embargo, todas las partes de nuestro cuerpo nos sirven para algo. Finalmente se revisará con ella la función que cumplen las partes de su cuerpo que dijo no le agradan tanto.

8. ¿Nos parecemos?

Introducción: Haciendo uso de la información de las páginas 14 y 15 . Se le pedirá que enliste aquellas características físicas en las que ella y su muñeca son parecidas y aquellas en las que son diferentes.

Objetivo: Generar un autoconcepto positivo y fortalecer la autoestima.

Procedimiento: Luego de identificar las características parecidas y las diferentes, se comparará si las que eligió para su muñeca son las que le gustan o las que no le gustan de ella misma. En este momento, después de haber comparado todas las características de su muñeca con las suyas propias se le explicará que todos tenemos diferentes características que no nos hacen ni mejores ni peores, sólo diferentes y que cada persona es especial a su manera y eso es precisamente lo que nos hace especiales, el poder de ser únicos. Se retomarán, en primer lugar, aquellas características que dijo no le agradan de ella misma y se enlistarán una por una con ella mirándose al espejo, se le dirá lo siguiente: “Nadie tiene unas orejas (en caso de que haya elegido sus orejas) como las tuyas, observa su forma, no hay ninguna otra persona en el mundo que tenga unas orejas así, son únicas, son tuyas y eso las hace especiales, vamos a pensar en qué cosas agradables te permiten experimentar tus orejas”, se procurará guiarla hacia cosas agradables. De esta manera se abordarán todas las partes de su cuerpo que haya mencionado, iniciando por las que no le agrada, continuando con las que sí y terminando con aquellas que no haya mencionado con la intención de hacerle notar que su cuerpo es el que le permite disfrutar del mundo. Al finalizar se le pedirá que si lo siente le agradezca a su cuerpo por todas aquellas cosas maravillosas que le permite experimentar.

9. Pescando pensamientos

Introducción: Aunque no nos demos cuenta, todo el tiempo estamos pensando en algo. La manera en la que pensamos sobre nosotros mismos nos hace sentir de diferentes maneras, dime, ¿qué piensas de ti misma cuando la maestra te felicita porque hiciste un buen trabajo en la escuela?, ¿qué es lo que piensas de ti cuando alguien te regaña por algo que hiciste mal?, ¿qué piensas sobre ti cuándo alguien te dice lo bonita que te vez?, ¿alguna vez te han dicho que no eres bonita?, ¿qué pensaste de ti entonces?

Objetivo: Que identifique la relación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas. Fortalecer la autoestima.

Procedimiento: Vamos a usar los pensamientos que identificó en la actividad anterior. Se le pedirá que recuerde aquellas razones por las que dijo no le gustaban las características de su aspecto físico que enlistó en la actividad anterior, se le conducirá a través de la actividad de la siguiente manera: “Como hablábamos la actividad anterior, cuando algo nos disgusta sobre cómo nos vemos es por una razón, ya sea porque pensemos que nos hace ver mal, porque creemos que no va bien con nosotros, porque pensamos que es feo o malo o tal vez porque alguien nos dijo que es feo o malo y le creímos. Vamos a escribir las razones por las cuáles esas características físicas tuyas no te agradan, si te acuerdas de otra también puedes escribirla”.

Una vez que haya hecho esto se le pedirá que recuerde el ejercicio que hizo en el espejo en el que identificó las cosas agradables que le permitían experimentar las partes que no le gustaban. Se le guiará para que esos pensamientos los reemplace por otros más amables, si ella no puede hacerlo por sí sola se le sugerirá el primero y posteriormente se le guiará hacia generar los propios. Una vez que haya terminado se le pedirá que en la página siguiente dibuje o recorte y pegue una imagen o imágenes de cómo la hacen sentir los pensamientos que pescó y cómo la hacen sentir los nuevos pensamientos con que reemplazó aquellos que pescó.

Se le explicará que la manera en la que pensamos no se puede separar de la manera en la que nos sentimos, por eso es siempre bueno aprender a procurarnos pensamientos que nos generen sentimientos positivos.

Se trabajará con las páginas 17 y 18 para lo que se tendrá a la mano revistas diversas o materiales recortables, stickers, etc., así como lápiz, goma de borrar, sacapuntas y lápices de colores.

10. Es momento de la magia ¡Sambra kazam, la personalidad de mi muñeca será!

Introducción: Todos somos diferentes, eso es lo que nos hace únicos y especiales. Algunas personas son muy alegres, otras tal vez son enojonas, algunas miran siempre lo positivo de una situación, otras personas son temerosas. También es cierto que todos podemos ser de diferentes maneras dependiendo de la situación en la que nos encontremos.

Objetivo: Promover el autoconocimiento, fortalecer la autoestima.

Procedimiento: Se le mostrará la página 20 del libro, se le pedirá que siga las instrucciones y que sea completamente honesta, se le dirá que nada de lo que escriba en el libro saldrá del espacio de consulta a excepción de las situaciones mencionadas en el encuadre.

Una vez que las haya identificado, el terapeuta le pedirá que cuente una situación en la que se haya reflejado esa característica en ella. Se analizarán una a una las frases que encerró en un círculo. También se analizarán con ella las que no y se tratará de identificar algún momento en el que ella haya actuado de la manera en la que se señala en cada frase.

Finalmente, se le dirá que todos podemos ser de todas las maneras posibles dependiendo de la situación en la que nos encontremos, sin embargo, aunque a veces podamos actuar de maneras que sabemos no son las mejores, eso no nos define como personas, simplemente nos hace humanos.

Se le pedirá que vaya a la página 21 **¡Manos a la obra! Yo pondré el ejemplo** y que escriba ahí lo que se indica, se repasarán una a una las características que haya escrito, se le preguntará el porqué de la elección de cada una y se establecerán las acciones para mantener las características que se quieran mantener y las acciones para modificar la que quieran ser modificadas. Finalmente, se le pedirá pasar a la página 22 y escribir ahí usando lápices de colores, plumones o lo que ella elija, las características que su muñeca tendrá. Se le dirá que en esa página puede ser tan creativa como quiera, si lo desea puede usar pinturas y acuarelas.

I.I ¡Vamos a construirla!

La terapeuta tendrá preelaborada la silueta de la muñeca, lista para rellenarse con algodón, de la siguiente manera:



11. Las partes del cuerpo

Introducción: ¿Tú conoces las partes de tu cuerpo y sus nombres? Para poder construir nuestra propia muñeca debemos conocer cuáles son las partes de cuerpo para que de esta manera podamos asegurarnos de que las tiene todas.

Objetivo: Que la paciente identifique y llame por su nombre a todas las partes del cuerpo. Que la paciente identifique las partes del cuerpo públicas y las privadas. Que la paciente identifique el motivo por el cuál una parte del cuerpo es pública o es privada y la importancia de cuidar y respetar sus partes privadas y las de los demás.

Instrucciones: Se pasará a las páginas 24, 25 y 26 del libro “Manual para crear a la muñeca de tus sueños”, se le mostrarán las imágenes de las siluetas (frente y detrás), así como la lista de los nombres de las diferentes partes del cuerpo, se leerá la instrucción dispuesta en la página 26 del libro “Manual para crear a la muñeca de tus sueños” y se le alentará a seguir las instrucciones.

Se le pedirá que recorte las etiquetas con los nombres de las partes del cuerpo. Se acompañará a la paciente a través del recorrido por las diferentes partes del cuerpo y se le

apoyará, si es necesario, a la identificación de cada una de ellas. Se le preguntará si ella conoce algunas partes por algún nombre diferente, en caso de responder afirmativamente se le pedirá que mencione los diferentes nombres y se le explicará que cada parte del cuerpo tiene un nombre por lo que lo adecuado es llamarlas por el nombre que les corresponde para no confundirlas con otros objetos. Se repasarán uno a uno los nombres de las partes del cuerpo mientras la paciente pega las etiquetas con los nombres de las partes del cuerpo donde corresponde.

