



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

**“EL ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LA FUNDACIÓN DANIELLE CHILDREN’S FUND ECUADOR DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autor:** Ibarra Chávez, Carlos Gonzalo  
**Tutor:** Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

**Ambato – Ecuador  
Abril, 2012**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“EL ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LA FUNDACIÓN DANIELLE CHILDREN’S FUND ECUADOR DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011”** de Carlos Gonzalo Ibarra Chávez egresado de la carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2012

EL TUTOR

.....

Dr. Jorge Enrique Villa Pilatuña

Docente UTA

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**EL ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LA FUNDACIÓN DANIELLE CHILDREN’S FUND ECUADOR DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2012

EL AUTOR

.....

Carlos Gonzalo Ibarra Chávez

1803955101

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Abril del 2012

EL AUTOR

.....

Carlos Gonzalo Ibarra Chávez

1803955101

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema: **“EL ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL COMO CAUSA DEL APARECIMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LA FUNDACIÓN DANIELLE CHILDREN’S FUND ECUADOR DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011”**, del Sr. Carlos Gonzalo Ibarra Chávez, egresado de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, 4 de Abril del 2012

PARA CONSTANCIA FIRMAN

.....  
PSC. Fabricio Guerrón

.....  
PSC. Irma Jimena Gamboa

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco enormemente a la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador, y a quienes conforman su equipo de trabajo en especial a la Sra. Mcs. Martine van der Hoeven presidente de DCF Ecuador, a la Sra. Ine Martens presidenta de DCF Holanda, al Dr. Mcs. Estuardo Paredes quien fue el director de la fundación durante el periodo de investigación, quienes mediante su apoyo, soporte y motivación hicieron posible este trabajo de investigación, otorgándome el permiso y veña correspondiente para trabajar dentro de la institución que dirigen exitosamente, y permitirme también estar en contacto directo con la población estudiada.

Extiendo mi más profundo agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud carrera de Psicología Clínica y a todos sus docentes quienes fueron parte importante en el desarrollo de este proceso investigativo en especial a la Dra. Patricia Rojas quien con aporte hizo posible el desarrollo de este proceso y al Dr. Jorge Villa quien con su guía, y supervisión ejerciendo el papel de tutor en este trabajo investigativo supo direccionarme asertiva y eficazmente hacia la culminación del mismo.

Finalmente agradezco de todo corazón a Dios, a mi madre, mi familia y seres queridos quienes con su aliento y motivación supieron inspirar mi trabajo investigativo dándome diariamente su aliento y respaldo para el cumplimiento de esta tarea.

Carlos Ibarra Chávez

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo investigativo y los resultados del mismo a los 37 niños que estuvieron dentro del proceso de acogimiento institucional temporal en la Fundación Danielle Children´s Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011 quienes fueron parte de la población estudiada en este trabajo investigativo. Así como también se lo dedico a toda la población infantil que requiere del uso de medidas de protección en defensa de sus derechos.

Carlos Ibarra Chávez

**INDICE DE CONTENIDOS**  
**PÁGINA PRELIMINARES**

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xvi
RESUMEN EJECUTIVO.....	xx
INTRODUCCIÓN.....	1

**CAPITULO I**

**EL PROBLEMA**

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO SOCIAL.....	2
1.1.1    CONTEXTUALIZACIÓN MACRO .....	2
1.1.2    CONTEXTUALIZACIÓN MESO .....	3
1.1.3    CONTEXTUALIZACIÓN MICRO .....	5
1.2 ANÁLISIS CRÍTICO .....	9
1.3 PROGNOSIS.....	10
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
1.5 PREGUNTAS DIRECTRICES .....	10



1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	11
1.6.1 DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO .....	11
1.6.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL .....	11
1.6.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL .....	11
1.7 JUSTIFICACIÓN .....	11
1.8 OBJETIVOS .....	12

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS.....	14
2.2 FUNDAMENTACIÓN.....	16
2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	16
2.2.2 FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA.....	17
2.2.3 FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA.....	17
2.2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	17
2.2.5 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	18
2.2.6 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	18
2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	26
2.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	40
2.5 DETERMINACIÓN DE VARIABLES.....	40

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1 ENFOQUE.....	41
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	49
-----------------------------------	----

**CAPITULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 ANÁLISIS CUALI-CUANTITATIVO.....	51
4.1.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	51
4.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	76
4.2 VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	182

**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES.....	190
5.2 RECOMENDACIONES.....	190

**CAPITULO VI**  
**PROPUESTA**

6.1 TEMA.....	191
6.2 DATOS INFORMATIVOS.....	191
6.3 ANTECEDENTES.....	191
6.4 OBJETIVOS.....	193
6.5 JUSTIFICACIÓN.....	193
6.7 FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA.....	194
6.8 METODOLOGÍA.....	200
6.9 RECURSOS ADMINISTRATIVOS.....	213

## MATERIAL DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFÍA.....	214
LINKOGRAFÍA.....	215
ANEXOS.	
ANEXO1 ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.....	216
ANEXO2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN.....	218
ANEXO3 ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA.....	220
ANEXO4 CUESTIONARIO: TRASTORNO ADAPTATIVO.....	221
ANEXO5 CUESTIONARIO: NIÑOS EN AIT.....	223

## INDICE DE CUADROS

### CAPITULO III

C1 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	43
C2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	45
C3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	48

### CAPITULO IV

#### CUESTIONARIO NIÑOS EN AIT

C4. 1.- ¿EXTRAÑAS A TUS PADRES?.....	51
C5. 2.- ¿CON QUE FRECUENCIA RECIBES VISITAS DE TUS PADRES?.....	53
C6. 3.- ¿EXTRAÑAS A TUS HERMANOS O DEMÁS FAMILIARES?.....	55
C7. 4.- ¿EXTRAÑAS LA ESCUELA DONDE SOLÍAS IR?.....	57
C8. 5.- ¿EXTRAÑAS A TUS AMIGOS?.....	59
C9. 6.- ¿EXTRAÑAS ESTAR EN TU CASA CON TUS COSAS?.....	61
C10. 7.- ¿CUÁNDO ESTABAS EN CASA TENIAS NORMAS DE ESTUDIO?....	63
C11. 8.- ¿SOLÍAS AYUDAR CON LOS QUEHACERES EN CASA? .....	64
C12. 9.- ¿TENIAS HORARIOS DE ASEO PERSONAL EN CASA?.....	66
C13. 10.- ¿TE ES FÁCIL CUMPLIR CON LAS REGLAS DE LA INSTITUCIÓN?.....	67
C14. 11.- ¿PELEAS CON OTROS NIÑOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN? ....	69
C15. 12.- ¿ALGÚN NIÑO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN TE HA PEDIDO U OBLIGADO A ROMPER ALGUNA REGLA? .....	71
C16 RESULTADO FINAL NIÑOS EN AIT.....	73

#### ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

C17. 1.-HUMOR ANSIOSO.....	76
C18. 2.-TENSIÓN.....	78
C19. 3.-MIEDOS.....	80

C20. 4.-INSOMNIO.....	82
C21. 5.-FUNCIONES INTELECTUALES.....	84
C22. 6.-HUMOR DEPRIMIDO.....	86
C23. 7.-SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (musculares).....	88
C24. 8.-SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (sensoriales).....	90
C25. 9.-SINTOMAS CARDIOVASCULARES.....	92
C26. 10.-SINTOMAS RESPIRATORIOS.....	94
C27. 11.-SINTOMAS GASTROINTESTINALES.....	96
C28. 12.-SINTOMAS GENITOURINARIOS.....	98
C29. 13.-SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.....	100
C30. 14.-RESULTADOS FINALES DE LA PRUEBA (PUNTAJE).....	102
C31. 15.-RESULTADOS FINALES DE LA PRUEBA (RANGO).....	104

### **ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN**

C32. 1.-HUMOR DEPRIMIDO.....	106
C33. 2.-SENSACIÓN DE CULPABILIDAD.....	108
C34. 3.-SUICIDIO.....	111
C35.4.- INSOMNIO PRECOZ.....	113
C36. 5.-INSOMNIO MEDIO.....	115
C37. 6.-INSOMNIO TARDIO.....	117
C38. 7.-TRABAJO Y ACTIVIDADES.....	119
C39. 8.-INHIBICIÓN.....	122
C40. 9.-AGITACIÓN.....	124
C41. 10.-ANSIEDAD PSIQUICA.....	126
C42. 11.-ANSIEDAD SOMÁTICA.....	128
C43. 12.-SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES.....	130
C44. 13.-SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES.....	132
C45. 14.-SINTOMAS GENITALES.....	134
C46. 15.-HIPOCONDRIA.....	136

C47. 16.-PERDIDA DE PESO.....	137
C48. 17.-INSIGHT.....	139
C49. 18.-RESULTADOS FINALES DE LA PRUEBA (PUNTAJES).....	141
C50. 19.-RESULTADOS FINALES DE LA PRUEBA (RANGOS).....	143

### **ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA**

C51. AGRESIÓN VERBAL.....	146
C52. AGRESIÓN FISICA CONTRA UNO MISMO.....	148
C53. AGRESIÓN FISICA CONTRA OBJETOS.....	150
C54. AGRESIÓN FISICA CONTRA OTRAS PERSONAS.....	152
C55. RESULTADOS FINALES DE LA PRUEBA.....	155

### **TRASTORNO ADAPTATIVO**

C56. 1.- ¿HA EXPERIMENTADO LA PRESENCIA DE UN FACTOR ESTRESANTE QUE LLEVO A CAMBIAR DE ALGUNA MANERA SU RUTINA DIARIA?.....	158
C57. 2.- ¿EL ACONTECIMIENTO DESCRITO TUVO LUGAR HACE?.....	160
C58. 3.- ¿HA NOTADO ALTERACIÓN EN SU COMPORTAMIENTO O EMOCIONES EN EL ÚLTIMO TIEMPO?.....	162
C59. 4.- ¿HA EXPERIMENTADO VARIACIÓN EN SU ESTADO EMOCIONAL?.....	164
C60. 5.- ¿HA PRESENTADO VARIACIÓN EN SU COMPORTAMIENTO? ....	166
C61. 6.- ¿HA EXPERIMENTADO UN SENTIMIENTO DE INCAPACIDAD PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS? .....	168
C62. 7.- ¿UTILIZA ÚLTIMAMENTE UN LENGUAJE MÁS INFANTIL QUE EL QUE SOLÍA UTILIZAR?.....	170
C63. 8.- ¿PRESENTA DIFICULTADES EN EL HABLA QUE ANTES NO POSEÍA?.....	172

C64. 9.- ¿HA COMENZADO A CHUPARSE EL PULGAR U OTRO DE SUS DEDOS?.....	174
C65. 10.- ¿HA ESTADO PRESENTADO ENURESIS?.....	176
C66. 11.- ¿HA ESTADO PRESENTADO ENCOPIRESIS? .....	178
C67 RESULTADO FINAL DE LA PRUEBA.....	180
C68 RESULTADO DE LOS TIPOS DE TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.....	186

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

C69 FASE 1 INTRODUCTORA.....	204
C70 FASE 2 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	205
C71 FASE 3 TERAPIA SISTÉMICA ESTRUCTURAL.....	206
C72 FASE 4 VIVENCIAL.....	207

### **PLAN OPERATIVO**

C73 FASE 1 INTRODUCTORA.....	208
C74 FASE 2 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	209
C75 FASE 3 TERAPIA SISTÉMICA ESTRUCTURAL.....	210
C76 FASE 4 VIVENCIAL.....	216
C71 PRESUPUESTO.....	216

## INDICE DE GRÁFICOS

### CAPITULO I

G1 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	8
----------------------------	---

### CAPITULO II

G2 RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES .....	23
G3 CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	24
G4 CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	25

### CAPITULO IV

#### NIÑOS EN AIT

G5. 1.- ¿EXTRAÑAS A TUS PADRES?.....	52
G6. 2.- ¿CON QUE FRECUENCIA RECIBES VISITAS DE TUS PADRES.....	54
G7. 3.- ¿EXTRAÑAS A TUS HERMANOS O DEMÁS FAMILIARES?.....	56
G8. 4.- ¿EXTRAÑAS LA ESCUELA DONDE SOLÍAS IR?.....	58
G9. 5.- ¿EXTRAÑAS A TUS AMIGOS?.....	60
G10. 6.- ¿EXTRAÑAS ESTAR EN TU CASA CON TUS COSAS?.....	62
G11. 7.- ¿CUÁNDO ESTABAS EN CASA TENIAS NORMAS DE ESTUDIO? ...	63
G12. 8.- ¿SOLÍAS AYUDAR CON LOS QUEHACERES EN CASA?.....	65
G13. 9.- ¿TENIAS HORARIOS DE ASEO PERSONAL EN CASA?.....	66
G14. 10.- ¿TE ES FÁCIL CUMPLIR CON LAS REGLAS DE LA INSTITUCIÓN?.....	68
G15. 11.- ¿PELEAS CON OTROS NIÑOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN?.....	69



G16. 12.- ¿ALGÚN NIÑO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN TE HA PEDIDO U OBLIGADO A ROMPER ALGUNA REGLA?.....	71
G17 RESULTADO FINAL NIÑOS EN AIT.....	73

### **ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD**

G18. 1.- HUMOR ANSIOSO.....	77
G19. 2.- TENSIÓN.....	79
G20. 3- MIEDOS.....	81
G21. 4.- INSOMNIO.....	83
G22. 5.- FUNCIONES INTELECTUALES.....	85
G23. 6.- HUMOR DEPRIMIDO.....	87
G24. 7.- SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (musculares).....	89
G25. 8.- SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (sensoriales).....	91
G26. 9.- SINTOMAS CARDIOVASCULARES.....	93
G27. 10.- SINTOMAS RESPIRATORIOS.....	95
G28. 11.- SINTOMAS GASTROINTESTINALES.....	97
G29. 12.- SINTOMAS GENITOURINARIOS.....	99
G30. 13.- SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.....	101
G31 RESULTADO FINAL DE LA PRUEBA.....	102

### **ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN**

G32. 1.-HUMOR DEPRIMIDO .....	107
G33. 2.-SENSACIÓN DE CULPABILIDAD .....	110
G34. 3.-SUICIDIO .....	112
G35. 4.- INSOMNIO PRECOZ.....	114
G36. 5.-INSOMNIO MEDIO .....	116
G37. 6.-INSOMNIO TARDIO .....	117
G38. 7.-TRABAJO Y ACTIVIDADES .....	120

G39. 8.-INHIBICIÓN .....	123
G40. 9.-AGITACIÓN .....	125
G41. 10.-ANSIEDAD PSÍQUICA.....	127
G42. 11.-ANSIEDAD SOMÁTICA.....	129
G43. 12.-SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES .....	131
G44. 13.-SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES .....	132
G45. 14.-SINTOMAS GENITALES .....	134
G46. 15.-HIPOCONDRIA .....	136
G47. 16.-PERDIDA DE PESO .....	138
G48. 17.-INSIGHT .....	139
G49 RESULTADO FINAL DE LA PRUEBA.....	144

### **ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA**

G50. AGRESIÓN VERBAL .....	147
G51. AGRESIÓN FÍSICA CONTRA UNO MISMO .....	149
G52. AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS .....	151
G53. AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OTRAS PERSONAS .....	153
G54 RESULTADO FINAL DE LA PRUEBA.....	156

### **TRASTORNO ADAPTATIVO**

G55. 1.- ¿HA EXPERIMENTADO LA PRESENCIA DE UN FACTOR ESTRESANTE QUE LLEVO A CAMBIAR DE ALGUNA MANERA SU RUTINA .....	159
G56. 2.- ¿EL ACONTECIMIENTO DESCRITO TUVO LUGAR HACE?.....	161
G57. 3.- ¿HA NOTADO ALTERACIÓN EN SU COMPORTAMIENTO O EMOCIONES EN EL ÚLTIMO TIEMPO?.....	163
G58. 4.- ¿HA EXPERIMENTADO VARIACIÓN EN SU ESTADO EMOCIONAL? .....	164

G59. 5.- ¿HA PRESENTADO VARIACIÓN EN SU COMPORTAMIENTO? ....	166
G60. 6.- ¿HA EXPERIMENTADO UN SENTIMIENTO DE INCAPACIDAD PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS? .....	169
G61. 7.- ¿UTILIZA ÚLTIMAMENTE UN LENGUAJE MÁS INFANTIL QUE EL QUE SOLÍA UTILIZAR?.....	170
G62. 8.- ¿PRESENTA DIFICULTADES EN EL HABLA QUE ANTES NO POSEÍA?.....	172
G63. 9.- ¿HA COMENZADO A CHUPARSE EL PULGAR U OTRO DE SUS DEDOS?.....	174
G64. 10.- ¿HA ESTADO PRESENTADO ENURESIS?.....	176
G65. 11.- ¿HA ESTADO PRESENTADO ENCOPRESIS? .....	178
G66 RESULTADO FINAL DE LA PRUEBA.....	180
G67 RESULTADOS DE LOS TIPOS DE TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN..	187

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante principal el determinar si el Acogimiento Institucional Temporal es la causa del apareamiento del trastorno de adaptación en los niños de la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011, partiendo desde la apreciación de las alteraciones a nivel emocional y conductual que los niños inmersos en esta medida de protección presentan habitualmente.

El enfoque del trabajo realizado fue el cuali-cuantitativo, aplicando la investigación bibliográfica-documental y de campo con un nivel de asociación de variables, se trabajó con 37 niños dentro del proceso de Acogimiento Institucional Temporal dentro del periodo descrito encontrando que el 73% de los niños presentan dicho trastorno, por lo cuál se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un “PROGRAMA MULTIMODAL DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN NIÑOS EN ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL” el mismo que se basa en la combinación de dos enfoques teóricos: el cognitivo conductual y el familiar sistémico, con el fin de lograr un tratamiento integral del niño y de su familia durante el transcurso del proceso de Acogimiento Institucional Temporal.

**PALABRAS CLAVES:** TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL.

## INTRODUCCIÓN

Al hablar de un trastorno de adaptación nos estamos refiriendo a un ente clínico que afecta a nivel emocional y conductual al individuo que lo padece. Se da como respuesta a la exposición constante e intensa a un factor estresante que ha cambiado la rutina diaria en el individuo.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en los niños y en los adolescentes ya que su capacidad de resiliencia, su independencia, su personalidad y cognición están aún en desarrollo les es más difícil sobreponerse por sí mismos.

El Acogimiento Institucional Temporal es una medida legal de protección a la niñez y a la adolescencia, otorgada a menores que han sido violentados en sus derechos y que se encuentren en situación de riesgos, viéndose la familia de los mismos imposibilitada de cuidarlos y garantizar sus derechos.

Generalmente los menores que han sido ingresados en un programa de Acogimiento Institucional Temporal han sido víctimas de abuso, explotación, maltrato, cuidados negligentes, etcétera. Lo cual significa que emocional y cognitivamente no presentan factores protectores o de resiliencia que les permita elaborar la vivencia del proceso con normalidad.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Contextualización histórico social:**

##### **1.1.1 Contexto macro:**

Según hace referencia un artículo publicado por el diario Crónicas de la ciudad de Loja (2008), con el tema “Ecuador: maltrato y abuso sexual infantil”. En el Ecuador alrededor del 35% de la población infanto-juvenil sufre de maltrato físico, psicológico o alguna clase de abuso o explotación sexual solamente alrededor del 45% de estos casos son denunciados a las autoridades competentes debido a que comúnmente los infractores son miembros de la propia familia, al ser denunciados estos casos y mientras se realizan las investigaciones y procesos pertinentes los niños ingresan a programas de Acogimiento Institucional Temporal en una institución designada para este fin por las instancias legales correspondientes, a su vez en la ciudad de Loja se maneja un porcentaje del 40% de menores que son violentados de alguna forma en sus derechos teniendo uno de los índices más altos en el Ecuador.

Como consta en un estudio realizado por SIREPANM, con el apoyo del Municipio de Cuenca y el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia la situación de niños y adolescentes institucionalizados en Cuenca, correspondientes al período julio 2006-septiembre 2007, hay 564 menores de edad acogidos en 12 instituciones, de este total, 465 niños y adolescentes se encuentran legalmente bajo el cuidado de la institución, es decir el 82% cuentan con orden Judicial, y no se ha dado este trámite para su ingreso en el 18% de los casos.

Además 212 niños de esta población han sido reinsertados y 62 han sido considerados para un proceso de institucionalización o adopción, informó Priscila Sánchez, coordinadora del Equipo Base de Seguimiento y Reinserción Familiar.

En relación a la provincia, el mayor porcentaje corresponde al Azuay con el 68%, apreciándose una elevación con relación a la línea base 2006, seguido de Morona Santiago con el 10%, Cañar 7 %, y Pichincha 3%, que ocupan los porcentajes más altos.

Autor (2011), el trastorno de adaptación se da como una alteración emocional y conductual que interfiere con el desenvolvimiento en la vida diaria del niño y aparece en periodos posteriores a un cambio significativo dentro de la vida del menor. Las manifestaciones clínicas de este trastorno son muy variadas e incluyen el humor depresivo, ansiedad, preocupación, manifestaciones considerables de violencia etc. Los eventos o factores estresantes por los cuales se puede presentar el trastorno de adaptación pueden ir desde un catástrofe natural, pérdidas, separaciones, cambios de ambiente educativo, cambio de residencia etc. por lo cual no existen publicaciones determinantes sobre los niveles de incidencia de este trastorno dentro de la población infanto-juvenil. Al estar hablando de un proceso de acogimiento institucional temporal, sin duda alguna constituye como un evento altamente estresante y que marca un cambio total en la vida del niño por lo cual se considera una alta probabilidad de apareamiento de un trastorno de adaptación en los niños que viven este proceso.

### **1.1.2 Contexto meso:**

Como muestran datos manejados por la Junta Cantonal de la Niñez y de la Adolescencia de Ambato en la provincia de Tungurahua (2011), se maneja una proyección estadística de alrededor de 300 niños que son insertados en programas de acogimiento institucional temporal por no presentarse garantías en su cuidado o por ser víctimas de maltrato, explotación o abuso sexual. Estos casos son designados por las instancias legales pertinentes entre las instituciones: Mi Tambo, Jóvenes para el Futuro, el Hogar Santa Marianita de Jesús, Proyecto Salesiano granja Don Bosco y la Fundación Danielle Children`s Fund Ecuador según los periodos evolutivos de los

infantes, las características de funcionamiento de cada institución o la capacidad física y humana de cada una de estas.

Acorde con los datos facilitados por el señor Eduardo Hidalgo director de la Fundación Jóvenes para el Futuro, dentro de su programa “Casa Familia” (programa de acogimiento institucional temporal), atienden de 4 a 6 niños por mes proyectándose recibir para el año 2011 a un promedio de 60 niños dentro de este programa. Los niños que son atendidos en el programa Casa de acogida temporal interactúan de manera activa, en varios casos junto a sus familiares dentro de los varios programas que presenta la institución como son Escuela popular Isabel Vásquez, comedor y el programa Desarrollo, Liderazgo y Participación Ciudadana.

El proyecto Salesiano granja Don Bosco de la ciudad Ambato Ecuador brinda su atención en el programa de Acogimiento Institucional Temporal según menciona el Psc. Cli. Paul Aguilar psicólogo de la institución alrededor de 60 niños y adolescentes anualmente encontrándose a la fecha de la entrevista (28-10-2010) 23 niños y adolescentes varones internados en este programa, según refiere Aguilar se atienden preferentemente varones y usualmente es mucho mayor el número de adolescentes que de niños dentro de este programa en la institución.

El hogar santa Marianita de Jesús en Ambato Ecuador ofrece su atención y servicio a la sociedad tungurahuese especialmente en la atención a niños en proceso de adopción acogiéndolos desde meses de nacidos hasta la adolescencia. La institución ofrece también en su servicio la acogida institucional temporal recibiendo a niños que se encuentran en situación de riesgo según manifiesta la Lic. Eulalia Vascones directora del hogar en la institución se atienden alrededor de 20 niños a la vez siendo de estos un número menor los que se encuentran en situación de acogimiento institucional temporal atendiendo un promedio de alrededor de 40 niños anualmente.

La fundación mi Tambo presta la atención a niños y adolescentes en situación de riesgo teniendo como población de trabajo a niños desde su primera infancia hasta la mayoría de edad en situación legal de acogimiento institucional temporal, según



refiere un artículo publicado en la página web del ONFIE (consorcio de organizaciones no gubernamentales a favor de la familia e infancia Ecuatoriana) la institución atiende un promedio de 50 niños anualmente.

Autor (2011), al ser los niños ingresados a programas de acogimiento institucional temporal bajo orden legal por protección de sus derechos o por garantía de su seguridad y al haber sufrido maltrato físico y psicológico, cuidado negligente, explotación o abuso sexual, se refiere a individuos que presentan gran inestabilidad emocional, autoestima baja; además se debe considerar que la misma intervención legal y proceso de separación de sus familias de origen e internamiento en instituciones legalmente designadas significa un factor altamente estresante se trata de una población sensible y muy proclive de desarrolla un trastorno de adaptación.

### **1.1.3 Contexto micro:**

Acorde refiere Martine Van der Hoeven presidenta de la Fundación Danielle Children`s Fund Ecuador el centro del niño y su familia CNF colabora con las instituciones gubernamentales de la provincia de Tungurahua en el campo de la protección de la niñez y de adolescencia. CNF ofrece dos programas para la atención a la ciudadanía, el programa de Servicios Familiares Sistémicos el cual trabaja junto a la familia mediante la utilización del enfoque sistémico en los campos de la Psicología y el trabajo social, estas familias son contactadas mediante las instancias legales pertinentes para investigación y trabajo en casos de situación infantil de riesgo pero que no ameriten ser considerados para un acogimiento institucional temporal. El segundo programa es el de Acogimiento Institucional Temporal AIT en el cual se atienden a niños en alta situación de riesgos separados temporalmente de sus familias bajo orden legal designados por las instancias legales pertinentes.

En la institución se maneja una proyección estadística de más o menos 60 niños anuales que serán recibidos temporalmente dentro del programa de acogimiento institucional temporal con un máximo de 12 a 15 niños a la vez debido a las características y capacidades de funcionamiento y operación de la institución.

En entrevista con el Dr. Estuardo Paredes, director de la fundación Danielle Children´s Fund Ecuador menciona que:

“Las alteraciones emocionales y conductuales de los niños que se encuentran internados en el programa de acogimiento institucional temporal son muy frecuentes y representan uno de los principales temas de abordaje terapéutico, el efecto en el área afectiva y conductual de los niños que ingresan a este programa es significativo presentando cambios o alteraciones evidentes en cuanto a estas áreas se refieren”.

Dentro de la población estudiada y la información obtenida de los archivos de la institución se puede apreciar alteraciones en el funcionamiento diario de los niños que bajo un estudio y trabajo clínico podrían ser consideradas como síntomas de la presencia de un trastorno de adaptación como también lo manifiestan los profesionales del equipo técnico con el que cuenta la institución “la frecuencia de estas alteraciones dentro de los niños institucionalizados es muy alta”.

Según manifiesta en entrevista el Psicólogo Clínico Fabricio Guerrón terapeuta del equipo técnico de la institución.

“Al ser internados los niños en el programa de Acogimiento Institucional Temporal es posible evidenciar en ellos una alta afectación emocional lo cual incide en una perturbación conductual debido a las características mismas del proceso, sin duda alguna es importante considerar que este proceso se da posteriormente a un evento de violentación de sus derechos sea aislado o sostenido por lo cual los niños ya presentan una afectación en el área psico – afectiva mucho antes de su ingreso en la institución. Dentro del abordaje terapéutico de estos niños se puede evidenciar alteraciones específicas a nivel afectivo como son alteraciones ansiógenas consideradas entre estas especialmente inquietud motora, presencia

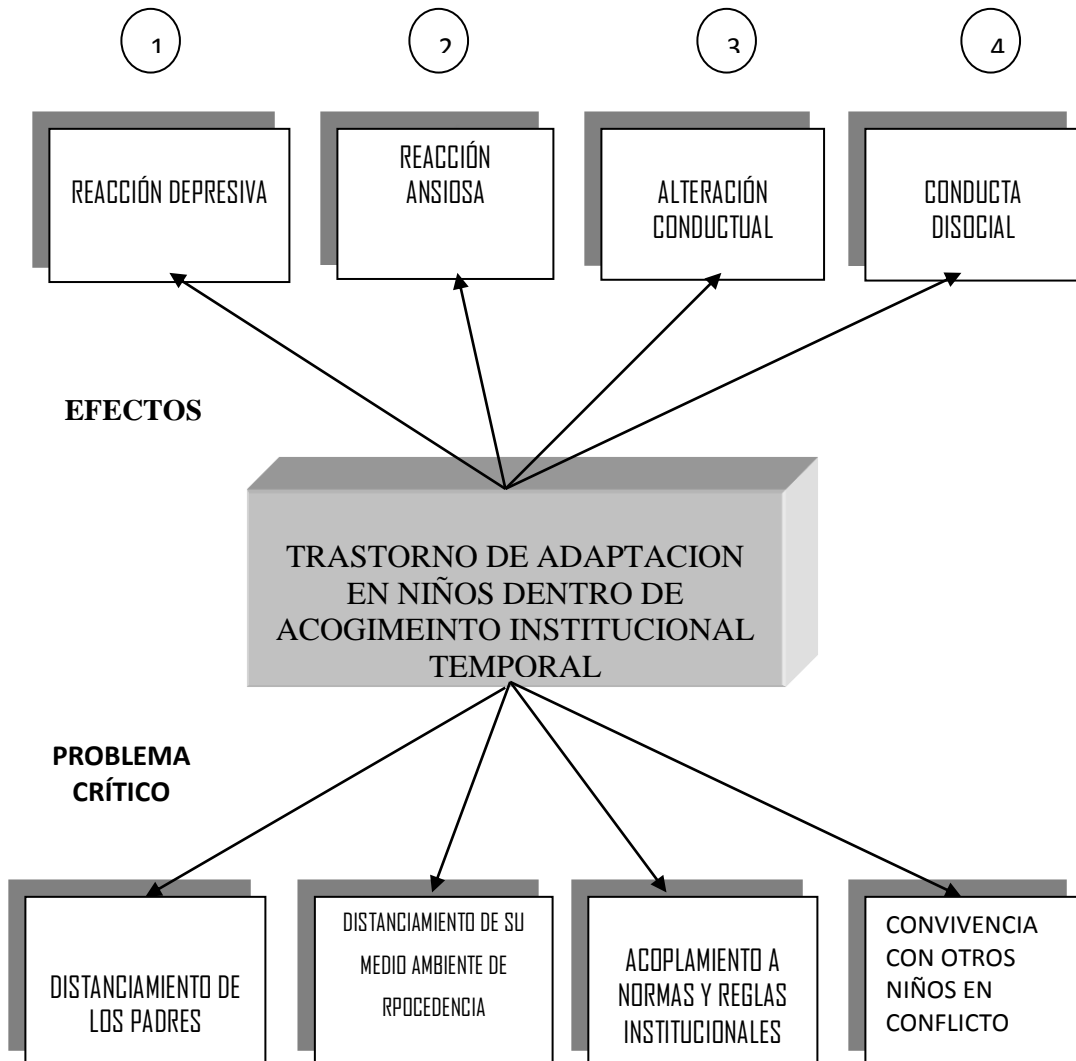
de enuresis, encopresis, hiperhidrosis; se presentan también alteraciones depresivas en las cuales se evidencian niños sumamente retraídos, cabizbajos, poco activos y comunicativos. Se presentan también importantes alteraciones a nivel conductual como presencia de agresiones directas entre pares, falta a la figura de autoridad, resistencia al cumplimiento de normas y reglas de la institución. En la mayoría de los caso por los antecedentes y características de sus familias de origen la gran mayoría de niños ingresan con alteraciones previas las cuales en un alto porcentaje son acentuadas dentro del proceso de acogimiento”.

En entrevista la Psicóloga Clínica Fanny López terapeuta de la institución manifiesta que.

“Generalmente las alteraciones a nivel afectivo y conductual en los niños en acogimiento institucional temporal se dan según explica por su experiencia en atención clínica al respecto principalmente como una forma de expresión del infante de su estado alterado al sentirse separado forzosamente de sus figuras representativas siendo estas alteraciones la forma mas viable que encuentran para desfogar tensiones, estos efectos al proceso significan un punto referencial en el proceso terapéutico, se podría decir en base a la experiencia en la atención a los niños en este centro que alrededor de 90% de los niños ingresados al programa de acogimiento institucional temporal presentan alteraciones considerables a nivel emocional y conductual al pasar por este proceso”

## ÁRBOL DE PROBLEMAS:

Grafico # 1



## **1.2 Análisis crítico:**

El acogimiento institucional temporal es una medida legal de protección hacia la niñez en casos de riesgo, en los cuales los niños no pueden ser atendidos de forma adecuada por sus padres, familiares, tutores o personas responsables.

Esta medida legal se encuentra dictada en el código de la niñez y de la adolescencia específicamente en el apartado de derechos de protección.

Este proceso de separación de sus familias de origen puede significar para el niño un factor altamente estresante y traumático por lo cual se consideró prudente hablar de la presencia de un posible trastorno de adaptación.

Al hablar de un trastorno adaptativo se debe considerar que se trata de un desajuste a nivel emocional y conductual producido por la presencia de un factor estresante de nivel psicosocial identificable, el estresor puede ser único o múltiple, recurrente o continuo, leve o severo, común o extraordinario; siendo los más comunes: problemas familiares, pérdidas y separaciones (cambio de casa, colegio, etc.), experiencias de abuso físico y sexual, enfermedades, catástrofes naturales, accidentes, etc.

Este trastorno conlleva una merma en el funcionamiento del niño o adolescente (problemas con pares, dificultades en el rendimiento escolar, malestar individual, etc.). Esta reacción ocurre dentro de los 3 meses desde que se presenta el estresor y cede dentro de los 6 meses posteriores a la desaparición de éste (trastorno adaptativo agudo) Si persiste por más de 6 meses, puede tratarse de un estrés crónico, o bien, haber provocado consecuencias duraderas (trastorno adaptativo crónico).

La presencia de este trastorno en niños y adolescentes es muy común, debido a que se trata de una reacción ante un factor estresante que se puede ubicar en una gama muy amplia con el factor común de que altere la rutina, seguridad o forma de vida de quien lo padece.

Las características de este trastorno conductual en forma individual pueden variar desde reacciones depresiva o ansiosas hasta llegar a una alteración conductual disocial, siendo en cualquiera de sus expresiones o afectaciones un cambio significativo en el funcionamiento del niño o del adolescente en todas o varias de sus esferas de desenvolvimiento.

### **1.3 Prognosis:**

En caso de no ser atendido un trastorno de adaptación producido por un proceso de Acogimiento Institucional Temporal este puede ocasionar graves alteraciones en sus emociones o conductas causando problemas como descenso en su rendimiento académico, problemas de relación entre sus pares, alteración en la relación con sus familias, dificultad en el seguimiento y acatación de normas y reglas, estados ansiosos depresivos o mixtos, presencia de actitudes o conductas regresivas, estancamiento del desarrollo, trastornos de la eliminación, disfemia nerviosa etc.

### **1.4 Formulación Del Problema:**

¿Es el Acogimiento Institucional Temporal la causa del apareamiento del trastorno de adaptación en los niños de la Fundación Danielle Children´s Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011?

### **1.5 Preguntas Directrices:**

¿Cuál es la característica del proceso de Acogimiento Institucional Temporal que afectan con mayor frecuencia a los niños de la población investigada?

¿Qué tipo de trastorno de adaptación es el de mayor prevalencia en la población señalada?

¿Es factible desarrollar una propuesta de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de la problemática planteada?

## **1.6 Delimitación Del Problema:**

### 1.6.1 Delimitación del contenido:

CAMPO: Psicología Clínica

ÁREA: Trastorno de Adaptación

ASPECTO: Acogimiento Institucional Temporal.

### 1.6.2 Delimitación espacial:

Esta investigación se realizó con los niños del programa de Acogimiento Institucional Temporal de la Fundación Danielle Children´s Fund Ecuador.

### 1.6.3 Delimitación temporal:

Este problema fue estudiado en el periodo comprendido entre Diciembre 2010 y Septiembre 2011.

## **1.7 Justificación:**

El interés por la presente investigación nació a partir de mi experiencia personal en prácticas pre profesionales y posteriormente laborales en la Fundación Danielle Children´s Fund Ecuador en cuanto pude observar la importante afectación presente en los niños de la población ya anteriormente señalada a nivel afectivo y conductual, representando esto una dificultad significativa en el manejo y cuidado del niño y también en el desarrollo de su proceso terapéutico personal, significando también un factor preocupante en las familias de los niños acogidos y de los profesionales que laboran en la institución.

El tema a investigar es de suma importancia debido a que se trata de identificar la posible presencia de un trastorno de entidad clínica, que afecta a un grupo vulnerable y puede retrasar y complicar la atención psicoterapéutica o recuperación del niño

además de que su presencia puede significar para el niño la vivencia de una situación altamente traumática.

Esta investigación se realizó con el firme propósito de contribuir de alguna manera en el tratamiento del trastorno de adaptación en los niños que se encuentran en un proceso de acogimiento institucional temporal dentro del área de psicología clínica considerando la delicadeza del agente estresor.