Posteriormente se le preguntará si ella sabe que el cuerpo tiene algunas partes que son públicas y otras que son privadas. En caso de responder afirmativamente se le pedirá que las señale y explique por qué es que son públicas y porque es que son privadas. En caso de responder negativamente se le explicará la diferencia entre partes públicas y partes privadas, así como la razón de que éstas partes sean públicas o privadas.

En ambos casos al final se le explicarán las razones por las cuáles es importante que nuestras partes privadas se mantengan como su nombre lo indica, en privado, y por qué debemos cuidar y respetar el propio cuerpo y el de los demás. Esto nos llevará al siguiente tema de prevención.

12. “Caricias buenas y caricias malas”.

Introducción: Antes de elaborar las manos de nuestra muñeca, primero tenemos que saber muy bien para qué sirven las manos. Nuestras manos son muy útiles, nos sirven para muchas cosas, nos sirven para agarrar algo que necesitamos o simplemente queremos, nos sirven para demostrar afecto, para acariciar, para abrazar. Las manos también pueden lastimar, pueden ser usadas para romper cosas o hacer daño a otros, no todas las acciones que dañan con las manos necesariamente son un golpe, a veces también alguna caricia o abrazo no deseado puede lastimarnos.

Objetivo: Que la paciente sepa la diferencia entre una caricia buena y una caricia mala y resignifique aquellas experiencias no gratas.

Instrucciones: En esta hoja de nuestro libro vamos a dibujar la silueta de nuestras manos y mientras los hacemos vamos a pensar en alguna experiencia agradable en la que hayamos sentido manos sobre nuestro cuerpo, tal vez una caricia, un abrazo, una mano sobre nuestra cabeza que nos hizo sentir que todo iría bien, vamos a pensar y cuando estés lista, cuando hayas recordado esa experiencia quiero que me la cuentes.

Ahora vamos a pensar en alguna experiencia no agradable en donde hayas sentido manos sobre tu cuerpo, ¿Dónde estabas?, ¿Qué pasaba?, ¿Qué hiciste?, elige una y trata de recordarla lo mejor posible, cuando estés lista puedes contármela.

Se utilizarán unos minutos de la sesión para hablar sobre esas dos experiencias, se le dará el tiempo suficiente para hablar de ello y se cerrará la actividad de manera positiva. Esta puede ser una oportunidad para que la paciente nos hable acerca de alguna experiencia de abuso, por lo que hay que prestar completa atención a su relato, respetar sus pausas y hacerle saber que estamos ahí.

Se reflexionará con ella acerca del poder que tienen las manos, lo poderosas que son y lo fácil que es construir cosas positivas o dañar con ellas. Se le entregarán las manos de su muñeca y se le dirá que ahora que comprende la importancia que tienen las manos es momento de ocupar las suyas y darle a su muñeca unas manos nuevas.

Se le entregarán las manos de fieltro y el algodón para que comience a rellenarlas, mientras ella hace esto se le dirá que cada persona tiene control sobre sus manos y decide qué hacer con ellas: “En la experiencia que me contaste, esa persona decidió hacer algo malo con sus manos, algo que no te gustó, sin embargo, tú aprendiste algo de esa experiencia, ahora sabes que esa no es una manera buena de tocar a las personas y de ahora en adelante puedes escoger hacer cosas buenas, cosas positivas con tus manos y claro, con las manos de tu muñeca también”.

Se le elogiará mientras rellena las manos y cuando termine se le dirá “Pero mira qué cosas tan lindas puedes hacer con tus manos, cuéntame ¿qué otras cosas positivas te gustaría hacer con ellas?” se le permitirá compartirlo y se le dirá que ella tiene el control acerca de lo que hace con sus manos y que eso es algo que tiene que atesorar y recordar siempre.

13. Manos a la obra ¡Sigamos construyendo!

Introducción: Vamos a pensar qué cosas podemos hacer con nuestra cabeza, tenemos que nombrar algunas, ¿qué cosas nos permite hacer?, por ejemplo, nuestros ojos están en nuestra cabeza, la cabeza nos permite ver a través de los ojos. ¿Se te ocurre algo más que podamos hacer con las diferentes partes que conforman nuestra cabeza?

Objetivo: Que la paciente identifique las diferentes maneras en las que su cuerpo la ayuda a protegerse.

Procedimiento: Se le explicará a la paciente lo siguiente: “En la cabeza está la nariz con la que olemos, la boca que nos permite saborear ricos platillos y también hablar, los ojos nos permiten ver y las orejas nos permiten escuchar. Estas y las otras partes de nuestro cuerpo nos permiten protegernos algunos peligros.

Se le explicará que a través de nuestro cuerpo experimentamos el mundo, las cosas buenas y las malas, las tranquilas y peligrosas las experimentamos a través del cuerpo.

Se le proporcionarán los materiales con los que se construirán los ojos y mientras se realiza esto se le preguntarán acerca de ocasiones en las que sus ojos la han alertado de peligros a su alrededor.

Se repetirá el proceso con la nariz y las orejas, se irán construyendo y añadiendo estas partes al cuerpo de la muñeca con materiales diversos hasta lograr que sean del agrado de la paciente.

Se calcula que la fabricación y la resolución de las páginas 29 y 30 del libro, correspondientes a los ojos, la nariz y las orejas tomará toda una sesión.

14. Manos a la obra ¡Sigamos construyendo! (continuación).

Introducción: Vamos a continuar donde nos quedamos. Necesitamos sacar de nuevo el material. Se le dirá a la paciente “¿Estás lista?”, ya casi terminamos, ¡que emoción!”.

Objetivo: Que la paciente identifique las diferentes maneras en que su cuerpo la ayuda a protegerse. Reforzar el respeto al propio cuerpo y al de los demás. Aprender a decir no y alejarse.

Procedimiento: Se continuará con la construcción del cuerpo de la muñeca, así como de su vestimenta. Se resolverá la página 31 del libro correspondiente a las piernas y la boca, se le dirá que la boca nos es útil para expresar lo que nos gusta y lo que no nos gusta, también sirve para poder decir que ¡No!, las piernas nos sirven para poder movernos y correr en caso de que consideremos que es necesario.

Se confeccionará la ropa y se colocará el cabello de la muñeca. El cabello estará prefabricado con estambre para facilitar su colocación y será largo para que ella pueda cortarlo de la manera que prefiera. Mientras se fabrica la ropa, se hará un repaso de las partes del cuerpo públicas y privadas y se reforzarán los temas vistos en la sesión número 10. Se tomará una foto de la muñeca terminada.

15. Mis personas de confianza

Introducción: Se le explicará que: “Todos tenemos personas que sabemos que están ahí para cuidarnos a veces podemos darnos cuenta muy bien de quienes son, otras veces podemos necesitar un poco de ayuda para identificarlas”.

Objetivo: Que la paciente identifique quiénes son sus personas de confianza a quienes puede recurrir en caso de que le suceda algo.

Procedimiento: Se abrirá el libro en la página 32 y se realizará la actividad “Mis personas de confianza”. Se acompañará a la paciente en la identificación de su o sus personas de confianza, se le realizarán las preguntas necesarias para que pueda identificarla/las exitosamente y que éstas cumplan con las características necesarias.

16. Mi collage y mi diploma

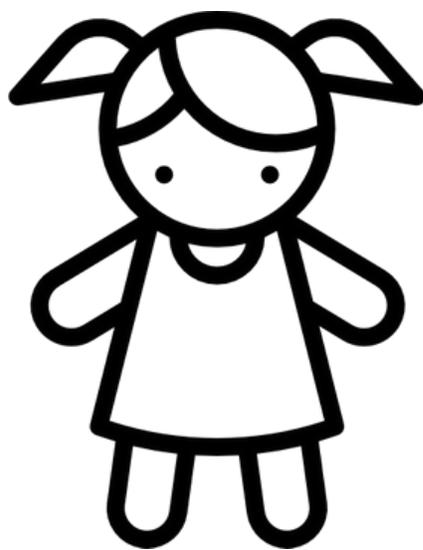
Introducción: Se le avisará desde la sesión anterior que esta será la última sesión en la que se verán semana a semana, mencionándole que tendrán sesiones de seguimiento primero una vez cada dos meses, después una vez por mes y finalmente se despedirán, se le puede decir algo como: “Llegamos al final del libro, eso quiere decir que lo has hecho de maravilla y es momento de que otro niño o niña pueda utilizar ese espacio y aprender tantas cosas como lo has hecho tú. Nos vamos a despedir de a poco, a partir de ahora nos veremos dos veces por mes, luego sólo una y finalmente nos despediremos”.

Objetivo: Reforzar lo aprendido, concluir la etapa de intervención del proceso terapéutico.

Procedimiento: Se revisarán todas las páginas del libro. Con ayuda de revistas, y materiales diversos la paciente hará un collage en donde coloque imágenes alusivas a los temas abordados y a lo aprendido durante el proceso, se le pedirá que lo explique al final. Se le otorgará un diploma en reconocimiento a su esfuerzo y a haber concluido el libro exitosamente. Se imprimirá la foto de la muñeca terminada y se colocará en la portada del libro que se le entregará a la paciente, junto con la muñeca. Se le pedirá que la nombre y se le dirá que “Nombre de la muñeca” estará a su lado para ayudarla a recordar todo lo que aprendió durante las sesiones, lo mismo que el libro.

Anexo 15. Libro “MANUAL PARA CREAR A LA MUÑECADE TUS SUEÑOS”

"MANUAL PARA CREAR A LA MUÑECA DE TUS SUEÑOS"



**Al terminar, pega aquí
una foto de tu muñeca**

¡PRECAUCIÓN!



SOY UN LIBRO LLENO DE

M _ _ I _

**NO ME ABRAS A MENOS QUE TENGAS LA
FIRME CONVICCIÓN DE TERMINAR**



A partir de
este momento
pertenezco a:

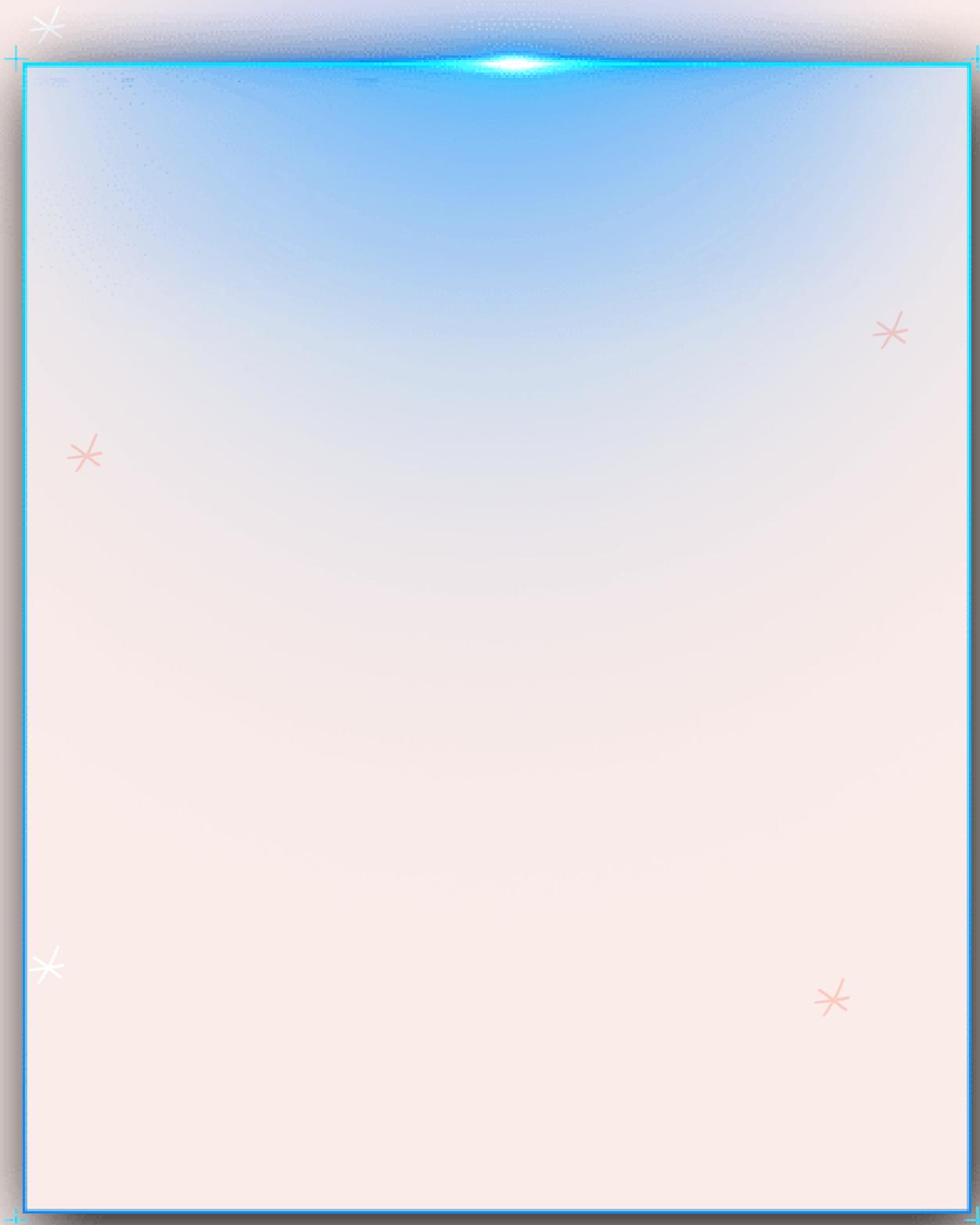
NOMBRE

EDAD

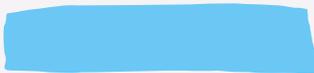
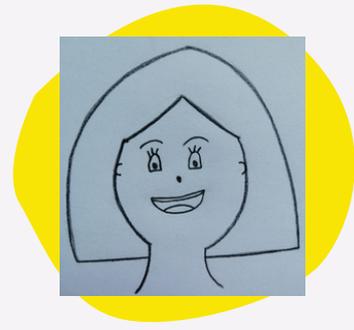
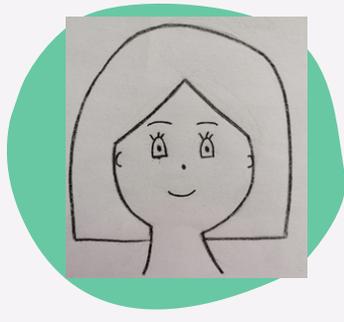
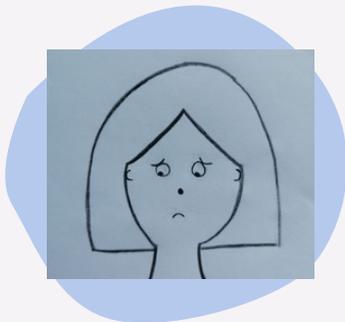
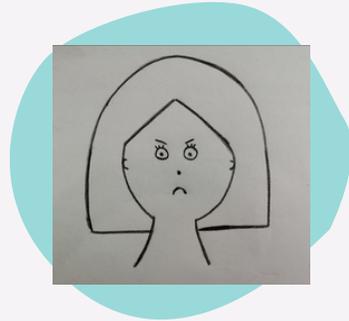
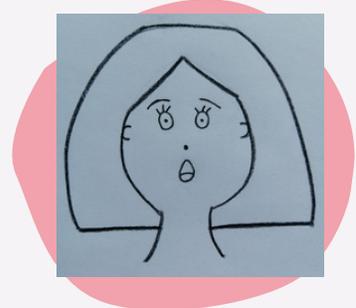
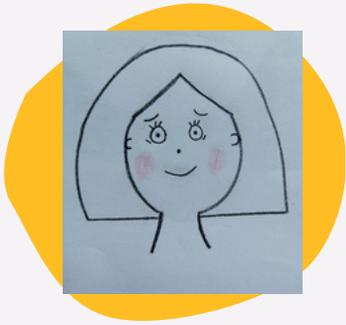
Creando la muñeca de mis sueños



*¡Hola, que gusto conocerte!, vamos a
empezar, por favor, dibuja aquí cómo se verá
tu muñeca:*



A ver si sabes... ¿Reconoces las emociones?