El principal aspecto novedoso de esta investigación es estudiar la aparición de un trastorno de adaptación en niños en acogimiento institucional temporal ya que el tratamiento psicoterapéutico que generalmente reciben se centra principalmente en el aspecto por el cual el niño ha sido considerado por la instancia legal pertinente para este proceso (causa de origen) y muchas veces no se enfoca en los efectos de este proceso sobre el niño.

Su importancia científica es netamente conseguir un mejor tratamiento y atención al estado del niño en su proceso de Acogimiento Institucional Temporal.

Esta investigación fue factible debido a que se contó con el apoyo institucional de la fundación Danielle Children's Fund, tanto con el soporte y aprobación de la directiva y de la dirección al permitir trabajar directamente con la población señalada para la investigación así como el soporte teórico y técnico de los profesionales que integran el equipo de trabajo de la institución anteriormente señalada.

Por lo tanto la presente investigación es original dentro del contexto estudiado, contando con la voluntad y tiempo del investigador.

## **1.8 Objetivos:**

Objetivo General:

Establecer una relación de causa y efecto entre el proceso de Acogimiento Institucional Temporal y el apareamiento del trastorno de adaptación en los niños de



la Fundación Danielle Children´s Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011.

Objetivos Específicos:

- Determinar cuál es la característica del proceso de Acogimiento Institucional Temporal que afecta con mayor frecuencia a los niños de la población investigada.
- Investigar el tipo de trastorno de adaptación de mayor prevalencia en la población señalada.
- Realizar una propuesta de intervención psicoterapéutica que pueda ser aplicada para tratar la problemática planteada.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 Investigaciones previas:

De lo que se conoce no existe ningún trabajo de investigación realizado sobre el tema específico que se propone. Tanto en la Biblioteca de la Universidad Central como de la Pontificia Universidad Católica de la ciudad de Quito, de igual forma no se encontró una tesis de igual o de similar tema, dentro del listado de tesis realizadas en la Universidad Técnica de Ambato – Facultad de Ciencias de la Salud – carrera de Psicología Clínica; por tal motivo a continuación se citan investigaciones en alguna forma relacionadas con las variables propuestas que han sido un aporte teórico científico para esta investigación.

ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA LINGÜÍSTICA DE LA ADAPTACIÓN, PERSONAL, SOCIAL, ESCOLAR Y FAMILIAR EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ACOGIDA,

Maria Elena Garcia-Baamonde Sánchez, 2008, Universidad de Extremadura.

Concluye que: “Cuando un niño no tiene dominio suficiente de la habilidades verbales necesarias para relacionarse puede interaccionar socialmente como lo hacen los demás. Esta incapacidad puede derivar fácilmente en una mala adaptación al entorno y por tanto en alteraciones comportamentales o emocionales.. Tanto en el desarrollo del lenguaje como en el emocional y social la familia puede desarrollar un papel favorecedor o entorpecedor, en ella comenzamos a aprender la forma de interaccionar con los demás y el uso de expresiones concretas de lenguaje”.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL ENTORNO POLÍTICO, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y OPCIONES DE CUIDADO ALTERNATIVO Y PREVENCIÓN DE NIÑOS EN INSTITUCIONES, The International Save the Children Alliance, 2006.

El estudio identificó diferencias significativas en los entornos normativos y reglamentarios relativos a los niños en las instituciones. Los registros del gobierno para el número de instituciones y el número de niños que viven en instituciones se redujo drásticamente por debajo del número realmente observado. Aproximadamente la mitad de los niños fueron internados en instituciones porque sus familias eran pobres. Sólo el 8% de los niños huérfanos de ambos padres, la separación de los padres que viven es un factor crítico para muchos niños y niñas institucionalizados. 40% de los niños habían estado viviendo en casas de más de 3 años (la estancia máxima permitida). 33% de los niños fueron colocados fuera de su provincia natal, intencionadamente interrumpir los vínculos con sus familias. Por otra parte, las condiciones de vida en los hogares del Estado eran muy pobres y el personal no estaban calificados para atender a los niños, especialmente aquellos con discapacidades. Propias respuestas de los niños indicaron que sentían que viven en hogares socavó su sensación de privacidad, individualidad y dignidad.

USO EXCESIVO DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE NIÑOS EN EUROPA  
Kevin Browne, Rebecca Johnson, OltergrenMikael, 2006, Centro de psicología Forence y de la Familia de la universidad de Birmingham.

La atención institucional en detrimento del desarrollo cognitivo, conductual, emocional y social de los niños. Tiene un impacto duradero sobre el desarrollo conductual y social. Por lo tanto, la atención institucional de los niños menos de 3 años pueden tener efectos negativos sobre el funcionamiento de los nervios en este período crucial del desarrollo del cerebro.

OPCIONES PARA LOS NIÑOS EN ETIOPIA A TRAVÉS DEL ENTENDIMIENTO INSTITUCIONAL DE CUIDADO INFANTIL Y FACTORES DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN, FamilyHealth International, 2010, Ministerio de asuntos de la Mujer, Etiopia, UNISEF.

El desarrollo de nuevas instituciones de atención infantil no gubernamentales se ha incrementado en los últimos años, pero el desarrollo de otras opciones de cuidado no ha crecido al mismo ritmo.

Atención de calidad se ve comprometida en muchas instituciones de atención infantil, debido a los limitados recursos financieros, la falta de supervisión, y el conocimiento mínimo sobre los problemas del desarrollo infantil.

Los niños que residen en instituciones son objeto de discriminación por parte de miembros de la comunidad, tienen problemas psicosociales, y frecuentemente son sometidos a maltrato físico, sexual, psicológico y a la explotación.

Los niños que abandonan la institución con frecuencia sienten que no tienen las habilidades necesarias para hacer frente a la vida fuera de la institución. ión institucional.

## **2.2 Fundamentación**

### **2.2.1 Fundamentación Filosófica.**

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación psicológica que se fundamente en el trabajo a nivel cognitivo, afectivo, conductual y sistémico.

Es crítico porque cuestiona el abordaje psicoterapéutico en el acogimiento institucional temporal, ya que generalmente este se centra en las causas por las que el niño a sido considerado para este proceso y deja de lado los efectos que se producen o pueden producirse en los niños.

Es propositivo porque a su debido tiempo se elaborara una propuesta de solución a la problemática planteada que logre reducir la sintomatología, fortalecer la resiliencia de los niños y disminuir la probabilidad de presencia de un trastorno de adaptación mediante la construcción de una relación funcional intersistémica entre la institución

la familia y el niño, a más de construir un ambiente netamente favorable para el mismo.

### 2.2.2 Fundamentación Epistemológica.

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara hacia una positiva asimilación proyectiva de la situación y el tratamiento.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia el tratamiento de niños en programas de acogimiento institucional temporal que presenten un trastorno de adaptación

### 2.2.3 Fundamentación Sociológica.

La investigación se basa en la teoría del materialismo dialectico debido a que las variables propuestas interactúan y se afectan una a la otra. De tal forma que a partir de los conocimientos científicos derivados de este proceso de investigación, se tiene la firme intención de modificar la variable independiente para reducir la posibilidad de que aparezca o se intensifique la variable dependiente. Consiguiendo así un cambio directo sobre la problemática planteada y a su vez un cambio en el ambiente en el cual se desarrolla el problema.

### 2.2.4 Fundamentación Psicológica.

Este trabajo se fundamente en la utilización del modelo teórico Cognitivo-Conductual siguiendo un enfoque Sistémico donde se encuentra básicamente la relación entre cognición, afecto, conducta y la interrelación familiar e intersistémica. Estos enfoques brindan un conjunto de técnicas que pueden ser aplicadas en el tratamiento de pacientes con trastorno de adaptación y sus familias. Dentro de la aplicación clínica la utilización de sus técnicas permite al profesional ofrecerle un proceso terapéutico al paciente que no dure mucho tiempo, que le garantice resultados específicos, que

trabaje en el aquí y en el ahora y que se centre en su propósito, además de un trabajo sostenido con las familias y personal de la institución que estén en contacto con el niño a lo largo del proceso de acogimiento institucional temporal.

#### 2.2.5 Fundamentación Axiológico.

Se basa en el tratamiento integral del niño, de sus familias y de las personas que rodean al niño durante el proceso de acogimiento institucional temporal para garantizar la menor afectación posible y promover un estado saludable y adecuado del niño para el abordaje psicoterapéutico individualmente según su necesidad.

#### 2.2.6 Fundamentación Legal.

Según describe lo constituido por la asamblea general de las Naciones Unidas el 10 de Diciembre de 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Como extracto de esta declaración se toma aquellos artículos que mantienen relación directa hacia el motivo de investigación:

- Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
- Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
- Artículo 5: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

- Artículo 7: Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
- Artículo 8: Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.
- Artículo 16: 3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

La asamblea general de la ONU aprueba en 1959 la Declaración de los Derechos del Niño, y ratifica lo dispuesto seis años antes que el Fondo Internacional de Emergencia de la Naciones Unidas para los niños (UNICEF) sea el organismo especializado y permanente para la protección de la infancia. Entre los artículos relacionados al temas de investigación descritos en esta declaración se tiene:

- Los niños tienen derecho a la vida.
- Los niños tienen derecho al juego.
- Los niños tienen derecho a la libertad y a compartir sus puntos de vista con otros.
- Los niños tienen derecho a dar a conocer sus opiniones.
- Los niños tienen derecho a una familia.
- Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.
- Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.
- Los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.
- Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura.
- Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación.
- Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.
- Los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.
- Los niños tienen derecho a la alimentación, la nutrición y las onces.

- Los niños tienen derecho a vivir en armonía.
- Los niños tienen derecho a la diversión.
- Los niños tienen derecho a la libertad.
- Los niños tienen derecho a la salud.
- Los niños tienen derecho a no ser discriminados por sexo, credo, etnia o ideología.

La Constitución vigente en el Ecuador, aprobada mediante referéndum del 28 de septiembre del 2008, consagra los derechos para este grupo dentro del capítulo tercero que nos habla de las personas y grupos de atención prioritaria. Es así que en el art. 44 de la Constitución se establece como obligación del estado brindar protección, apoyo y promover el desarrollo integral, de Niños Niñas y Adolescentes, proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, en el Título tercero, hace referencia de una manera más detallada sobre los derechos, garantías y deberes:

**Derechos de Protección:**

- A la integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. se prohíben los tratos crueles, degradantes o tortura.
- A la libertad personal, dignidad, autoestima, reputación, honor e imagen propia.
- Los hijos e hijas de personas privadas de la libertad, que no gocen de su medio ambiente familiar, el Estado deberá brindarles protección y asistencia especial.



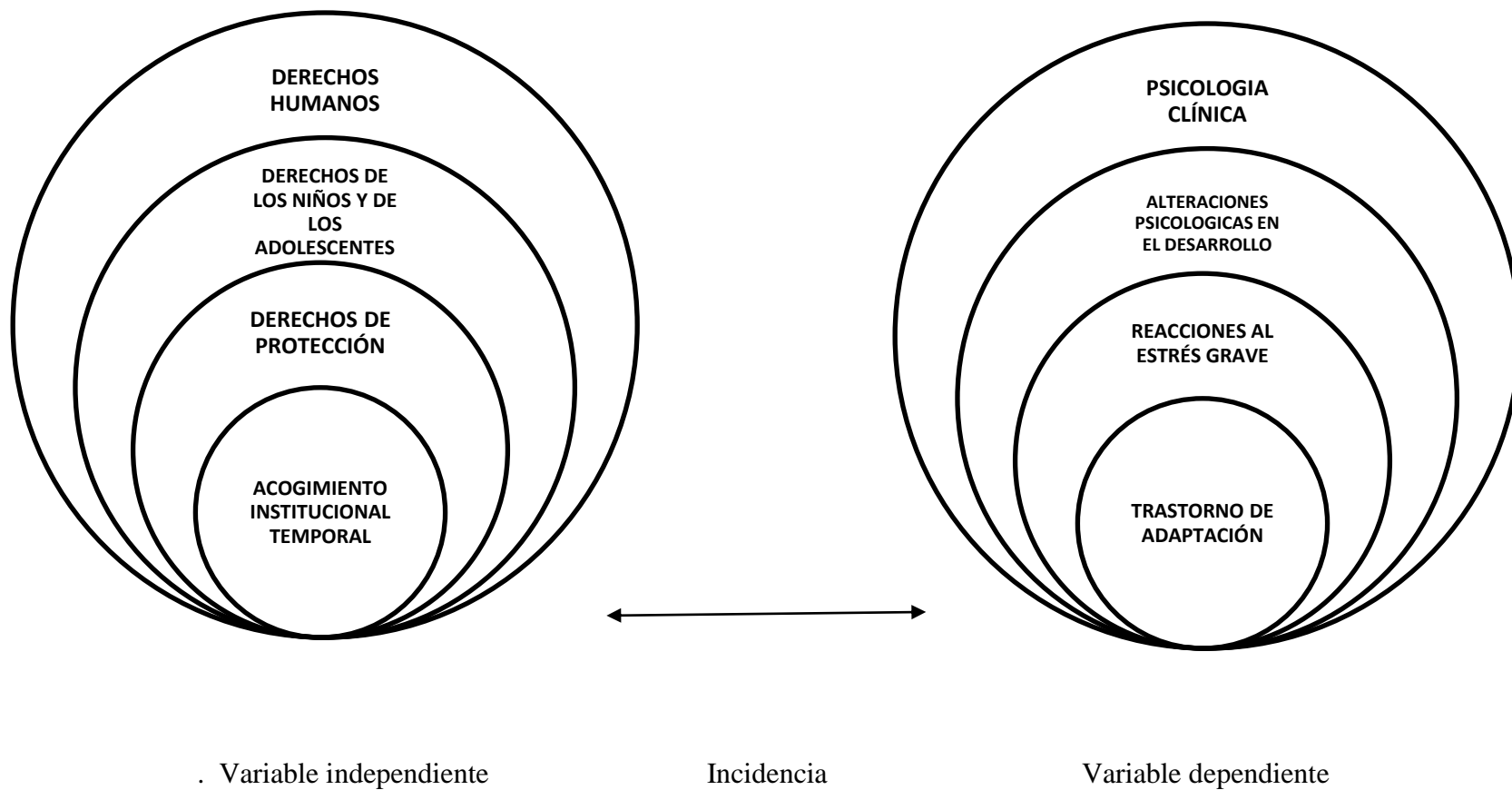
Según lo marcado por el código de la niñez y de la adolescencia en el Ecuador Todo niño tiene derecho a:

- A que se dicten medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, descuido o trato negligente, maltrato o explotación, perjuicio o abuso sexual.
- A que tales medidas no sólo sean sancionadoras, sino eficaces para la protección y prevención.
- A que, en caso de estar privado de su medio familiar, reciba protección y asistencia del Estado, atendiendo a la continuidad posible en la vida del niño con su origen étnico, formación cultural, lingüística y religiosa.
- A que, en caso de ser refugiado, el niño goce de todos sus derechos que establece esta Convención, para los cual los Estados cooperarán para que el niño restablezca lazos con sus padres y familiares.
- A ser protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier actividad que pudiese entrañar peligro o que entorpezca su educación, salud y desarrollo.
- A ser protegido contra todas las formas de abuso y explotación sexuales.
- A ser protegido contra el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin.
- A ser protegido contra toda forma de explotación que perjudique cualquier aspecto de su bienestar.
- A no ser sometido a tortura, pena capital ni prisión perpetua.
- A no ser privado de su libertad ilegal y arbitrariamente. La detención será el último recurso y por el tiempo más breve que proceda.
- A ser tratado con respeto y humanidad, aun en caso de detención.
- A tener pronto acceso a asistencia jurídica en caso de ser detenido.
- A ser protegido en caso de conflictos armados.
- A que los Estados beligerantes no utilicen a los niños menores de 15 años, procurando dar prioridad a los mayores.

- A que en caso de ser acusado o declarado culpable de infringir leyes penales se le dé un trato que fortalezca su respeto por los derechos humanos, a fin de promover su reintegración constructiva a la sociedad.
- A dictar leyes y procedimientos que tengan al niño como sujeto de derechos otorgándole todas las garantías legales.
- A no sufrir una medida restrictiva de su libertad a menos que haya sido declarado culpable de un delito grave.
- A que la privación de libertad sea en casos excepcionales y como última ratio debiéndose contemplar otras medidas tales como: asesoramiento, incorporación a programas de enseñanza y formación profesional o libertad vigilada entre otro.