¡Míralas bien! En la siguiente página están los nombres las emociones que expresan esas caras, vamos a encontrar, recortar y pegar el nombre de todas

¡RECORTA Y PEGA!

Recorta el nombre de las emociones y pégalas en la cara que corresponda

Miedo

Tristeza

Culpa

Asco

Calma

Frustración

Enojo

Vergüenza

Alegría

Sorpresa

¿SABES CÓMO CONTAR UN CUENTO?

Marisa y los juegos difíciles

A Marisa es una niña de 11 años a la que le gusta mucho jugar con sus amigos.

Una tarde la invitaron a jugar, escogieron un juego en el que Marisa no tenía mucha práctica, entonces perdió. Cuando esto pasó Marisa se puso roja, roja, roja como un tomate, apretó los dientes, cerró los ojos muy fuerte y les gritó a sus amigos: *“¡Esto está muy difícil y todos ustedes me caen muy mal, ya no quiero ser su amiga, escogen los juegos en los que saben que soy mala para que pierda a propósito!”*.

Su amiga Mariana que la quería mucho, se acercó para explicarle que los juegos se turnarían, empezaron con ese, pero después también jugarían pelota, nadie podía vencer a Marisa jugando a la pelota, era la mejor.

De pronto Marisa entendió que sus amigos no habían hecho eso a propósito y sintió algo en el pecho, no supo bien qué era, pero de lo que sí estaba segura era que necesitaba pedirle a sus amigos una disculpa.

1.) ¿Cómo crees que se sintió Marissa?

2.) ¿Qué fue lo que pensó que la hizo sentir de esta manera?

3.) ¿Cómo crees que se sintieron sus amigos?

3.) ¿Qué pude hacer diferente Marisa para que sus amigos no se sintieran de esa manera?

LA ESCRITORA ERES TÚ

Escritora:

Fecha de publicación:

Ayudante:

Marisa y los juegos difíciles

¡Atención detectamos un problema!

¡Hey!, Psst.. sí tú, (nombre de la paciente) soy yo, tu libro mágico, necesito de tu ayuda, si no, no podremos empezar a fabricar a tu muñeca, ¿Quieres que te cuente? verás, ella está aquí en el mundo mágico conmigo, todos aquí la llaman “Quita“ este es su nombre en este mundo, cuando la fabriques tu tendrás que darle un nombre para tu mundo. Quita tiene algunos problemas, últimamente nos quiere abrazar a todos, pero al hacerlo es muy brusca, eso nos incomoda y porque algunas veces nos lastima y a pesar de que se lo hemos dicho, parece que no puede dejar de hacerlo.

Otra cosa que sucede es que cuando se enoja mucho les pega a las otras muñecas.

Todos en el mundo mágico sabemos que ella es una muñeca muy buena, con un corazón noble y buenos sentimientos, solamente necesita ayuda para aprender nuevas maneras de hacer las cosas. No la podemos dejar ir a tu mundo si no aprende a mejorar esto, porque puede lastimarse o lastimar a otros.

¿Qué dices? ¿Puedes ayudar? ¡Increíble!

Te voy a contar lo que pasa pero contarle no es suficiente, para comprenderlo tendrás que actuarlo. No te preocupes, no se necesitan muchas personas contigo y una persona más es suficiente.

¡Acción!

Los abrazos incómodos. Parte I

Quita ve llegar a su maestra entonces se emociona tanto que corre hacia ella y grita muy fuerte ¡Maestra! y se le avienta. La maestra se asusta mucho porque no la ve llegar, además la lastimó un poco porque la maestra llevaba libros con ella, del susto los soltó y uno cayó sobre su pie. La maestra regañó a Marisa quien se sintió triste y confundida ya que no entendía por qué la regañaron

Los buenos abrazos.

Escribe aquí lo que tendría que hacer Quita para dar un buen abrazo en esa situación:

- Paso 1. _____
- Paso 2. _____
- Paso 3. _____
- Paso 4. _____
- Paso 5. _____
- Paso 6. _____
- Paso 7. _____
- Paso 8. _____
- Paso 9. _____
- Paso 10. _____

¿Qué sucedería si pusiera en práctica esos pasos?

¡Vamos a actuarlo!

Los abrazos incómodos. Parte 2

A Quita le gusta mucho que la abracen, por eso ella abraza a toda persona que conoce, a los que les tiene más aprecio los abraza con mucho más entusiasmo algunas veces grita fuerte el nombre de la persona antes de abrazarlas.

Ayer abrazó muy fuerte a una niña nueva, ella lleva apenas dos días en la escuela, la niña se sintió extraña ya que apenas conoce a Quita y ni siquiera son amigas por eso le dijo a la maestra que el abrazo de Quita no le gusto y la maestra habló con Quita. Quita se ve muy confundida.

Los buenos abrazos.

Escribe aquí lo que tendría que hacer Quita para dar un buen abrazo en esa situación:

- Paso 1. _____
- Paso 2. _____
- Paso 3. _____
- Paso 4. _____
- Paso 5. _____
- Paso 6. _____
- Paso 7. _____
- Paso 8. _____
- Paso 9. _____
- Paso 10. _____

Resolviendo desacuerdos. Parte I

Quita disfruta mucho la compañía de sus amigas y de sus compañeras muñecas. El otro día, mientras todas miraban una película, Quita se levantó para ir al baño y una de ellas se sentó su lugar, el lugar de Quita era el mejor lugar de todos, quedaba justo en medio y además era muy cómodo. Quita se enojó tanto que llegó con su compañera y le dijo en tono de voz muy serio ¡Quítate de mi lugar!, su compañera no le hizo caso entonces Quita le jaló del cabello para obligarla a moverse. Las muñecas adultas vieron a Quita jalarle el cabello, la castigaron y no pudo continuar viendo la película

Resolviendo desacuerdos positivamente.

Escribe aquí lo que tendría que hacer Quita para resolver el desacuerdo en esa situación:

- Paso 1. _____
- Paso 2. _____
- Paso 3. _____
- Paso 4. _____
- Paso 5. _____
- Paso 6. _____
- Paso 7. _____
- Paso 8. _____
- Paso 9. _____
- Paso 10. _____

Resolviendo desacuerdos. Parte 2

Quita se lleva muy bien con las muñecas adultas, la mayor parte del tiempo obedece lo que le piden, pero algunas veces no está de acuerdo con lo que le piden porque ella quiere hacer otras cosas. Cuando esto pasa Quita ignora a las muñecas adultas, simplemente no hace lo que le piden o se va. Esto provoca que la regañen y que la castiguen algunas veces también.

Resolviendo desacuerdos positivamente.

Escribe aquí lo que tendría que hacer Quita para resolver el desacuerdo en esa situación:

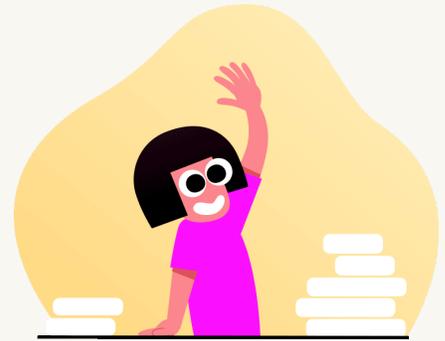
- Paso 1. _____
- Paso 2. _____
- Paso 3. _____
- Paso 4. _____
- Paso 5. _____
- Paso 6. _____
- Paso 7. _____
- Paso 8. _____
- Paso 9. _____
- Paso 10. _____

Todos tus consejos han sido increíbles y al igual que yo Quita ha observado las representaciones, aprendió mucho hoy gracias a ti y seguramente pondrá en práctica tus consejos.