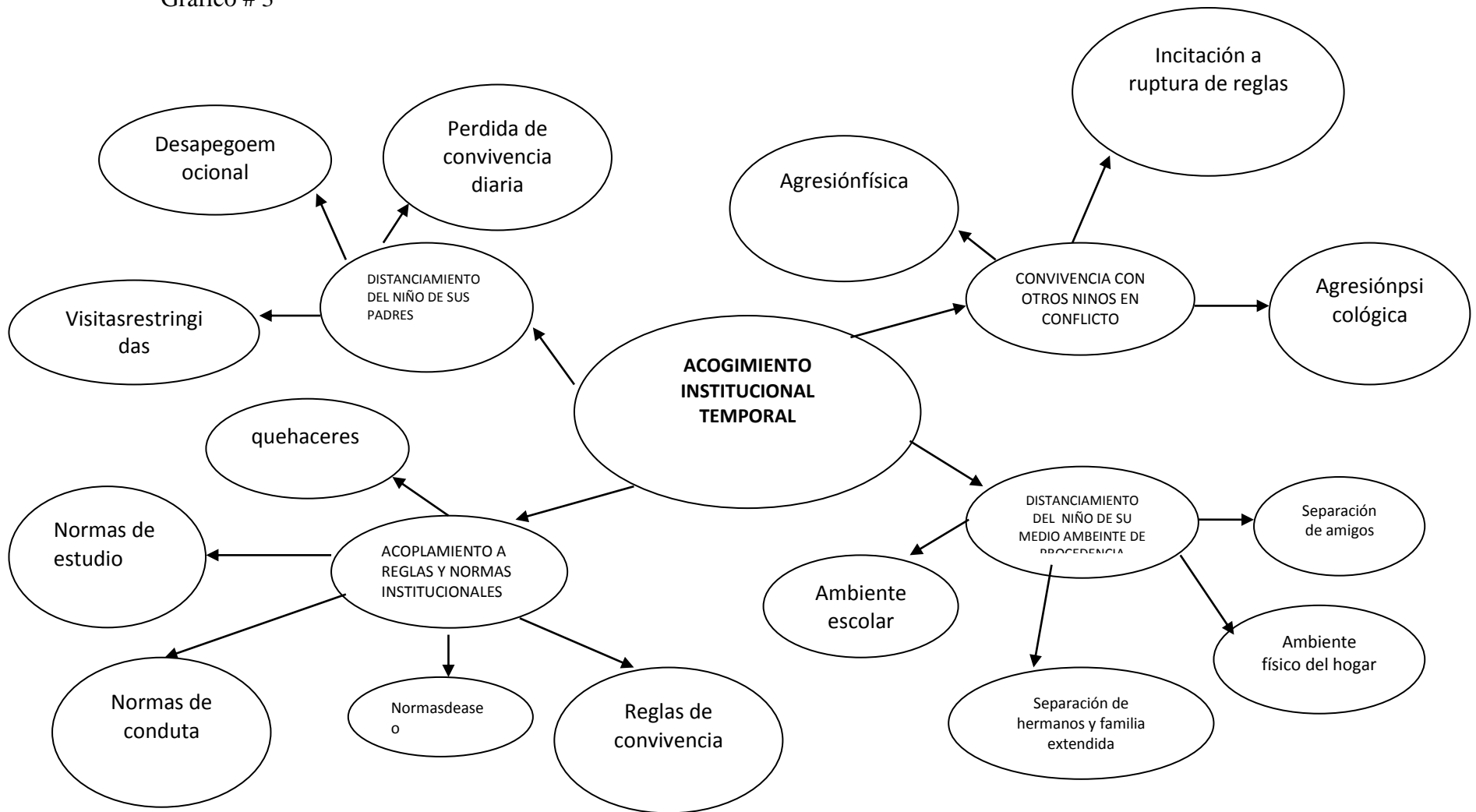
## RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES

Gráfico # 2



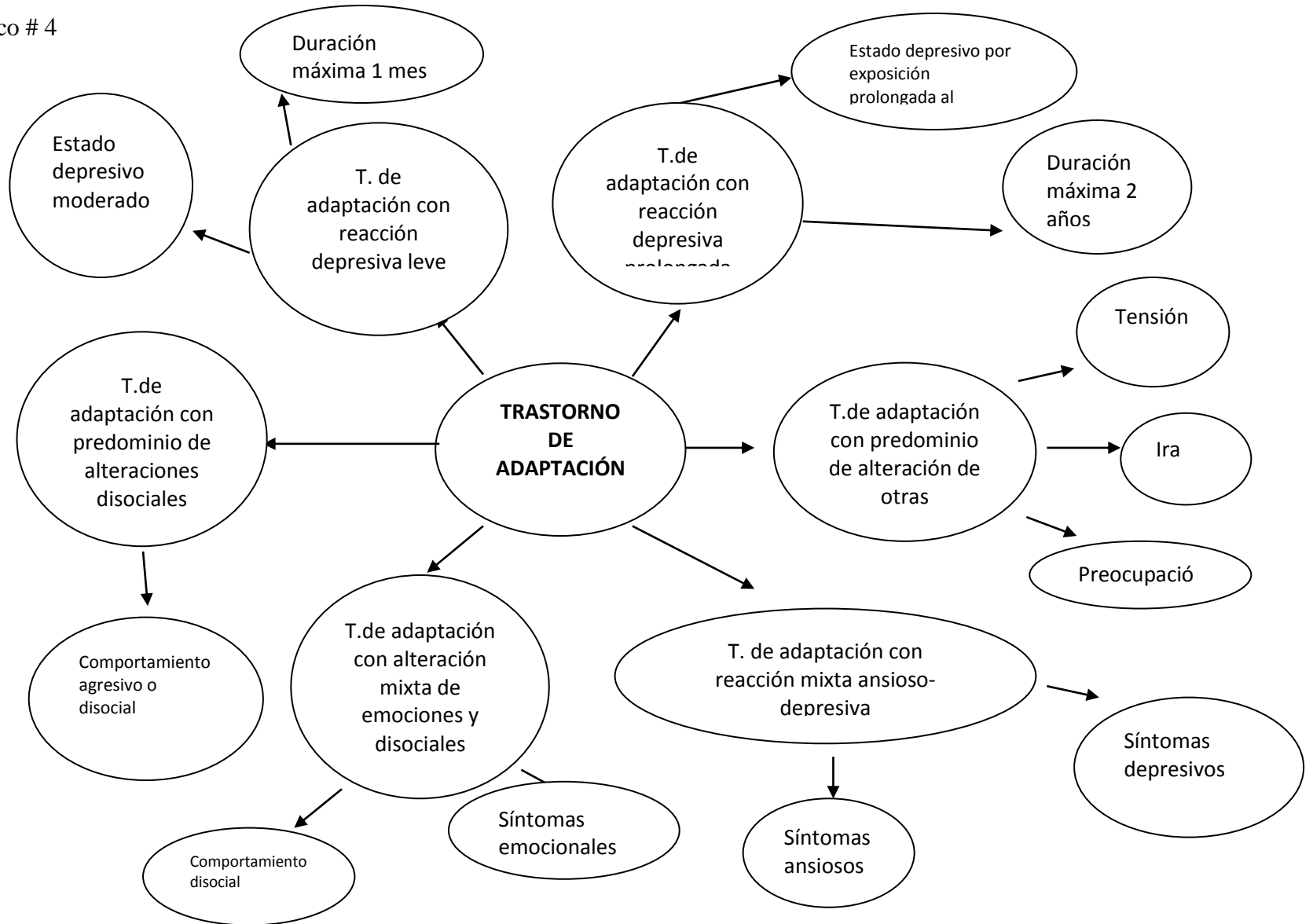
## CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Gráfico # 3



## CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Gráfico # 4



### **2.3 Categorías Fundamentales**

\* Acogimiento institucional temporal:

Para conceptualizar la variable independiente se han citado los derechos humanos, los de la niñez y la adolescencia y los derechos de protección dentro de la fundamentación legal por lo cual se conceptualizara a partir de una breve descripción del acogimiento institucional temporal según estos tratados.

El programa de acogimiento institucional temporal es una medida de protección legal hacia el niño y el adolescente dictada dentro de los derechos de protección que constan en el código de la niñez y de la adolescencia de la constitución vigente de la República del Ecuador. A su vez estas leyes locales son respaldadas a nivel internacional puesto que son amparadas dentro de los derechos del niño, y los derechos humanos dictados por la Organización de las Naciones Unidas ONU.

Los niños y adolescentes que son considerados para este proceso provienen de hogares en los cuales han sido violentados en sus derechos básicos como son: cuidado negligente, maltrato psicológico, maltrato físico, abuso o explotación sexual, etc. Y que se ha verificado que quedándose dentro del seno familiar se encuentran en constante riesgo.

Según las características de cada caso considerando individualmente la autoridad pertinente puede determinar si el niño o el adolescente necesita de un proceso de acogimiento institucional temporal o de institucionalización.

El programa de acogimiento institucional temporal (AIT) de la Fundación DanielleChildren'sFund Ecuador se basa en la recepción y atención de casos derivados por la Junta Cantonal de la niñez y de la adolescencia de Ambato, Juzgados de la niñez o intervenciones directas de la DINEPEN, los cuales son asignados a la institución para que se realicen las investigaciones y tratamientos pertinentes. Los

niños que son ingresados a este programa permanecen internados en la institución hasta que el juez competente dicte la orden de reinserción familiar posterior a la recepción de informes positivos provenientes de la institución. Las familias que se encuentran e este proceso deben adquirir un compromiso firmado según los estatutos de la institución comprometiéndose a realizar el tratamiento determinado así como seguir las recomendaciones dadas por el personal técnico para cumplir las garantías de cuidado apropiado de los infantes y garantizar su seguridad.

Las familias son permitidas de realizar visitas controladas, supervisadas y planificadas al niño interno según sea pertinente en cada caso, debido a que según la filosofía de trabajo de la institución se procura fortalecer los lazos familiares y afectivos como mecanismo de tratamiento que promueva la funcionalidad y el apego familiar.

Dentro del programa se cuida de atender las necesidades del niño como son el cumplimiento de sus necesidades básicas, tratamientos médicos, psicológicos, odontológicos, educativos y demás con el fin de garantizar su seguridad.

El proceso de acogimiento institucional temporal conlleva una serie de cambios en el desarrollo de la vida diaria del niño, según lo marcado en el estudio de la problemática planteada se consideran cuatro puntos específicos.

- a) El distanciamiento del niño de sus padres.- Este factor del proceso de acogimiento institucional temporal crea una sensación de soledad y de abandono en el niño que a pesar de encontrarse dentro de un ambiente seguro esta fuera del seno familiar. Esto implica una serie de restricciones en cuanto a tiempo de contacto, convivencia, expresión y comunicación. El contacto con sus progenitores es restringido y programado debido a las características mismas del proceso los familiares se ven regidos a la indicación del personal técnico de la institución en cuanto a horarios, tiempos y actividades que pueden cumplir con los niños siendo estas siempre bajo supervisión del personal, ocasionando muchas veces un ambiente impersonal en el desarrollo

de la relación paterno filial. La convivencia de los padres con sus hijos de igual forma se ve totalmente restringida puesto que el niño cumple con una rutina diaria dictada por los estatutos de la institución lo cual no permite el compartimiento de actividades diarias cotidianas como son actividades estudiantiles, realización de tareas, alimentación, etc. En cuanto a la expresión y comunicación esta se resume al contacto durante las visitas programadas de los padres a los niños lo cual muchas veces deja espacios sin tratar dentro de la relación debido a la medida del tiempo.

- b) El distanciamiento del niño de su medio ambiente de procedencia.- en el cual el niño enfrenta la separación de sus hermanos, otros familiares, el ambiente físico de su hogar, distanciamiento del medio ambiente educativo. En detalle cada una de las pérdidas que el niño debe asimilar al ser vinculado en el proceso de acogimiento institucional temporal marca un cambio considerable en el desarrollo de su día a día. Dentro del proceso el niño extraña directamente a las personas y a los espacios que estaban involucrados en su vida anteriormente. Teniendo que acostumbrarse generalmente sin preparación previa a personas y lugares nuevos, ya que debido al funcionamiento de la institución muchas veces el contacto con la familia extendida y amigos esta restringido, y por motivo de practicidad en el cumplimiento de las necesidades de cada uno de los niños que se encuentran en el programa son generalmente cambiados de institución educativa.
  
- c) Acoplamiento a reglas y normas institucionales.- dentro de la institución a partir de su ingreso el niño debe seguir las pautas marcadas por los estatutos como son las normas y reglas de convivencia, de estudio, aseo, quehaceres etc. Generalmente estas reglas difieren de las que el niño estaba acostumbrado a cumplir en casa lo cual le ocasiona un cierto grado de incomodidad; las normas y reglas generalmente no son asimiladas por los niños inmediatamente ya que su cumplimiento no esta regido a partir del entendimiento sino más



bien de un proceso de condicionamiento, esto provoca que el cumplimiento se dé en cuanto y en tanto el niño se sienta pertenecido a la institución y a las personas de la misma.

- d) Convivencia con otros niños en conflicto.- dentro de la institución el niño se encuentra con infantes dentro del mismo proceso con los cuales el niño comparte casi la totalidad de su tiempo considerando que cada uno de estos niños presenta su propia problemática y distinta procedencia en nivel cultural, social o económico. Muchas veces la convivencia entre los niños se ve marcada por agresiones o enfrentamientos de carácter físico o psicológico debido a la propia inestabilidad que cada uno de ellos presenta, a demás de la incitación a la ruptura de normas y reglas lo cual tiene netamente la intención de sabotear un sistema el cual según la perspectiva del niño es el causante de su separación de los seres queridos y cambio de vida.

Estas y otras características del proceso de acogimiento institucional temporal provocan altos cambios en la rutina diaria del niño, provocándole marcadas alteraciones a nivel emocional y conductual lo cual en algunos casos pueden llegar a cumplir los criterios necesarios para la diagnosis de un trastorno de adaptación.

\* Trastorno de adaptación:

La Psicología Clínica es la ciencia que estudia la conducta humana basándose en el estudio de los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos considerando a diferencia de otras ramas de la Psicología el trabajo específico con las patologías o desordenes mentales; es a su vez el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento.

Feldman, R (1998). "Es la rama de la psicología que versa sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal"

American Psychological Association, 2010, La Psicología Clínica es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico psicológico, apoyo a la recuperación y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar y sufrimiento al individuo humano.

#### Alteraciones Psicológicas en el desarrollo de la infancia

El desarrollo psicológico en la infancia comprende el cumplimiento de cada individuo de la maduración y especificación de las funciones psicológicas que comprenden en términos generales: el desarrollo emotivo, cognitivo, sexual y social. Por lo cual la presencia o influencia de cualquier factor clínico, psicológico o social que perturbe el normal cumplimiento de estos procesos de desarrollo serian causa de una alteración de la misma, repercutiendo de manera directa en el desenvolvimiento diario del niño.

Pudiéndose causar Trastornos y alteraciones del desarrollo como:

#### **Trastorno en el desarrollo motriz**

Se aplica este diagnóstico cuando consideramos se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías, etc. y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa o fina...).

#### **Trastorno en el desarrollo cognitivo**

Se incluye en este grupo a los trastornos referidos a diferentes grados de discapacidad mental, funcionamiento intelectual límite y disfunciones específicas en el procesamiento cognitivo.

#### **Trastorno en el desarrollo sensorial**

Se incluyen en este grupo los déficits visuales o auditivos de diferente grado.

#### **Trastorno en el desarrollo del lenguaje**

Se incluyen en este grupo las dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales tanto a nivel de comprensión del lenguaje como de sus capacidades expresivas o de articulación.

### **Trastorno generalizado del desarrollo**

Este grupo comprende los niños que presentan alteraciones simultáneas y graves de las diferentes áreas del desarrollo psicológico (autismo y formas menores relacionadas con el autismo y la psicosis).

### **Trastorno de la conducta**

Se incluye en este grupo a aquellos niños que presentan formas de conducta inapropiadas y a veces perturbadoras.

### **Trastornos emocionales**

Se incluyen aquí a los niños que presentan manifestaciones de angustia, de inhibición, síntomas y trastornos del humor, etc...

### **Trastorno en el desarrollo de la expresión somática**

En este grupo se incluyen los niños que presentan patologías funcionales en la esfera oral alimentaria, respiratoria, del ciclo sueño-vigilia, en el control de esfínteres, etc.

Maristany Marta, Alteraciones emocionales del desarrollo infantil, (2009), Unidad de estimulación precoz. Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona  
El desarrollo emocional del niño ha sido descrito por muchos autores desde distintas perspectivas.

A pesar de los diferentes enfoques, las distintas teorías coinciden en señalar los retos que un niño debe superar a lo largo de su desarrollo para alcanzar una personalidad concreta, un estilo emocional determinado, un patrón de relación y de interacción específicos y un control sobre sus instintos suficiente para poder ser incluido en la franja de la normalidad a lo largo de su vida.

El desarrollo emocional de un niño, tal como sucede con la inteligencia, la motricidad, el lenguaje o su socialización es el resultado de la interacción entre su bagaje genético, sus antecedentes biológicos, la integridad de su sistema nervioso desde una perspectiva funcional y anatómica, las condiciones del entorno en el que el

niño crece y se desarrolla y la calidad de la relación que el niño establece con este entorno.

La influencia de estos factores sobre el desarrollo variará en función de la vulnerabilidad/resistencia del niño.

En muchos casos, no sabemos en qué proporción uno u otro factor tienen más o menos peso, pero las distintas combinaciones entre ellos y la resistencia que el niño ofrezca, harán que tanto en situación de normalidad como en la patología cada niño sea único e irrepetible.

Dentro de un mismo síndrome la evolución de cada niño es también singular pero conocerlo nos ayudará a interpretar algunas conductas y sobre todo a informar a los padres y a planificar el tratamiento del niño.

El campo de la atención psicológica al niño y a la familia se va ensanchando y cada vez es más necesaria la especialización y los servicios interdisciplinarios de seguimiento de estas situaciones como prevención de una patología que puede acompañar y limitar al sujeto durante toda su vida.

National Center for Clinical Infant Programs.(1994), Clasificación Diagnóstica 0 –3 (Zero toThree).

Se crea como complemento al DSM IV para la detección precoz de los trastornos del desarrollo en la infancia y es una herramienta de trabajo útil para unificar criterios en la descripción de lo que al niño pequeño le puede estar pasando.

Está dividida en las siguientes categorías diagnósticas:

100. – Trastorno por estrés traumático

200. – Trastornos afectivos

1. – Trastorno por ansiedad de la infancia y la niñez temprana.

2. – Trastorno del estado de ánimo: reacción de duelo aflicción prolongada.

3. – Trastorno del estado de ánimo: depresión de la infancia y la

niñez temprana.

4. – Trastorno mixto de la expresividad emocional.

5. – Trastorno de la identidad genérica en la niñez.

6. – Trastorno reactivo al apego (vinculación) por  
deprivación/maltrato en la infancia.

300. – Trastornos de la adaptación

400. – Trastorno de la regulación

500. – Trastorno de la conducta del sueño

600. – Trastorno de la conducta alimentaria

700. – Trastorno de la relación y de la comunicación

Dentro de la clasificación de los trastornos de orden clínico marcados por el manual de diagnóstico CIE10; el mismo que está abalizado para su utilización por la OMS (organización mundial de la salud) podemos encontrar la clasificación de reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación bajo la codificación F43 en la cual está descrito y tipificado bajo el código F 43.2 los trastornos de adaptación.

El trastorno de adaptación se define como estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en un periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales. El agente estresante puede afectar al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Según lo describe Alonso, A. Psicodiagnóstico / A. Alonso, E. Cairo, R. Rojas.- La Habana: Editorial Félix Varela, 2003. Son trastornos que se caracterizan por el desarrollo de síntomas emocionales, o comportamientos en respuesta a una situación estresante, se caracterizan por la presencia de síntomas emocionales o conductuales en el contexto de uno o más estresantes psicosociales definidos. Las manifestaciones, son significativas porque deterioran la actividad social, profesional o educativa del

paciente, o porque las dificultades subjetivas que experimenta superan la magnitud habitual de esas situaciones.

No se especifica la naturaleza en la gravedad de los eventos, sin embargo, los síntomas deberán surgir en los tres meses siguientes y remitir en los seis meses posteriores a la desaparición del estrés, pero pueden persistir más tiempo si el estrés es crónico. El agente estresor puede afectar solo a un individuo, a un grupo o a una comunidad, y puede ser simple o múltiple, recurrente o continuo o ser dependiente de acontecimientos específicos del desarrollo.

En los Trastornos de Adaptación, la característica principal es la respuesta no adaptativa a situaciones de estrés con desarrollo de síntomas psiquiátricos y conductuales, ante un estresor identificado, y cuya acción se produce dentro de los tres meses previos al inicio del cuadro. Luego de producido, el trastorno evoluciona generalmente en pocas semanas, nunca más de seis meses, aunque puede tener un curso más prolongado si el estresor resulta crónico y persistente.