Solamente nos falta una cosa más, a veces cuando las cosas no salen como ella espera se frustra tanto que no puede recordar ningún consejo. ¿Cómo podría hacer Quita para que la frustración y el enojo no le ganen?. Yo tengo unas ideas que te quiero mostrar en la siguiente página, ¿Me acompañas a verlas y me dices qué te parecen?

¡Vamos!

Yo puedo detectar y ganarle a la frustración y al enojo



Nuestro cuerpo es muy sabio y siempre nos da señales sobre las cosas que sentimos, si ponemos atención podemos descubrir cuáles son esas señales



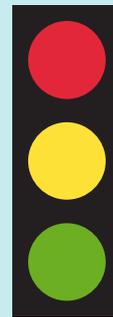
CALMA

Que gran día
tengo hoy



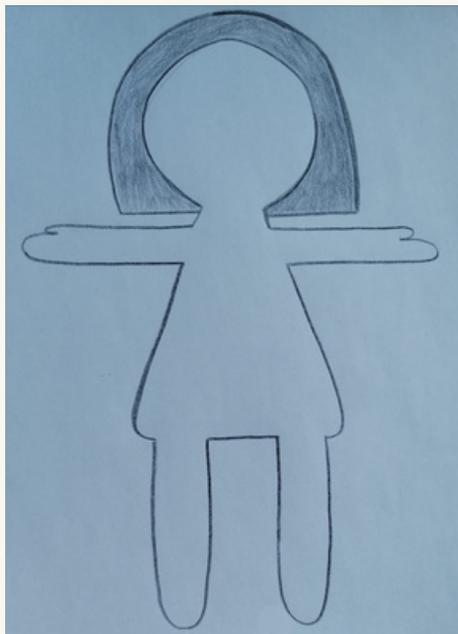
FRUSTRACIÓN

¡No puedo!
¡No quiero!



ENOJO

¡Es injusto!



Colorea en la silueta:

1. De **verde** la parte del cuerpo en la que tú sientes la calma.
2. De **amarillo** la parte dónde sientas la frustración.
3. De **rojo** la parte dónde sientas el enojo.

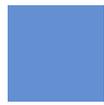
¡El plan ganador!

Para frenar el enojo yo puedo:

Para frenar la frustración yo puedo:

Para regresar a la calma yo puedo:

Mi cuerpo y yo



¿Qué partes SÍ me gustan de mi cuerpo?

¿Por qué?



¿Qué partes NO me gustan de mi cuerpo?

¿Por qué?



Mi muñeca se verá...

Observa el dibujo que hiciste al inicio y escrib 5 características físicas que te gustaría que tenga tu muñeca

■ _____

■ _____

■ _____

■ _____

■ _____

■ _____



¿Quieres agregarle algo más?
Escríbelo aquí abajo:



¿Nos parecemos?

¿Las características que elegiste para tu muñeca se parecen a las tuyas?



¿Cuáles son parecidas?



¿Cuáles son diferentes?

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

Pescando pensamientos

Es momento de convertirte en una audaz pescadora, vamos a capturar pensamientos sobre la manera en la que luces



Pensamiento capturado

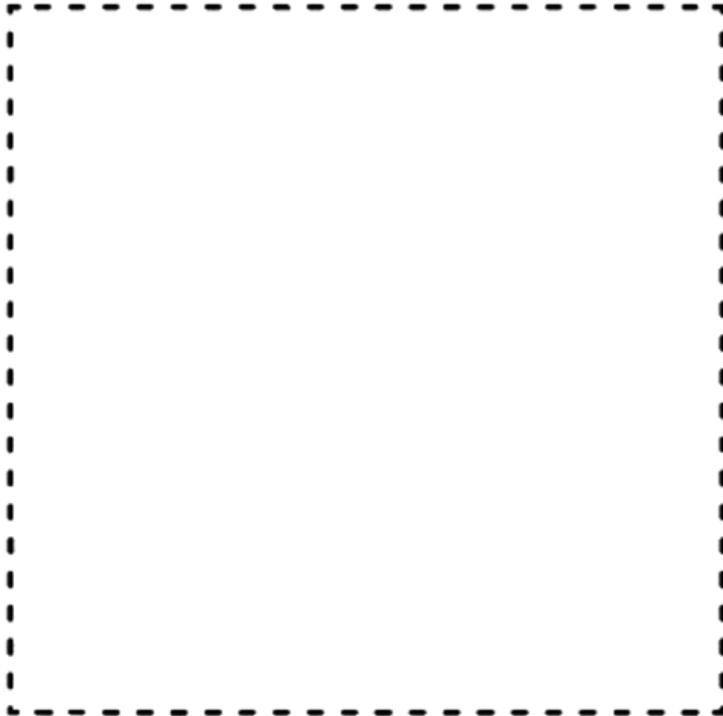
- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____

¿Necesito reemplazarlo?
Su reemplazo irá aquí.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____



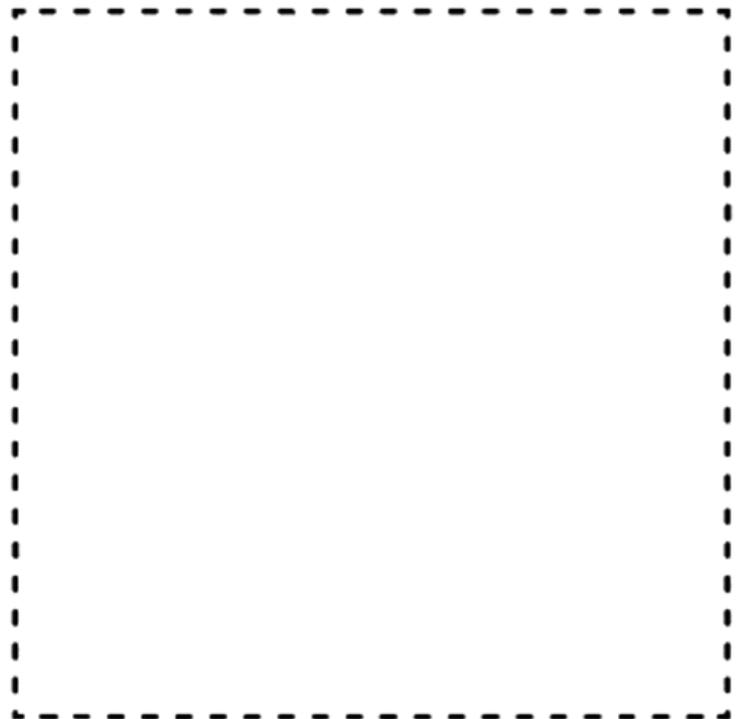
*Dibuja o recorta y pega una imagen
aquí sobre:*



¿Cómo me hacen sentir los pensamientos
que pesqué?

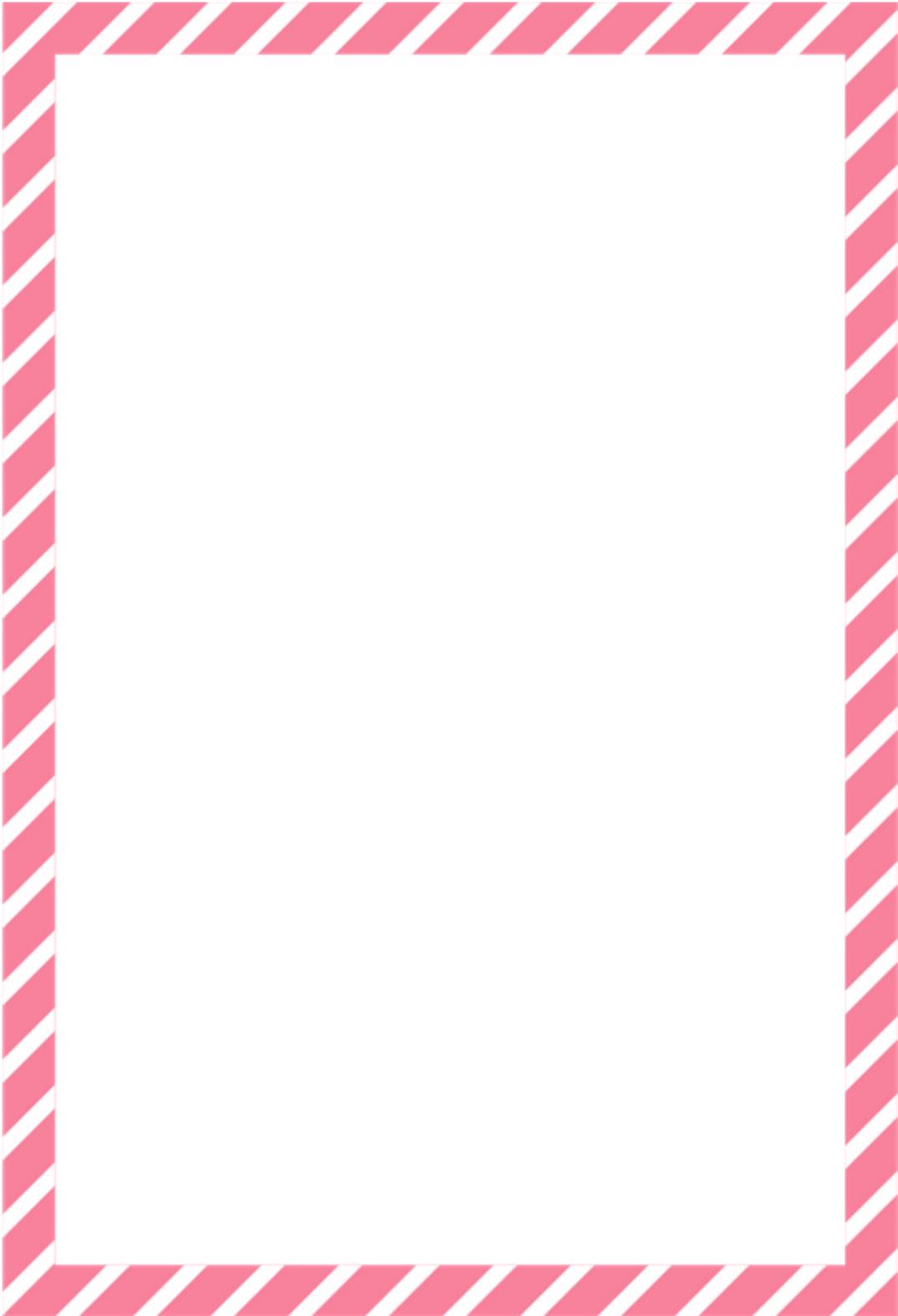


¿Cómo me hacen sentir los nuevos
pensamientos con que los reemplacé?



Después de las últimas actividades, ¿todavía piensas que las características físicas que enlistaste para tu muñeca son la que en verdad te gustaría que lleve o quisieras cambiarlas? No respondas mejor....

dibújala aquí:





!SAMBRA KAZAM, LA PERSONALIDAD DE MI MUÑECA SERÁ!...

Para poder crear la personalidad de tu muñeca necesitas saber sobre la tuya propia.

Mira las siguientes frases, no tengas pena ni miedo, todo lo que escribas o hagas dentro de mí será nuestro secreto, así que sé completamente sincera y ¡adelante!, encierra en un círculo azul las frases que más vayan contigo

* Soy miedosa

* Soy inteligente

● Soy alegre

* Me enojo fácilmente

● No soy muy lista

¿Se te ocurren más?
escríbelas aquí:

* Soy generosa

● _____

● Soy distraída

* _____

* Soy egoísta

● _____

● Soy valiente

* _____



MANOS A LA OBRA ¡YO PONDRE EL EJEMPLO!

Características de tu personalidad que te gustaría que también tuviera tu muñeca:

- _____
- _____
- _____ *
- _____
- _____

Acciones que puedo realizar para mantenerlas

- _____ *
- _____
- _____
- _____
- _____

Características de tu personalidad que NO te gustaría que tuviera tu muñeca:

- _____ *
- _____
- _____
- _____
- _____

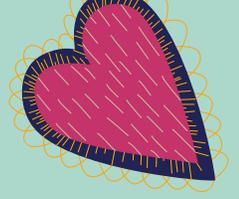
Acciones que puedo realizar para modificarlas

- _____
- _____ *
- _____
- _____
- _____

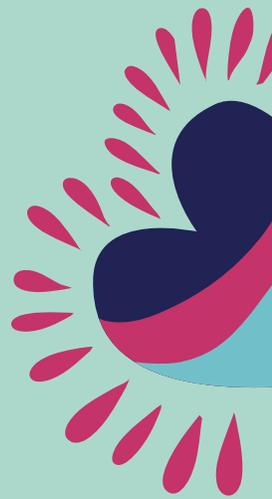


Mi muñeca será:



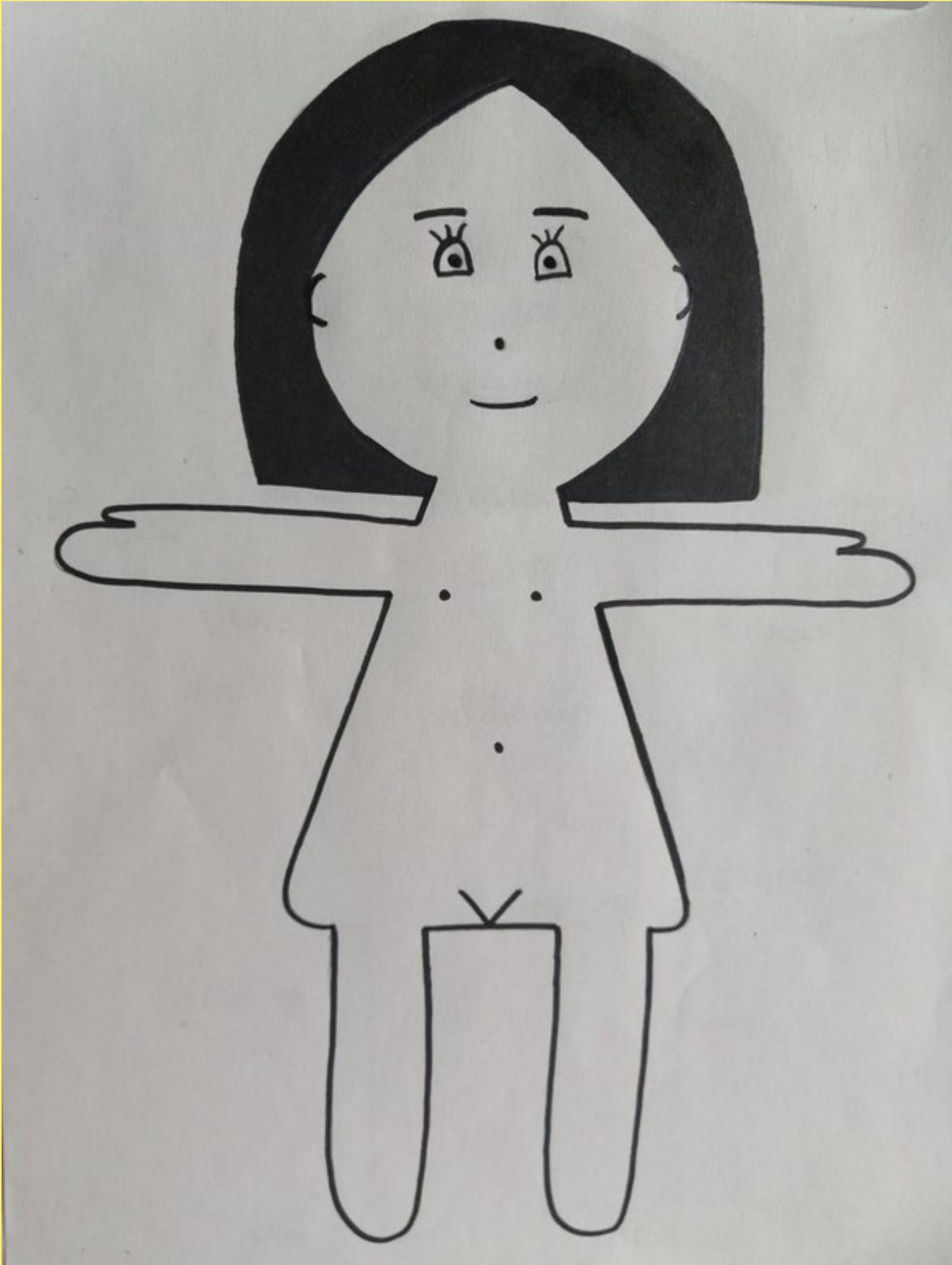


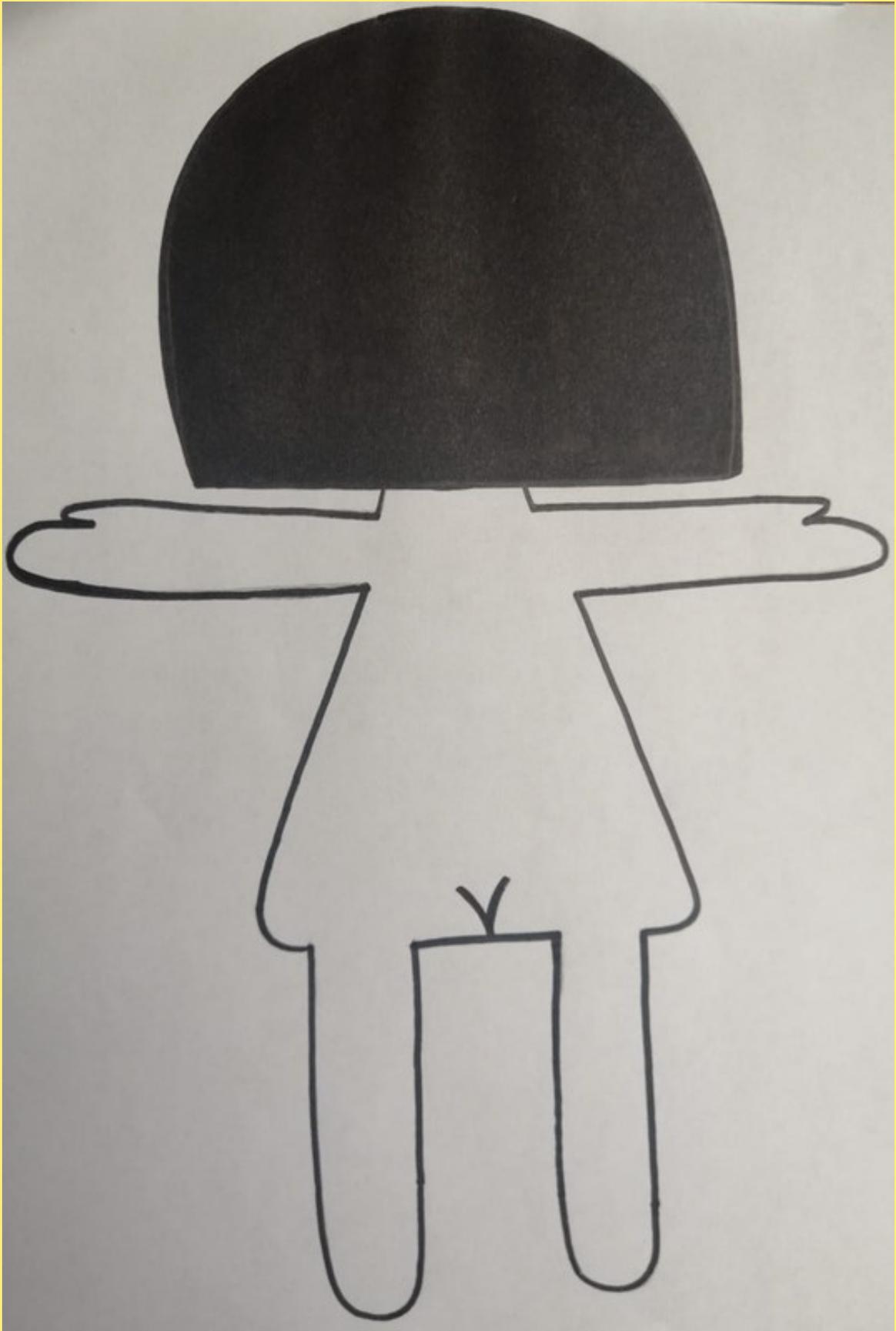
Vamos a construirla



LAS PARTES DEL CUERPO

Observa la muñeca y mira la lista de partes del cuerpo de las páginas -- y --, pega la palabra en el lugar del cuerpo que corresponda.







Arranca, recorta y pega



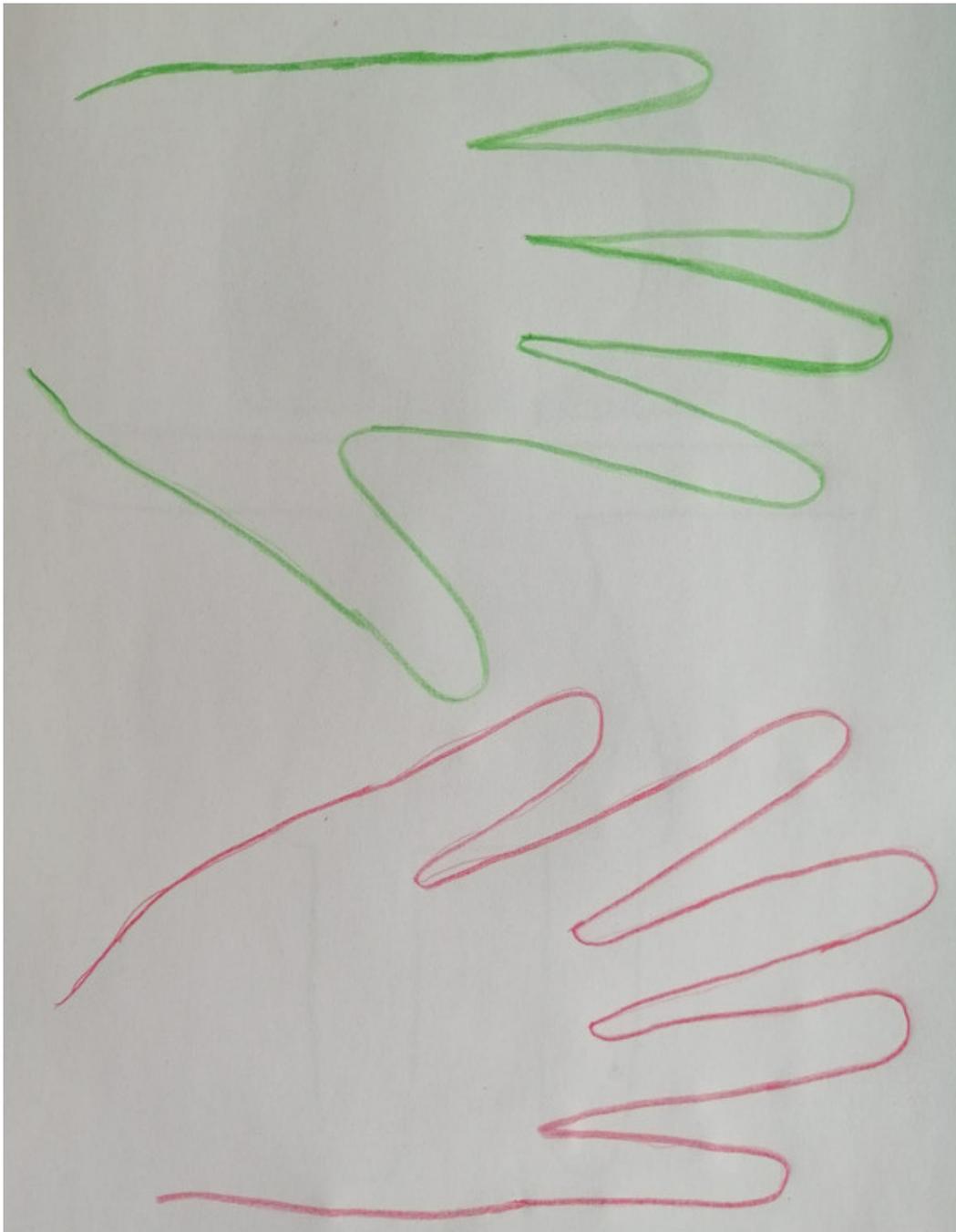
Colorea de color verde las partes públicas y de rojo las partes privadas. Finalmente arranca la hoja, recorta las etiquetas y pégalas.