Todo estímulo, situación o acontecimiento que impacte en el individuo y lo obligue a esfuerzos de ajuste adaptativo constituye un estresor. El momento crítico, en la cual la curva de rendimiento disminuye; varía de persona a persona y también en el mismo sujeto, de acuerdo a su circunstancia vital y que requiere alguna insuficiencia de la personalidad.

Cao, Campo, Nury. Psicopatología general- La Habana: Editorial Félix Varela, 2005. El concepto de trastorno de adaptación fue descrito por vez primera en 1968 en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales DSM-II y en la octava edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE - 8. El DSM-II definía estos trastornos como "disturbios situacionales transitorios", mientras que el CIE -8 hace referencia a "reacciones situacionales transitorias" y los englobaba con los trastornos de personalidad, neurosis y otros trastornos mentales no psicóticos.

En el DSM-II, los trastornos adaptativos se denominaron Trastorno Circunstancial Transitorio. Se encuadra en una perspectiva evolutiva y los subtipos se establecen de manera acorde, por ejemplo, con la infancia, la adolescencia o la edad adulta. Aunque se describe como circunstancial y transitorio, la presentación clínica se vincula con un estrés muy serio; sin embargo, no siempre es temporáneo ni requiere un desencadenante inusual.

Bleuler habla de "reacciones morbosas, trastornos psicorreactivos o psicógenos", refiriéndose a aquellas que sospechamos han de entenderse predominantemente como reacciones a vivencias psíquicas. Se trata de reacciones cuya esencia no está exclusivamente determinada por la situación psicotraumática sino igualmente por la constitución y disposición de la propia personalidad. Este autor señala que carecemos de una expresión certera y aplicable en general con respecto a tan discutido concepto.

Serían factores predisponentes a este tipo de reacciones, además de muchas circunstancias de índole social y cultural, las psicopatías (alteraciones congénitas y heredadas del carácter), las alteraciones adquiridas del carácter, la oligofrenia, los trastornos psicoorgánicos leves (postraumáticos, arterioescleróticos, etc.) y las psicosis latentes en diversas y múltiples combinaciones. La predisposición a las reacciones psíquicas morbosas determina la mayoría de las veces la forma del cuadro clínico.

Estos trastornos psicorreactivos se desarrollan siempre en conexión con la personalidad y el conjunto de la experiencia de la vida, de modo que la índole de la reacción nunca viene determinada por solo una única circunstancia exterior. Las emociones y los síntomas desencadenados por cualquier vivencia dependerán del conjunto de la situación vital.

Jaspers estableció una serie de criterios para delimitar las reacciones vivenciales:

- La situación reactiva no habría surgido de no ser por la vivencia que la originó.

- El contenido, el tema de la situación, se halla en relación comprensible con respecto a su causa.
- La situación es, por lo que respecta a su curso temporal, dependiente de su causa y sobre todo cesa cuando desaparece ésta.

Para Schneider una reacción vivencial es la respuesta sentimental y dotada de una motivación plena de sentido a una vivencia; es decir, la respuesta oportuna y sentimentalmente adecuada a dicha vivencia. Las reacciones vivenciales anormales se apartan sobre todo del promedio de las normales a causa de su extraordinaria intensidad, a lo cual hay que agregar que no son adecuadas con respecto al motivo (diferencia importante con las reacciones adaptativas) y lo excesivo de su duración.

Estas reacciones pueden deberse a vivencias externas o internas: desequilibrios interiores, tensiones y en especial a situaciones instintivas. En general, las reacciones a vivencias externas serían más independientes del carácter individual. Cuanto más insignificante sea el estímulo necesario para despertar tristeza o miedo y cuanto más anormales sean la magnitud, el aspecto y la duración de estas reacciones, tanta mayor importancia ha de otorgarse al papel desempeñado por la personalidad.

El actualmente denominado trastorno de adaptación cumple diversas funciones:

- Nos informa de la necesidad de atención de ciertas personas.
- Es una manera de obtención de información que podría tener utilidad para futuros criterios diagnósticos.
- Describe una serie de criterios que nos permiten identificar a pacientes que si bien no encajan en otros trastornos mentales experimentan ante problemas de la vida reacciones que tampoco son normales.

Técnicas e instrumentos psicológicos utilizados como:

- Inventario de ansiedad rasgo-estado (Idare)



- Test de completar frases (Rotter)
- Inventario de depresión (Beck)
- Inventario de autoestima (Rubenstein)

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del como se lleva a diario la rutina diaria. El enfermo puede estar dispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras y ninguno de los síntomas por si solo son de suficiente gravedad como para justificar un diagnostico más específico.

El trastorno de adaptación a su vez según la diferencia en su sintomatología presenta la siguiente clasificación:

- F43.20 Trastorno de adaptación con reacción depresiva breve: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes. Este estado se marca básicamente por el humor depresivo, anhedonia, llanto fácil, sensación de futuro incierto, pérdida del apetito, alteraciones en el sueño etc.
- F43.21 Trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años, este comparte muchos de los criterios diagnósticos de los mencionados en la reacción depresiva leve considerando que la frecuencia e intensidad de los mismos es mayor y más significativa.
- F43.22 Trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no

mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

- F43.23 Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira.
- F43.24 Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.
- F43.25 Trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones.

Agudo. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.

Crónico. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo

o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Los trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (p. ej., incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital).

Hasta el momento no se conocen medidas preventivas que permitan la incidencia de los trastornos de adaptación en los niños.

Sin embargo la detección e intervención temprana pueden reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y desarrollo normal del niño y mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes que tienen este trastorno.

## **2.4 Formulación de la hipótesis:**

Hipótesis general:

El acogimiento institucional temporal es un factor causal determinante para la aparición de un trastorno de adaptación en los niños de la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011.

Hipótesis específicas:

El distanciamiento del niño con sus padres es la característica del proceso de Acogimiento Institucional Temporal que afecta con mayor frecuencia a los niños de la población investigada.

El trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión F43.22 es el tipo de trastorno de adaptación de mayor prevalencia en la población señalada.

## **2.5 Determinación de variables:**

- Variable independiente: Acogimiento Institucional Temporal.

-Variable dependiente: Trastorno de Adaptación.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Enfoque:**

En la investigación se utilizó un enfoque cuali-cuantitativo al presentar características como: buscar la comprensión de los fenómenos sociales, enfoque contextualizado, énfasis en el proceso, holístico, progreso de la ciencia es dialectico, privilegia técnicas cuantitativas, busca la causa de los hechos que estudia, medición controlada, progreso continuo y lineal de la ciencia.

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación:**

Bibliográfica-documental.

Porque el trabajo tuvo información secundaria sobre el tema de investigación obtenidos a través de libros, textos, manuales de diagnóstico, revistas, internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

De campo.

El investigador acudió a recabar información en el lugar en donde se producen los hechos para así poder actuar directamente sobre el contexto.

No experimental.

Porque dentro de esta investigación no existió la manipulación de las variables con el fin de analizar los resultados.

#### **3.3 Nivel o tipo de investigación:**

La investigación llegó a un nivel de Asociación de Variables ya que permitió realizar un análisis de correlación entre las variables y una medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado.

### **3.4 Población y muestra:**

Dentro del periodo de investigación Diciembre 2010 – Septiembre 2011 se contó con 37 niños que estuvieron dentro del proceso de Acogimiento Institucional Temporal en la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador, los cuales fueron evaluados y sus resultados considerados para la realización del presente trabajo investigativo.

Por lo tanto  $N=n$ .

### 3.5Operacionalización de variables:

Cuadro # 1

Variable Independiente: institucionalización infantil

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENCIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
El acogimiento institucional temporal es una medida legal de protección en la cual se asigna al niño a una institución pertinente que pueda cumplir las necesidades del niño y proveerle de la asistencia profesional necesaria. En el proceso se pueden encontrar características como: separación del	1.- Separación del niño de sus padres	El niño recibe visitas restringidas de sus padres o no las recibe dependiendo el caso.	¿Él niño pregunta constantemente por sus padres?	T. evaluación I. Cuestionario niños en AIT
	2.- Separación del niño de su medio ambiente de procedencia	El niño llora o sufre por familiares o extrañando sus cosas.	¿Mencionan constantemente historias de sus hermanos, familiares o amigos?	T. evaluación I. Cuestionario niños en AIT
	3.- Acoplamiento reglas y normas	El niño se siente incomodo y le cuesta	¿Tiene el niño dificultad en cumplir	T. evaluación I. Cuestionario niños

niño de sus padres, separación del niño de su medio ambiente de procedencia, convivencia con otros niños en conflicto	institucionales  4.- Convivencia con otros niños en conflicto	cumplir con las reglas de la institución.  Dentro de la institución debe compartir con sus pares que se encuentran en situación similar.	reglas?  ¿Tiene el niño peleas con sus pares dentro de la institución?	en AIT  T. evaluación I. Cuestionario niños en AIT
--	---	---	--	--



Cuadro # 2

Variable dependiente: Trastorno de adaptación

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
El trastorno adaptativo esta caracterizado por presentarse ante la exposición a un agente estresor que altera la rutina diaria, es muy común en niños y varia en cuanto a su intensidad y características de caso en caso, los tipificados son: reacción depresiva leve, reacción depresiva prolongada, reacción mixta de ansiedad y	Reacción depresiva leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>°Anedonia</li> <li>°Humor depresivo</li> <li>°Llanto fácil</li> <li>°Duración máxima de 1 mes</li> </ul>	¿La reacción depresiva es circunstancial?	T. evaluación I. Escala de Hamilton para la depresión, cuestionario trastornos adaptativos.
	Reacción depresiva prolongada	<ul style="list-style-type: none"> <li>°Anedonia</li> <li>°Humor depresivo</li> <li>°Llanto fácil</li> <li>°Duración máxima de 2 años</li> </ul>	¿La reacción depresiva se ha mantenido por dos años?	T. evaluación I. I. Escala de Hamilton para la depresión, cuestionario trastornos adaptativos.

<p>depresión, con predominio de alteraciones de otras emociones, con predominio de alteraciones disociales, con alteración mixta de emociones y disociales.</p>	<p>Reacción mixta de ansiedad y depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>°Preocupación</li> <li>°inquietud</li> <li>°Untrabquikidad</li> <li>°Humor depresivo</li> <li>°Llanto fácil</li> <li>°Anedonia</li> </ul>	<p>¿Existen alteraciones leves en las dos emociones?</p>	<p>T. evaluación</p> <p>I. Escala de Hamilton para la depresión, Escala de Hamilton para la ansiedad, cuestionario trastornos adaptativos.</p>
	<p>Con predominio de alteraciones en otras emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>°Ansiedad</li> <li>°Depresión</li> <li>°Preocupación,</li> <li>°Tención</li> <li>°Ira</li> </ul>	<p>¿Presenta alterada varias emociones?</p>	<p>T. evaluación</p> <p>I. Escala de Hamilton para la depresión, Escala de Hamilton para la ansiedad, cuestionario trastornos adaptativos</p>
	<p>Con predominio de alteraciones disociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>°Agresió</li> <li>°Conducta desafiante</li> <li>°incumplimiento de</li> </ul>	<p>¿El niño presenta alteración conductual?</p>	<p>T. evaluación.</p> <p>I. Escala de agresividad</p>

		reglas		manifiesta, cuestionario trastornos adaptativos.
	Con alteración mixta de emociones y disociales	Existe alteraciones en las emociones y la conducta °Rasgos de ansiedad °Rasgos de depresión °Rasgos de conducta disocial	¿Son las alteraciones presentes de tipo emocional y conductual?	T. entrevista y evaluación. I. Escala de agresividad manifiesta, cuestionario trastornos adaptativos

### 3.6 Recolección de información:

Cuadro # 3

1.-¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2.- ¿De que personas?	Niños en acogimiento institucional temporal en la fundación Danielle Children´s Fun Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2012
3.-¿Sobre qué aspectos?	<p>¿Él niño pregunta constantemente por sus padres?</p> <p>¿Mencionan constantemente historias de sus hermanos, familiares o amigos?</p> <p>¿Tiene el niño dificultad en cumplir reglas?</p> <p>¿Tiene el niño peleas con sus pares dentro de la institución?</p> <p>¿La reacción depresiva es circunstancial?</p> <p>¿La reacción depresiva se ha mantenido por dos años?</p> <p>¿Existen alteraciones leves en las dos emociones?</p> <p>¿Presenta alterada varias emociones?</p>

	<p>¿El niño presenta alteración conductual?</p> <p>¿Son las alteraciones presentes de tipo emocional y conductual?</p>
4.- ¿Quién?	El investigador
5.- ¿A quiénes?	A los miembros del universo investigado
6.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2012
7.- ¿Dónde?	Instalaciones de la fundación Danielle Children´s Fund Ecuador
8.- ¿Cuántas veces?	Cada test una vez por cada niño de la población estudiada
9.- ¿Cómo?	Evaluación
10.- ¿Con qué?	<p>Cuestionario niños en AIT</p> <p>Escala de Hamilton para la ansiedad</p> <p>Escala de Hamilton para la depresión</p> <p>Escala de agresividad manifiesta</p> <p>Cuestionario de trastornos adaptativos</p>

### 3.7 Procesamiento y análisis:

Plan de procesamiento de información:

-Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta no pertinente, etc.

-Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

-Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.

- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis)
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados

Análisis e interpretación de resultados:

-Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.

-Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.

-Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene seguir la asesoría de un especialista.

-Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO IV

### ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis cuali-cuantitativo.

##### 4.1.1 Análisis e interpretación de resultados de la variable independiente.

###### Cuestionario: niños en AIT

Test: formato del investigador, (2011)

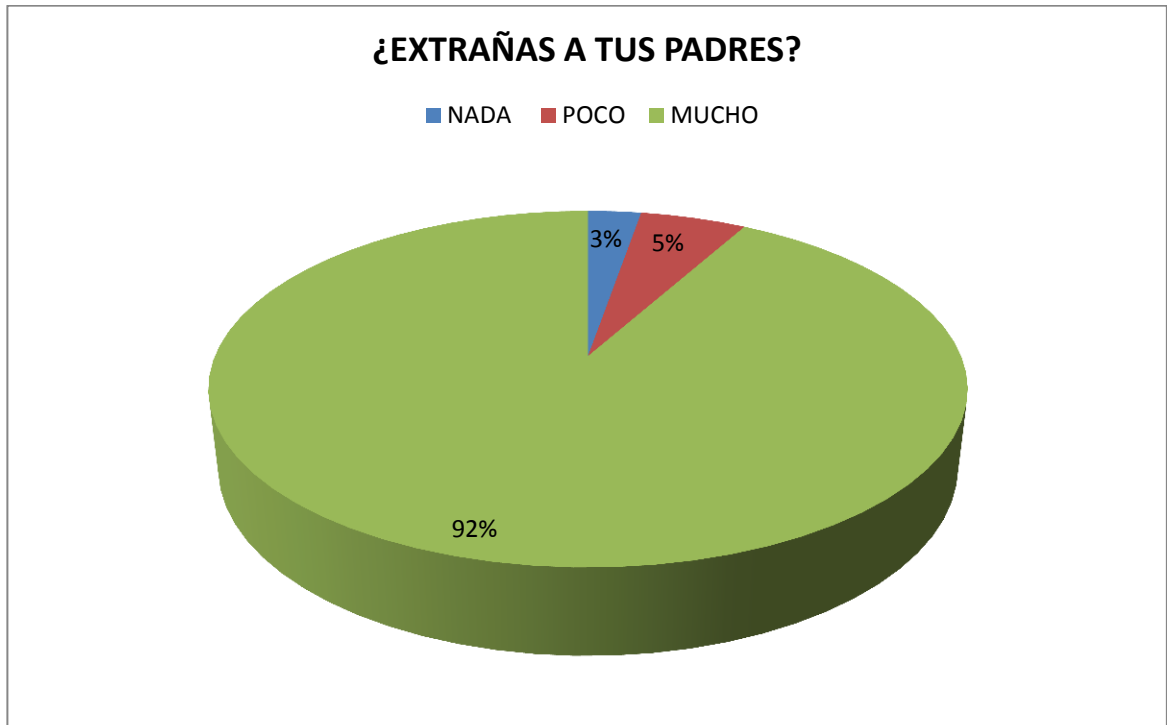
Objetivo: recabar información relevante para el proceso de investigación con relación a la variable independiente.

#### 1.- ¿Extrañas a tus padres?

Cuadro # 4

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nada	1	3%
Poco	2	5%
Mucho	34	92%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 5



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT y en su pregunta numero uno (extrañas a tus padres), se obtuvo que 1 niño lo que corresponde al 3% de la población marco nada, 2 niños lo que corresponde a un 5% de la población marcaron poco y 34 niños lo que corresponde a un 92% de la población marcaron mucho.

**Interpretación:**

El gráfico muestran un alto porcentaje de niños quienes mencionan extrañar mucho a sus progenitores, esta es en gran medida una respuesta justificada ya que el distanciamiento de los progenitores es una de las principales características del proceso, muchos de ellos mencionan a diario su añoranza de estar en contacto con los padres, se emocionan mucho al recibir una visita y preguntan constantemente por su próximo encuentro.



Los menores porcentajes mostrados en el gráfico que marcan extrañar poco o nada a sus padres se refieren precisamente a niños que están entre los 10 y 12 años que han sufrido maltrato, abuso o algún tipo de explotación por parte de sus progenitores siendo esta en la mayoría de los casos la causa del acogimiento. Es necesario resaltar que este grupo minoritario de niños dentro de la población estudiada esta dentro de un periodo evolutivo diferente al de los demás, en el cual gozan de una perspectiva distinta pudiendo en ciertos casos entender el acogimiento institucional temporal como una medida que esta en su beneficio.