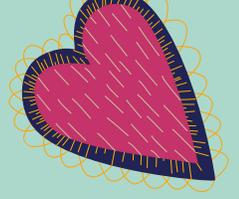
OJOS	NARIZ	BOCA	OREJAS
PECHO	MANO	BRAZO	MANO
PIE	ESTÓMAGO	CADERA	VAGINA
FRENTE	MEJILLAS	CABELLO	CUELLO
BRAZO	PIERNA	PIE	PIERNA
ESPALDA	NUCA	NALGAS	



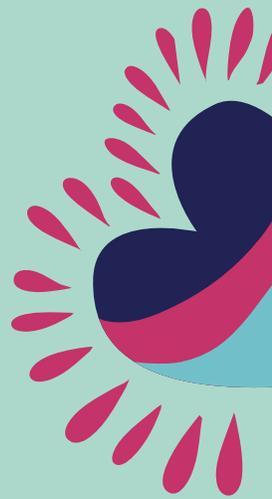
CARICIAS BUENAS Y CARICIAS MALAS

Escribe en los dedos de la mano verde características de las caricias buenas y en la mano roja características de las caricias malas





*¡Manos a la obra!
Sigamos
construyendo*



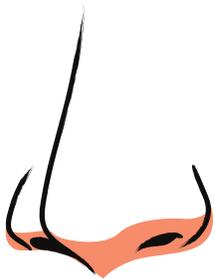
Mi cuerpo me ayuda a protegerme de los peligros



Escribe algunas maneras en las que las partes de tu cuerpo te ayudan a protegerte de los peligros



- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____



- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____



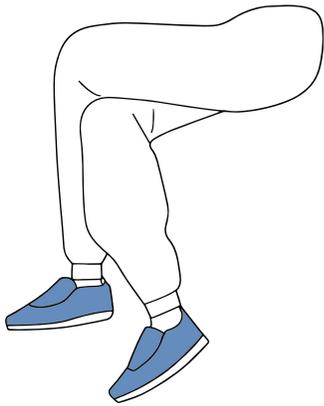


- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____



- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____





- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____



- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____





Mis personas de confianza

Yo ya sé que para tu muñeca tú eres esa persona de confianza y que ella puede contar contigo en todo momento, me gustaría saber quién o quiénes son las tuyas

Revisa las características que debe tener tu persona de confianza y escribe quién o quienes son:

ME CUIDA

LE PUEDO CONTAR LO QUE ME PASA SIN SENTIR VERGUENZA

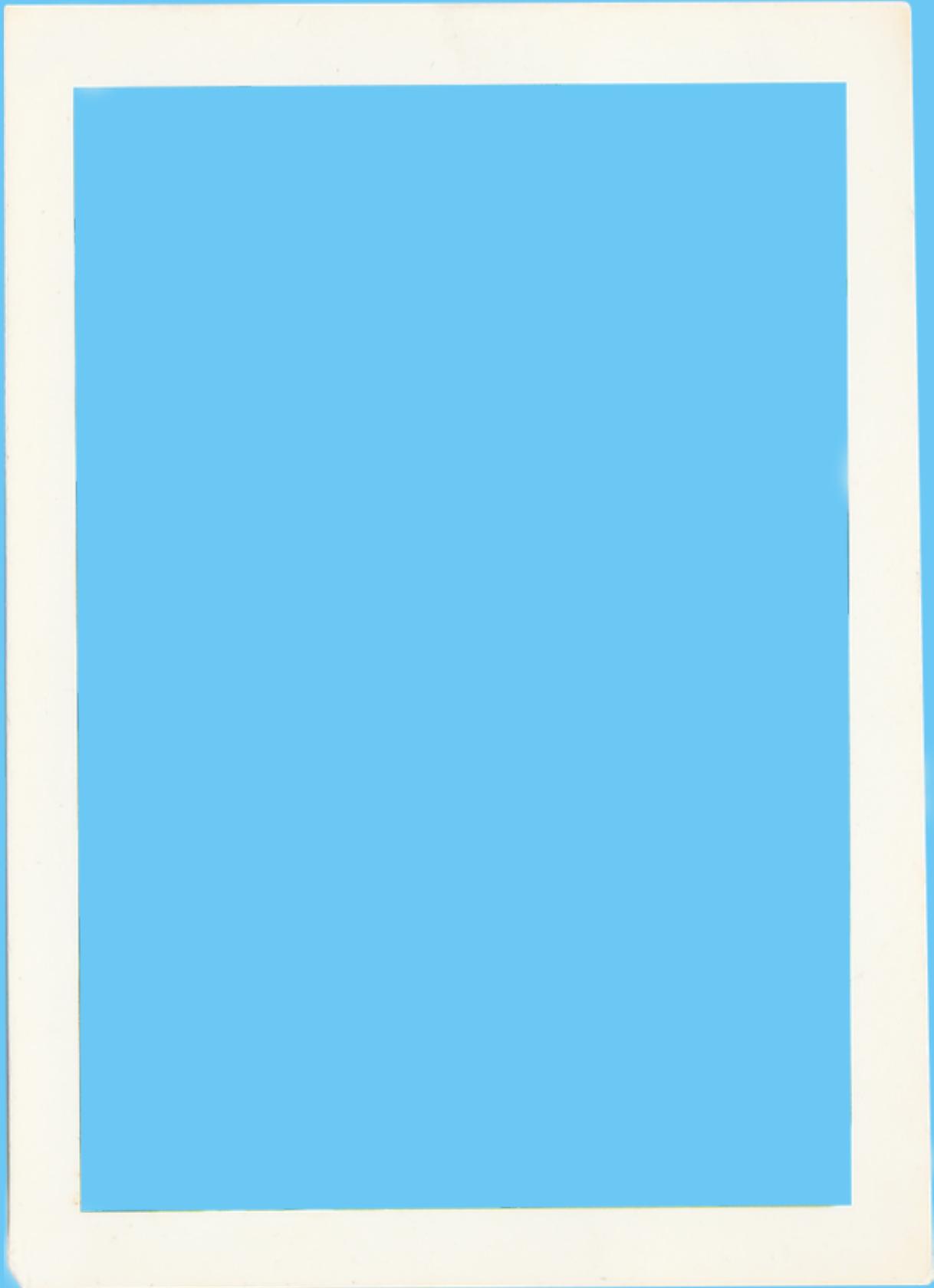
1.- _____
2.- _____

LO/A VEO CASI TODOS LOS DÍAS O PUEDO CONTACTARLO/A FACILMENTE

ME VA A CREER



Mi collage



**Tu diploma va
aquí**