**Autor.- Carlos Ibarra**

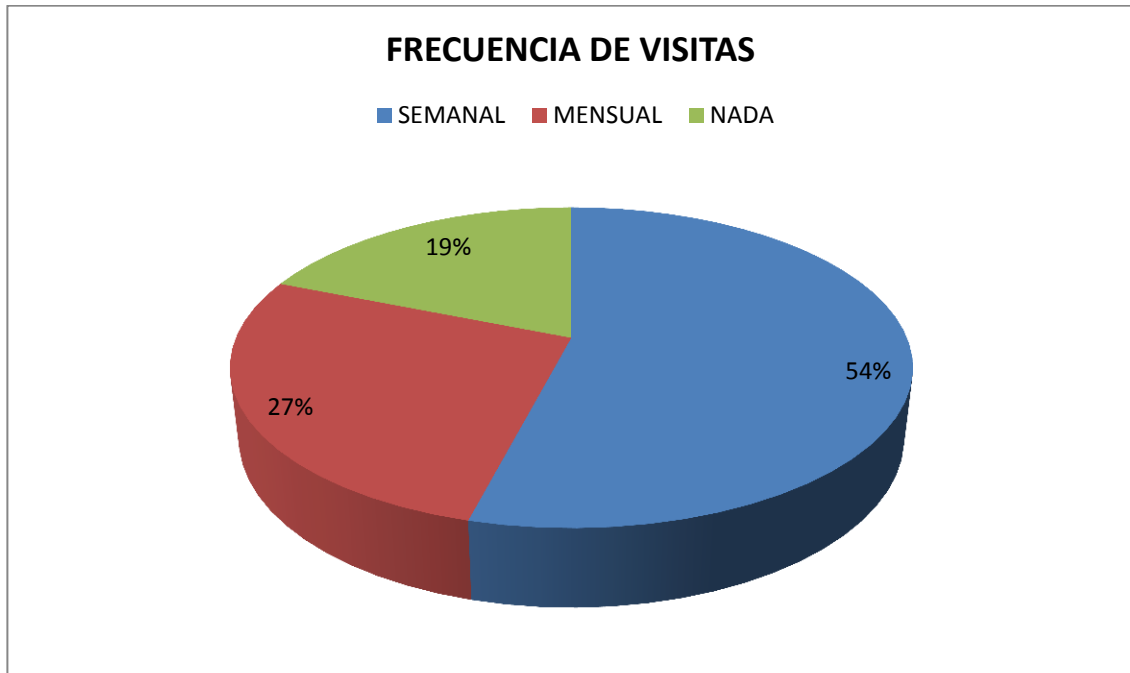
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**2.- ¿Con que frecuencia recibes visitas de tus padres?**

Cuadro # 5

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Semanal	20	54%
Mensual	10	27%
Nunca	7	19%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 6



**Análisis:**

Como se muestra de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT y en su pregunta número dos (frecuencia de visitas), se obtuvo que 20 niños lo que corresponde al 54% de la población marcaron semanalmente, 10 niños lo que corresponde a un 27% de la población marcaron mensualmente y 7 niños lo que corresponde a un 19% de la población marcaron nunca.

**Interpretación:**

La información de este gráfico muestra que existió un porcentaje de más o menos la mitad de los niños que se encuentran en situación de acogimiento institucional temporal quienes reciben visitas de sus padres en una frecuencia de al menos una visita por semana, por lo general esta circunstancia es más común en niños en los cuales su proceso de acogimiento está avanzando especialmente estando cerca de la reinserción familiar. El porcentaje restante se refiere a niños que reciben visitas de sus progenitores con una frecuencia de una vez al mes, de forma circunstancial o

nunca, lo cual responde principalmente que provienen de familias resistentes o de quienes no se tienen contacto.

**Autor.- Carlos Ibarra**

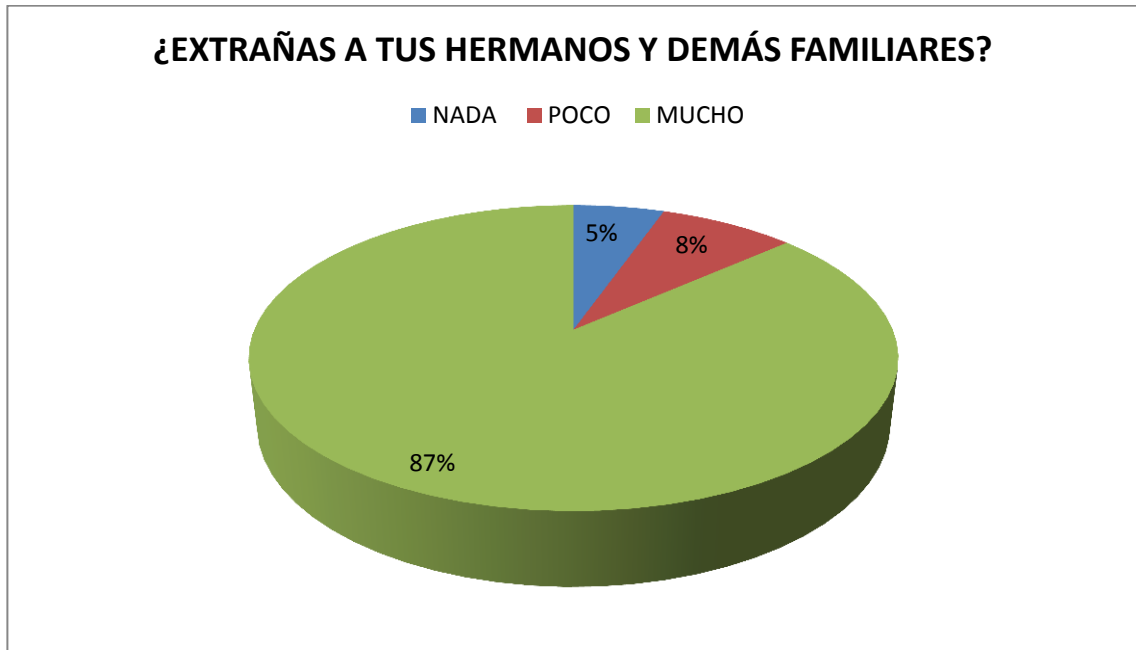
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**3.- ¿Extrañas a tus hermanos o demás familiares?**

Cuadro # 6

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nada	2	5%
Poco	3	8%
Mucho	32	87%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 7



**Análisis:**

Según señala este cuadro de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT y en su pregunta numero tres (extrañas a tus hermanos o demás familiares), se obtuvo que 2 niños lo que corresponde al 5% de la población marco nada, 3 niños lo que corresponde a un 8% de la población marcaron poco y 32 niños lo que corresponde a un 87% de la población marcaron mucho.

**Interpretación:**

En lo correspondiente a esta pregunta se observo que los niños mencionan muy poco este aspecto en la convivencia diría a diferencia de la pregunta relacionada con los padres, pero al ser elaborada la pregunta la mayoría expresa añoranza por estos miembros de su familia significándoles una perdida más que deben afrontar durante la duración del proceso, dentro de la población que marco extrañar nada o poco a estos familiares hay que mencionar la existencia de hijos únicos o algunos que no conocen o no han convivido con dichos familiares.

**Autor.- Carlos Ibarra**

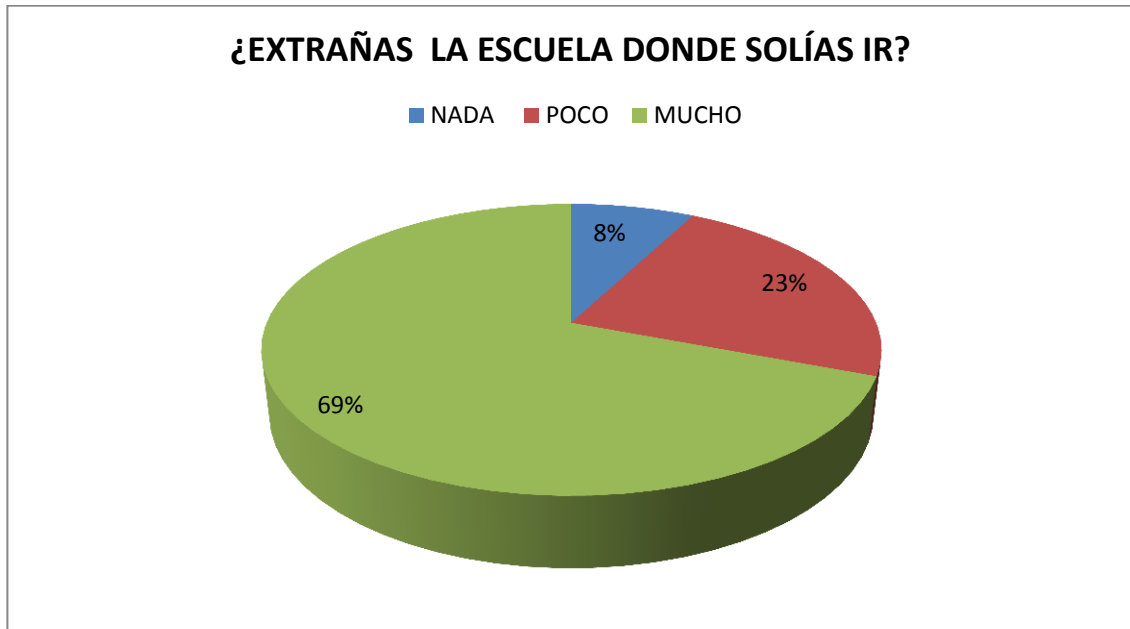
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**4.- ¿Extrañas la escuela donde solías ir?**

Cuadro # 7

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nada	2	8%
Poco	6	23%
Mucho	18	69%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 8



**Análisis:**

De una población de 26 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número cuatro (extrañas la escuela donde solías ir), se obtuvo que 2 niños lo que corresponde al 8% de la población marco nada, 6 niños lo que corresponde a un 23% de la población marcaron poco y 18 niños lo que corresponde a un 69% de la población marcaron mucho.

**Interpretación:**

En lo correspondiente a esta pregunta se discrimino a los 11 niños de la población evaluada que aun no se encuentran en edad escolar.

Es importante aclarar que la razón de esta pregunta se da ya que por motivos de funcionamiento de la fundación DanielleChildren’sFund Ecuador por lo general los niños son cambiados de escuela mientras dura el proceso de acogimiento.

Acorde a esta información se encuentra un porcentaje menor de niños que dan como respuesta extrañar poco o nada su institución educativa de origen resaltando que

muchos de ellos mencionan encontrar un mejor trato por parte la institución y sentirse respaldados en el cumplimiento de lo que la misma les exige por el personal de la fundación lo cual les crea un mejor y más cómodo ambiente escolar. Respecto al mayor porcentaje que marcó extrañar mucho a su institución educativa de origen, los niños mencionan generalmente echar de menos a sus pares y maestros quienes formaban parte de su vida diaria anterior al proceso de acogimiento.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**5.- ¿Extrañas a tus amigos?**

Cuadro # 8

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nada	1	3%
Poco	7	19%
Mucho	29	78%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 9



**Análisis:**

Como marca este cuadro de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número cinco (extrañas a tus amigos), se obtuvo que 1 niño lo que corresponde al 3% de la población marco nada, 7 niños lo que corresponde a un 19% de la población marcaron poco y 29 niños lo que corresponde a un 78% de la población marcaron mucho.

**Interpretación:**

En el gráfico se muestra que una gran cantidad de los niños evaluados marcaron extrañar mucho a sus amigos, al ser realizada la interrogante muchos de ellos mencionan nombres específicos de los amigos a quienes extrañan señalando que tal o cual persona era con quien compartía mayor cantidad de tiempo y que les significan un gran apego emocional, por las características del proceso de acogimiento muy pocos de ellos ha tenido la posibilidad de verlos durante el proceso con las excepciones de quienes los encontraron en alguna salida provisional. En su gran



mayoría los niños mencionan sentirse bien al haber podido hacer nuevos amigos dentro de la institución.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**6.- ¿Extrañas estar en tu casa con tus cosas?**

Cuadro # 9

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	37	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 10



**Análisis:**

Según este cuadro, de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número seis (extrañas estar en tu casa con tus cosas), se obtuvo que 0 niños lo que corresponde al 0% de la población marco no y 37 niños lo que corresponde al 100% de la población marcaron sí.

**Interpretación:**

Los resultados obtenidos en esta pregunta marcan como en su totalidad los niños mencionan extrañar su casa y sus cosas las cuales formaban parte de su diario vivir, a pesar de que algunos de ellos mencionan sentirse cómodos haciendo uso de las instalaciones y espacios de la fundación.

**Autor.- Carlos Ibarra**

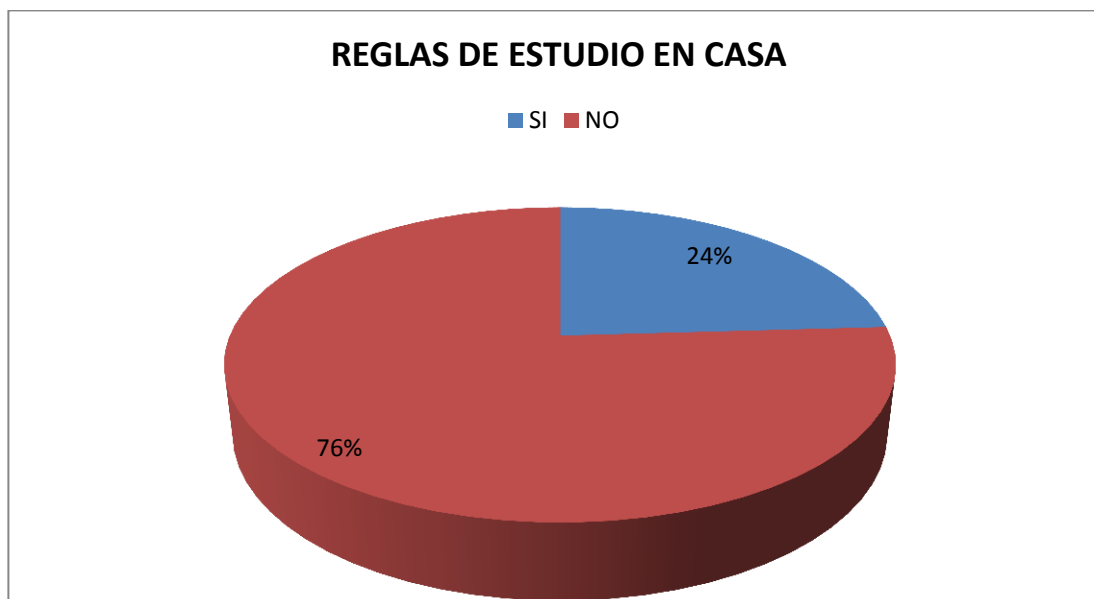
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**7.- ¿Cuándo estabas en casa tenias normas de estudio?**

Cuadro # 10

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	9	24%
No	28	76%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 11



**Análisis:**

Se evidenció que de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número siete (reglas de estudio en casa), se obtuvo que 9 niños lo que corresponde al 24% de la población marco si y 28 niños lo que corresponde al 76% de la población marcaron no.

**Interpretación:**

Como se aprecia en este grafico la mayor parte de niños de la población estudiada refirió no haber tenido reglas o hábitos de estudio dentro de sus hogares lo cual para la mayoría les significa una dificultad al momento de acoplarse a la institución.

**Autor.- Carlos Ibarra**

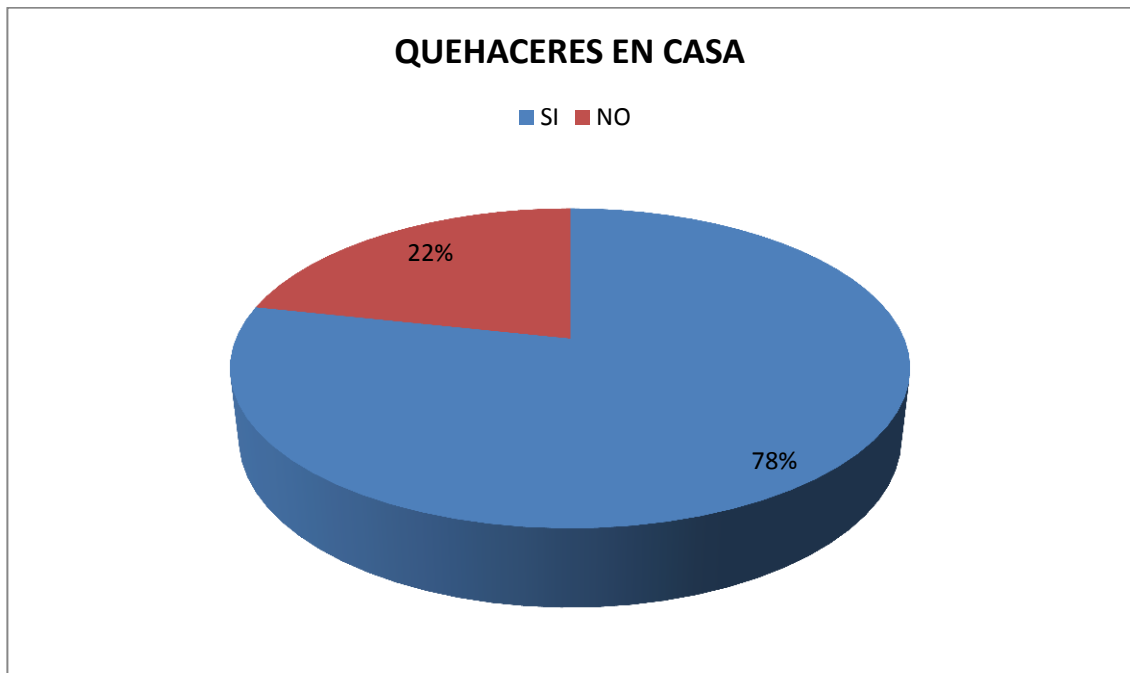
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**8.- ¿Solías ayudar con los quehaceres en casa?**

Cuadro # 11

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	29	78%
No	8	22%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 12



**Análisis:**

Acorde a la información, de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número ocho (quehaceres en casa), se obtuvo que 29 niños lo que corresponde al 78% de la población marco si y 8 niños lo que corresponde al 22% de la población marcaron no

**Interpretación:**

La mayoría de los niños que mencionaron no colaborar en los quehaceres de casa están dentro del rango de edad de 3 hasta los 7 años de edad y al contrario muchos de los niños que marcaron si en la pregunta manifestaron recibir poca o ninguna ayuda de sus padres para estas actividades, es importante mencionar que muchos de estos niños solían tener una responsabilidad inapropiada para su edad dentro de sus hogares en algunos casos ejerciendo actividades de adultos y estando a cargo de uno o más hermanos menores.

**Autor.- Carlos Ibarra**

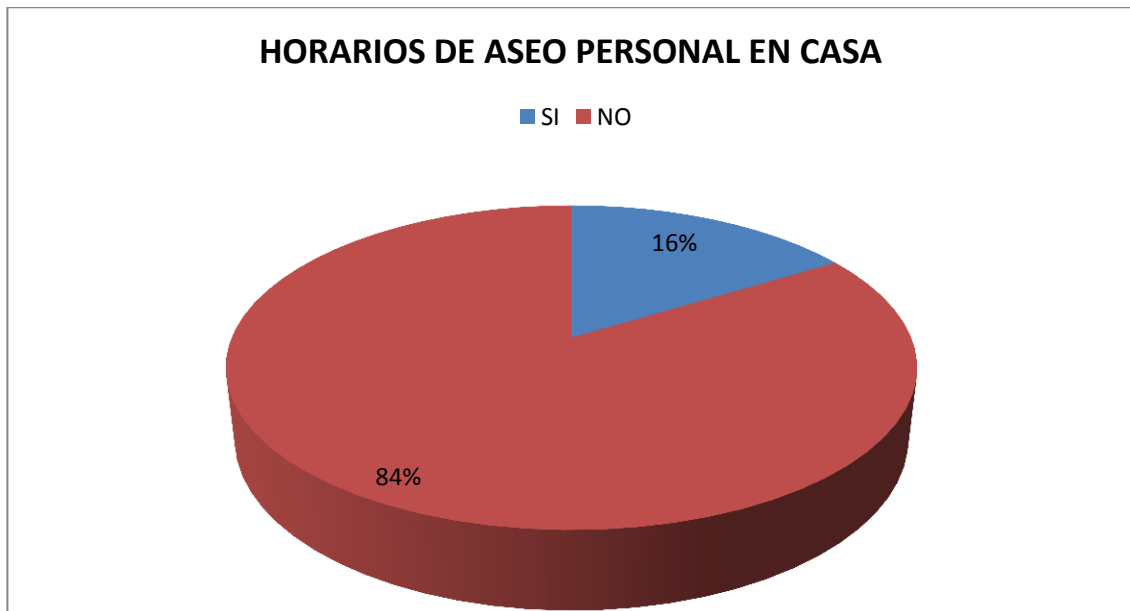
Fuente.- cuestionario niños en AIT

9.- ¿Tenias horarios de aseo personal en casa?

Cuadro # 12

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	6	16%
No	31	84%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 13



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número nueve (horarios de aseo personal), se obtuvo que 6 niños lo que corresponde al 16% de la población marco si y 31 niños lo que corresponde al 84% de la población marcaron no.

**Interpretación:**

Como resultado a esta interrogante se pudo apreciar como en la mayoría de los casos los niños mencionaron no haber tenido horarios de aseo personal en casa lo cual corresponde justamente a un funcionamiento disfuncional de las familias de las cuales provienen las mismas que les ofrecían en muchos de los casos cuidados negligentes.

**Autor.- Carlos Ibarra**

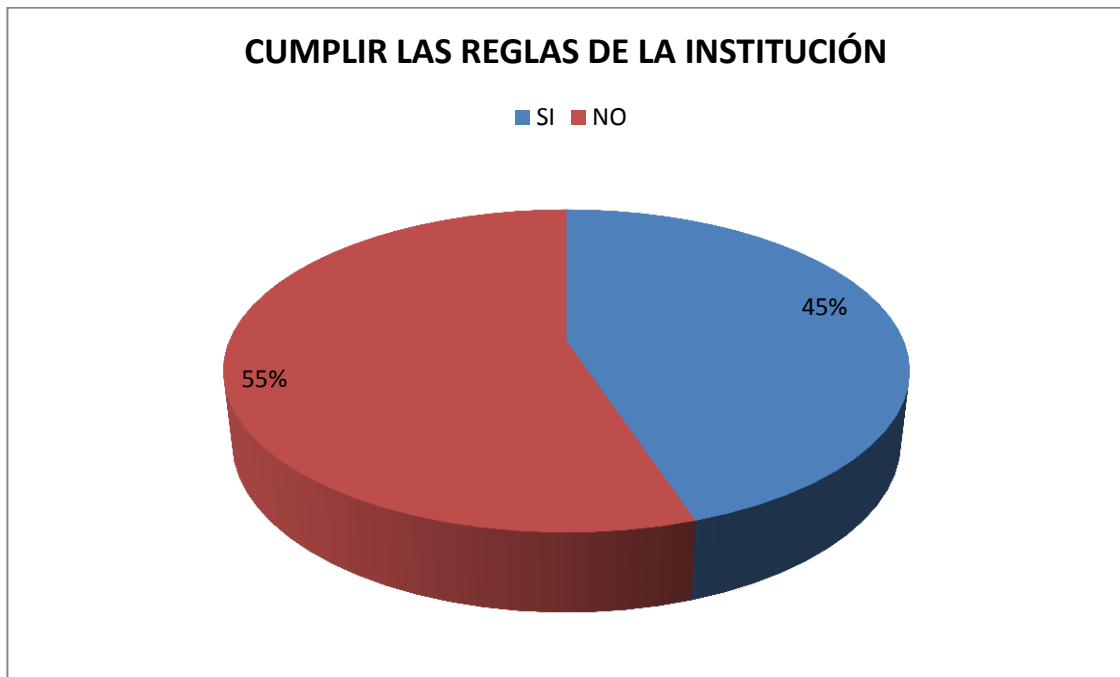
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**10.- ¿Te es fácil cumplir con las reglas de la institución?**

Cuadro # 13

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	16	45%
No	21	55%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 14



**Análisis:**

Según se muestra de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número diez (cumplir las reglas de la institución), se obtuvo que 16 niños lo que corresponde al 45% de la población marco si y 31 niños lo que corresponde al 55% de la población marcaron no

**Interpretación:**

Los resultados marcan que a un alto porcentaje de los niños evaluados les es difícil cumplir las reglas de la institución lo cual corresponde principalmente a que muchos de ellos provienen de familias desestructuradas o disfuncional por lo cual están habituados a estar inmersos en sistemas caóticos carentes reglas y límites lo cual difiere altamente con el funcionamiento de la institución.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario niños en AIT**



### 11.- ¿Pelear con otros niños dentro de la institución?

Cuadro # 14

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	37	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 15



**Análisis:**

Se evidenció que de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número once (peleas con otros niños), se obtuvo que 37 niños lo que corresponde al 100% de la población marco si y 0 niños lo que corresponde al 0% de la población marcaron no.

**Interpretación:**

Como dicta este grafico la totalidad de los niños de la población evaluada marco si pelear con otros niños dentro de la institución lo cual se convierte en una dificultad cotidiana en la convivencia de los niños dentro del programa de acogimiento institucional temporal sobre todo en la vivencia de las primeras etapas del proceso.

**Autor.- Carlos Ibarra**

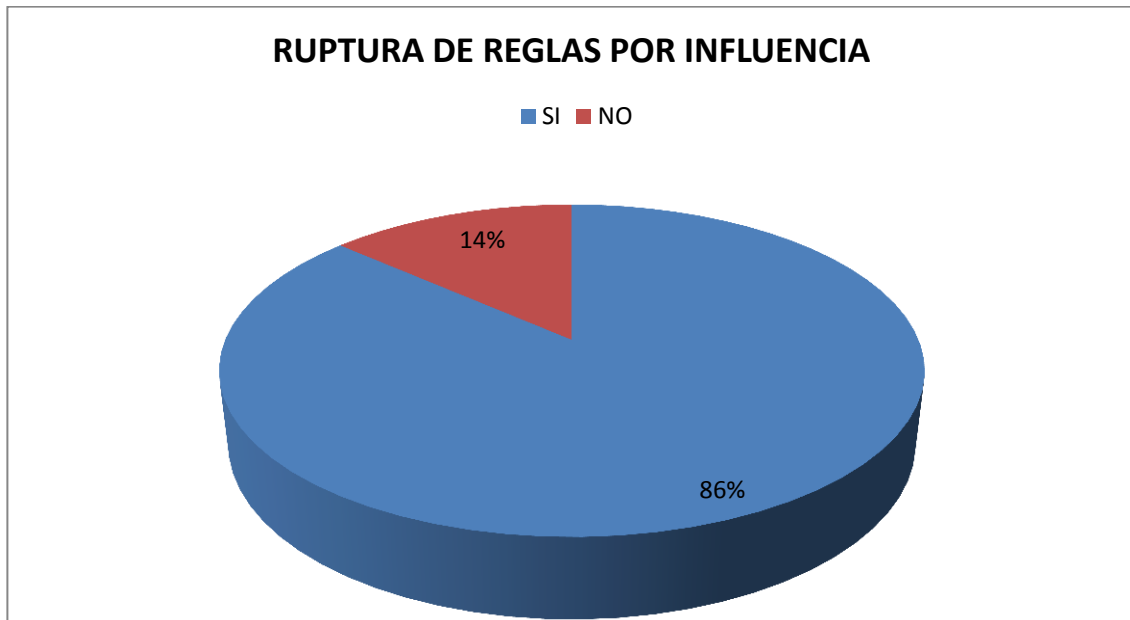
**Fuente.- cuestionario niños en AIT**

**12.- ¿Algún niño dentro de la institución te ha pedido u obligado a romper alguna regla?**

Cuadro # 15

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	32	86%
No	5	14%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 16



**Análisis:**

Acorde a la información de este cuadro de una población de 37 niños evaluados con el cuestionario para niños en AIT en su pregunta número doce (ruptura de reglas por influencia), se obtuvo que 32 niños lo que corresponde al 86% de la población marco si y 5 niños lo que corresponde al 14% de la población marcaron no.

**Interpretación:**

En un alto porcentaje los niños evaluados marcaron si haber roto alguna regla por influencia de otro compañero dentro de su estadía en la institución. En la gran mayoría se observa un anhelo de los niños por ser aceptados e incluidos dentro del grupo existente en el programa, haciendo que esto muchas veces les signifique la formación de alianzas dentro del grupo de niños que en variadas ocasiones ejecutan acciones en contra de las reglas o el personal para probar su fidelidad.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario del investigador niños en AIT**

**Resultados finales de la calificación e interpretación del cuestionario para niños en AIT.**

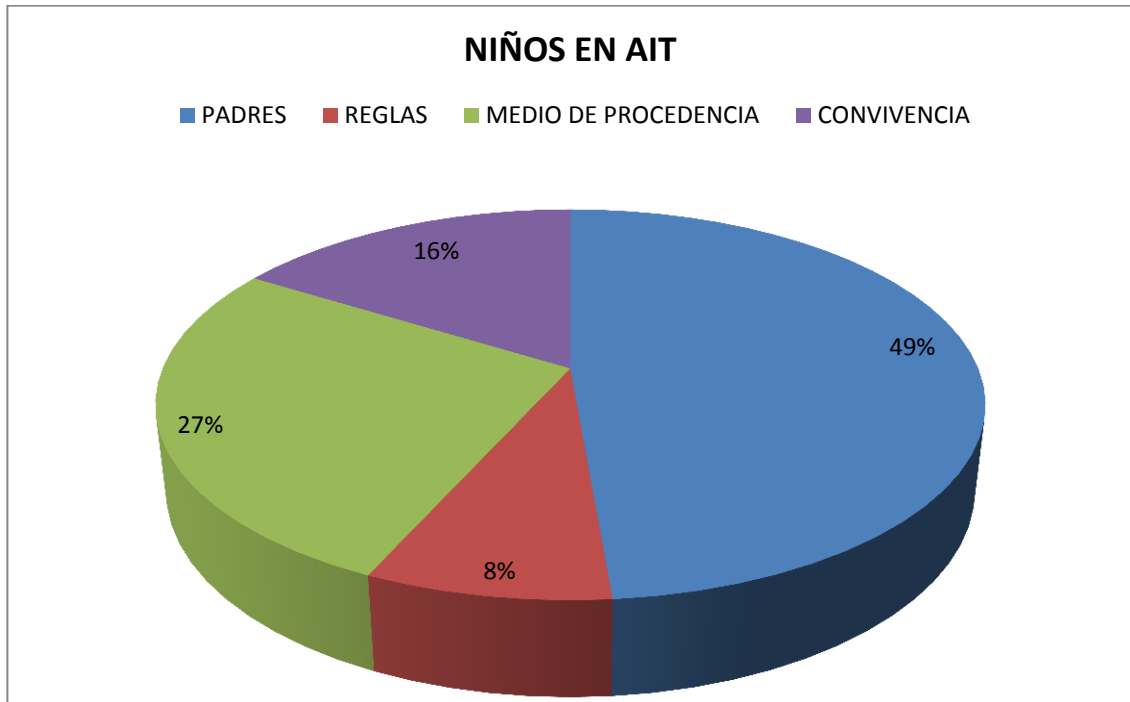
Para la calificación e interpretación del cuestionario para niños en AIT (acogimiento institucional temporal) se toma en cuenta los cuatro aspectos del proceso de acogimiento institucional temporal señalados en las categorías fundamentales que son: Separación de los padres al que corresponden las preguntas 1 y 2; acoplamiento a normas institucionales al que corresponden las preguntas 7, 8 y 9; separación del medio ambiente de procedencia al que corresponden las preguntas 3, 4, 5, y 6; convivencia con otros niños en conflicto al que corresponden las preguntas 11 y 12.

Para la obtención de los resultados finales se considero el puntaje más alto que presentaron los niños en estas cuatro secciones, teniendo como resultados los siguientes.

Cuadro # 16

<b>OPCIÓN</b>	<b>FECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Separación de los padres	18	49%
Acoplamiento a normas institucionales	3	8%
Separación del medio ambiente de procedencia	10	27%
Convivencia con otros niños en conflicto	6	16%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 17



**Análisis:**

Según se muestra en este cuadro se obtuvo que 18 niños lo que representa el 49% de la población obtuvieron los puntajes más altos en la sección de separación de los padres; 3 niños lo que corresponde al 8% de la población obtuvo sus puntajes más altos en la sección de acoplamiento a normas institucionales; 10 niños lo que corresponde al 27% obtuvieron su puntaje más alto en la sección de separación del medio ambiente de procedencia; 6 niños lo que corresponde al 16% de la población tuvo sus puntajes más altos en la sección convivencia con otros niños en conflicto.

**Interpretación:**

Como se muestra en este gráfico se obtuvo que un menor porcentaje de la población respectivamente obtuvo sus puntajes más altos en la sección de acoplamiento a normas institucionales en las cuales se consideran aspectos como horarios de aseo, de estudio, colaboración en quehaceres domésticos; en la sección de separación del

medio ambiente de procedencia en donde se considera la separación de hermanos y demás familiares, espacio físico del niño en casa, escuela de procedencia y separación de sus amigos; y en la sección convivencia con otros niños en conflicto en donde se consideran las peleas con otros niños dentro de la institución y la ruptura de reglas por influencia de otros. Dejando en un porcentaje correspondiente a casi la mitad de la población estudiada con sus puntajes más altos en la sección correspondiente a la separación de los padres.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario del investigador niños en AIT**

#### 4.1.2 Análisis de interpretación de resultados de la variable dependiente.

##### Cuestionario: Escala de Hamilton para la ansiedad

Test: M. Hamilton, (1959)

Objetivo: Evaluar el nivel de intensidad de la ansiedad.

##### 1.- Humor ansioso.

Cuadro # 17

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	6	16%
1	20	54%
2	9	24%
3	2	6%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%



Gráfico # 18



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número uno (humor ansioso) se obtiene que 6 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 16% de la población; 20 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 54% de la población; 9 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 24% de la población; 2 niños presentaron un puntaje de 3 lo que representa un 6% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa a un 0% de la población.

**Interpretación:**

Como se dicta en este gráfico alrededor de la mitad de los niños de la población evaluada tuvo un puntaje de 1 en cuanto al humor ansioso lo que nos manifiesta que existe la presencia de una alteración en el humor que no es significativa pero está presente en más de la mitad de los niños, en un menor porcentaje se obtuvieron los datos de alteraciones más considerables con rangos de puntuación de 2 y 3. Existió un porcentaje menor de los niños evaluados que no presentaron alteraciones de humor

ansioso, lo que indica que en su mayoría los niños presentan alteraciones sostenidas o circunstanciales en un nivel bajo y moderado en pocos casos en su inquietud, espera de lo peor, aprensión irritable.

**Autor.- Carlos Ibarra**

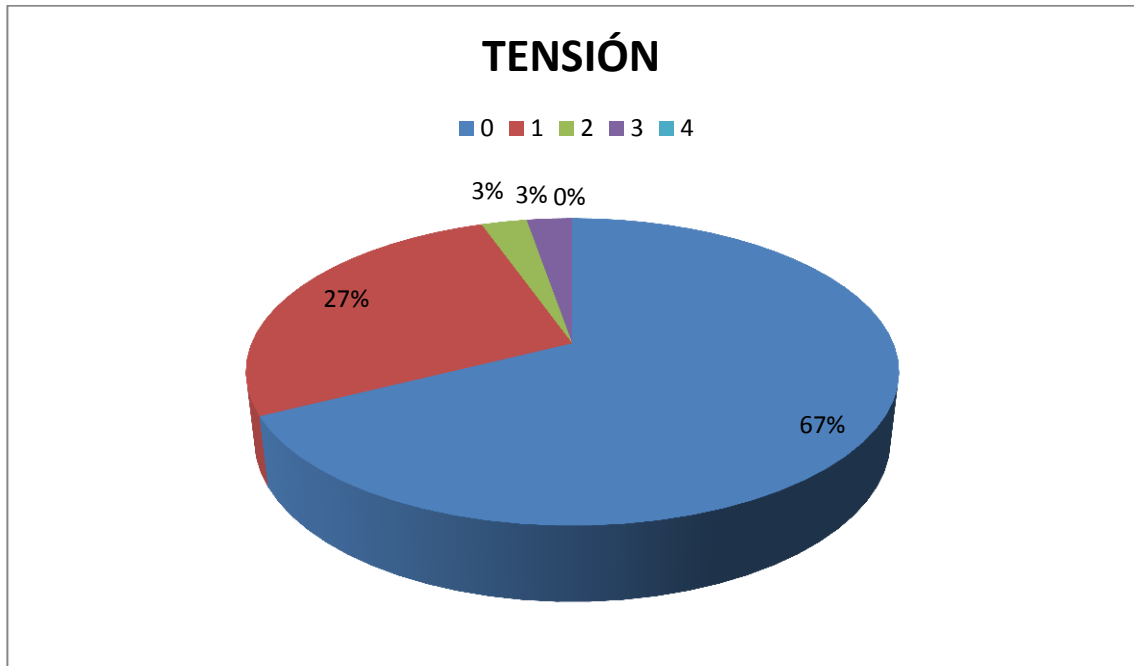
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**2.- Tensión.**

Cuadro # 18

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	25	67%
1	10	27%
2	1	3%
3	1	3%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 19



**Análisis:**

Se evidenció que de una población de 37 niños evaluados en total con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta numero dos (tensión) se obtiene que 25 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 68% de la población; 10 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 28% de la población; 1 niño presento una puntuación de 2 lo que representa un 2% de la población; 1 niño presento un puntaje de 3 lo que representa un 2% de la población y ningún niño presento una puntuación de 4 lo que representa a un 0% de la población.

**Interpretación:**

La información de este grafico muestra que en un alto porcentaje los niños evaluados tienen baja puntuación en cuanto a tensión lo que nos manifiesta que en la gran mayoría de la población no existe tensión al momento de la evaluación o si existe lo hace en un rango mínimo, En las evaluaciones solamente un pequeño porcentaje de los niños mostraron alta alteración en la tensión caracterizada principalmente por falta

de amigabilidad, imposibilidad de relajarse, temblor , sensación de no poder quedarse en un solo lugar.

**Autor.- Carlos Ibarra**

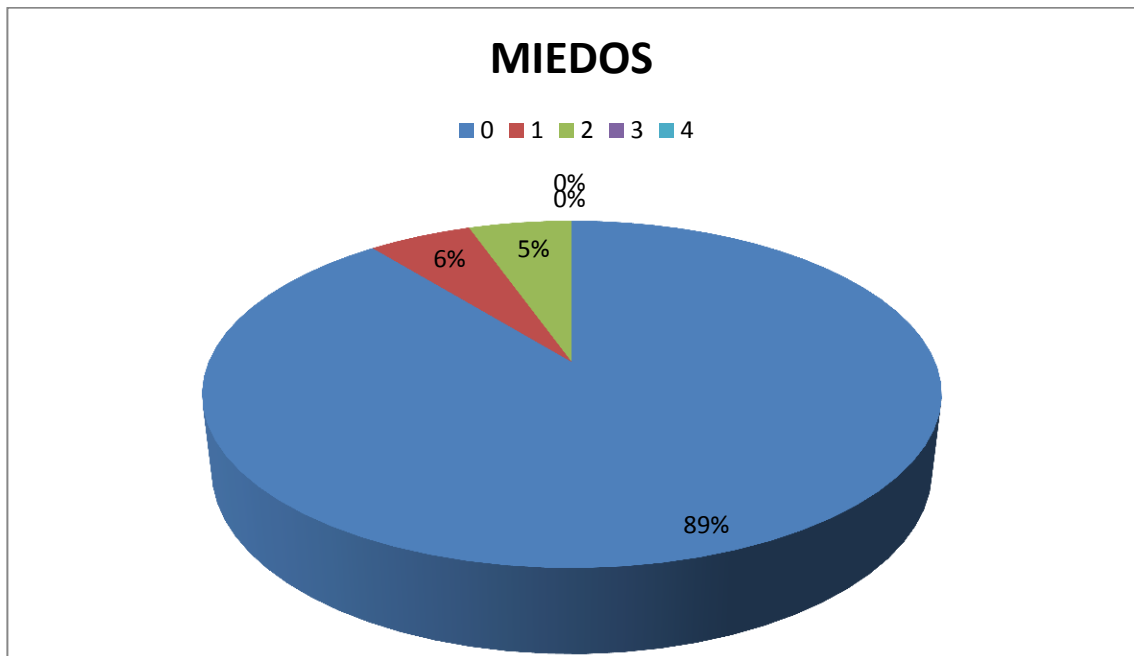
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

### **3.- Miedos.**

Cuadro # 19

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	33	89%
1	2	6%
2	2	5%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 20



**Análisis:**

Como marca este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número tres (miedos) se obtuvo que 33 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 89% de la población; 2 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 6% de la población; 2 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 5% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 3 o de 4 lo que representa a un 0% de la población.

**Interpretación:**

Este gráfico marca que existió un muy alto porcentaje de niños evaluados los cuales no presentaron ningún miedo identificable o directo hacia alguna persona, lugar o circunstancia, según los datos obtenidos una minoría de los niños evaluados presentaron alguna sensación de miedo sin que esta sea altamente considerable o manifestó presentar un miedo posiblemente identificable pero no de carácter incapacitante.

En su mayoría los niños mencionan encontrarse en un lugar el cuál les hace sentirse seguros y protegidos, y el estar siempre en compañía de sus pares y personal de la fundación hace que estos miedos se presenten en pocas ocasiones y si lo hacen estos pueden ser escuchados y atendidos prontamente.

**Autor.- Carlos Ibarra**

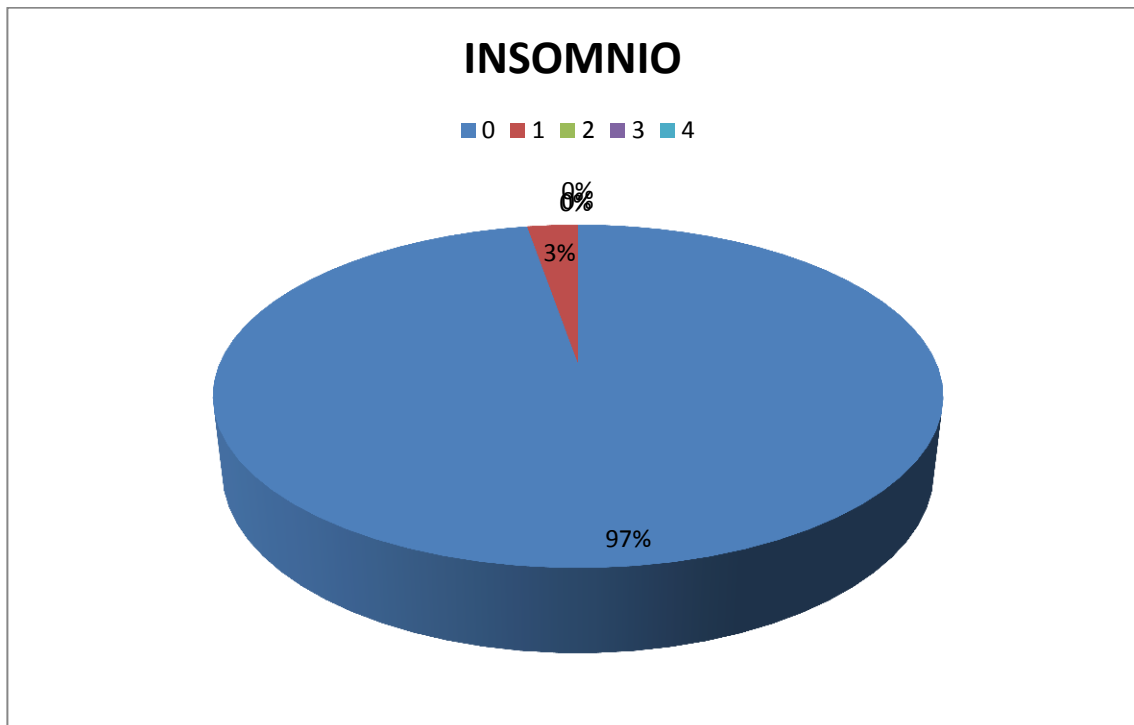
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**4.- Insomnio.**

Cuadro # 20

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	36	97%
1	1	3%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 21



**Análisis:**

El cuadro muestra que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número cuatro (insomnio) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97 % de la población; 1 niño presentó una puntuación de 1 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presentó una puntuación de más de uno lo que representa a un 0% de la población.

**Interpretación:**

Como se muestra en este gráfico casi la totalidad de niños evaluados no presentaron alteración en el sueño sea este insomnio inicial, medio o final, dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas o terrores nocturnos. Existe una minoría la cual presentó una alteración en el sueño con calificación baja presentándose en ellos episodios aislados

sueños interrumpidos o presencia de pesadillas sin que estas marquen el desarrollo de la cotidianidad del niño. Es considerable que la regulación del ritmo circadiano en los niños esta dada por el cumplimiento de las actividades diarias dentro del programa teniendo a diario una hora fija para dormir y despertarse, dejando a si a las excepciones circunstanciales originadas por algún desfase de carácter emocional, las mismas que son atendidas por el personal a cargo.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

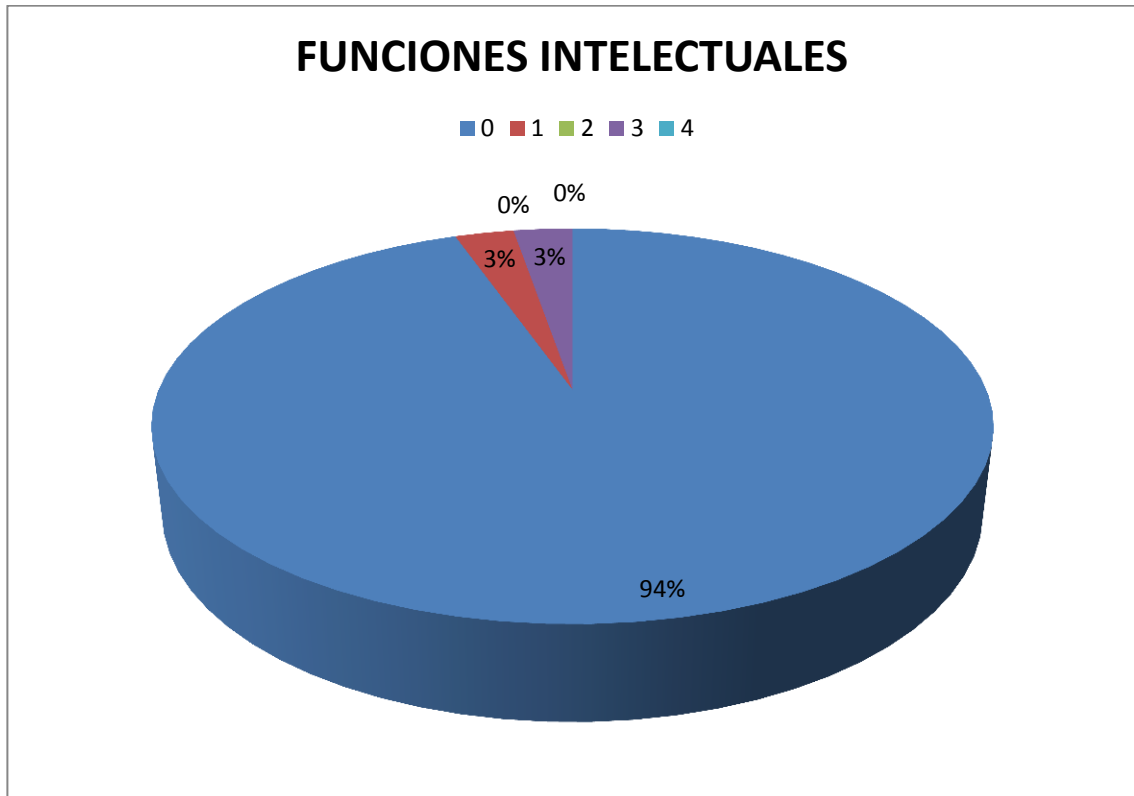
**5.- Funciones intelectuales.**

Cuadro # 21

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	35	94%
1	1	3%
2	0	0%
3	1	3%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%



Gráfico # 22



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número cinco (funciones intelectuales) se obtiene que 35 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 94% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 1 lo que representa un 3% de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 0% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 3 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

En este gráfico se muestra que existió un porcentaje muy alto de niños evaluados los cuales no presentaron alteración en sus funciones intelectuales, una minoría de la población evaluada mostró un rango de calificación bajo presentando una ligera

dificultad en la concentración, dificultad de memorizar y falta de motivación en desarrollar este tipo de actividades. Es necesario mencionar que las alteraciones en las funciones intelectuales originadas por alteraciones emocionales son mínimas en la población estudiada, teniendo pocas excepciones que presentan estas dificultades originadas principalmente por trastornos de aprendizaje las mismas que en lo posible son atendidas por personal calificado

**Autor.- Carlos Ibarra**

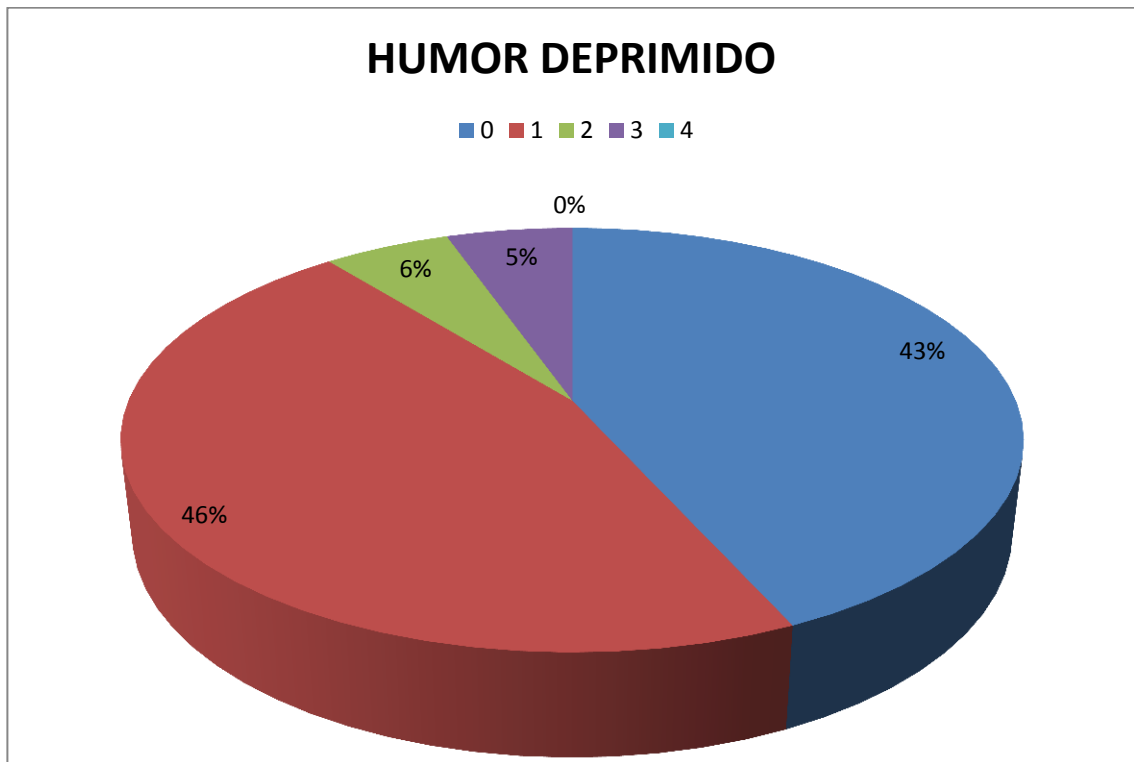
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**6.- Humor deprimido.**

Cuadro # 22

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	16	43%
1	17	46%
2	2	6%
3	2	5%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 23



**Análisis:**

Como se muestra, de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número seis (humor deprimido) se obtiene que 16 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 43% de la población; 17 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 46% de la población; 2 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 6% de la población; 2 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 5% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Este gráfico muestra que existió un porcentaje cercano a la mitad de niños evaluados los cuales no presentaron alteración en su humor de carácter depresivo, de igual forma un alto porcentaje de la población evaluada mostro un rango de calificación en

la prueba de 1 presentando una alteración en su humor de características depresivas, y se encontró una minoría en la población evaluada con una alteración del humor correspondiente al rango de la prueba de 2 y 3 mostrando características depresivas como: falta de interés, anedonia, despertar precoz o variaciones del humor a lo largo del día.

**Autor.- Carlos Ibarra**

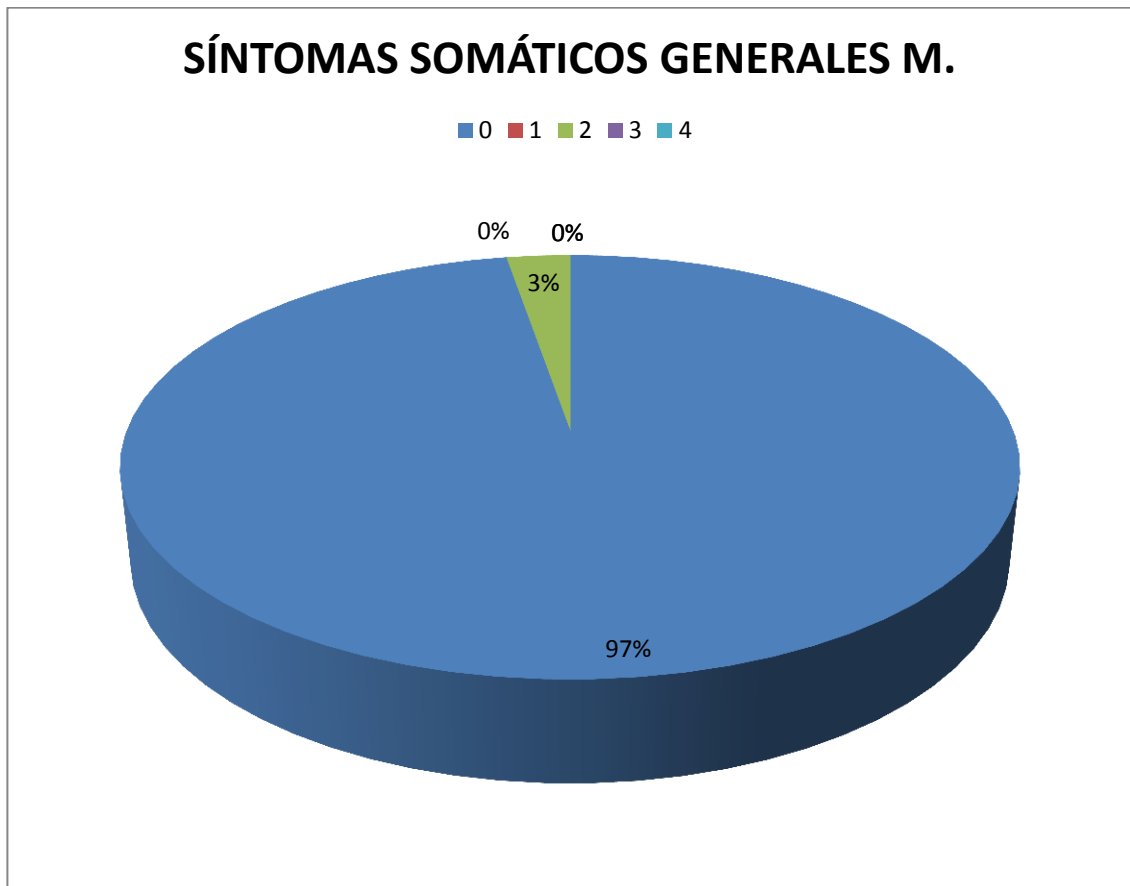
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**7.- Síntomas somáticos generales (musculares).**

Cuadro # 23

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	36	97%
1	0	0%
2	1	3%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 24



**Análisis:**

Este cuadro señala que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número siete (síntomas somáticos generales musculares) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97 % de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 0% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 2 lo que representa un 3% de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 0% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Como dicta este grafico existió un porcentaje muy alto de niños evaluados los cuales no presentaron alguna sintomatología general de tipo muscular como son dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, vos poco firme o insegura. Un niño perteneciente a la población evaluada refirió presentar una molestia a nivel muscular y dolor eventual.

**Autor.- Carlos Ibarra**

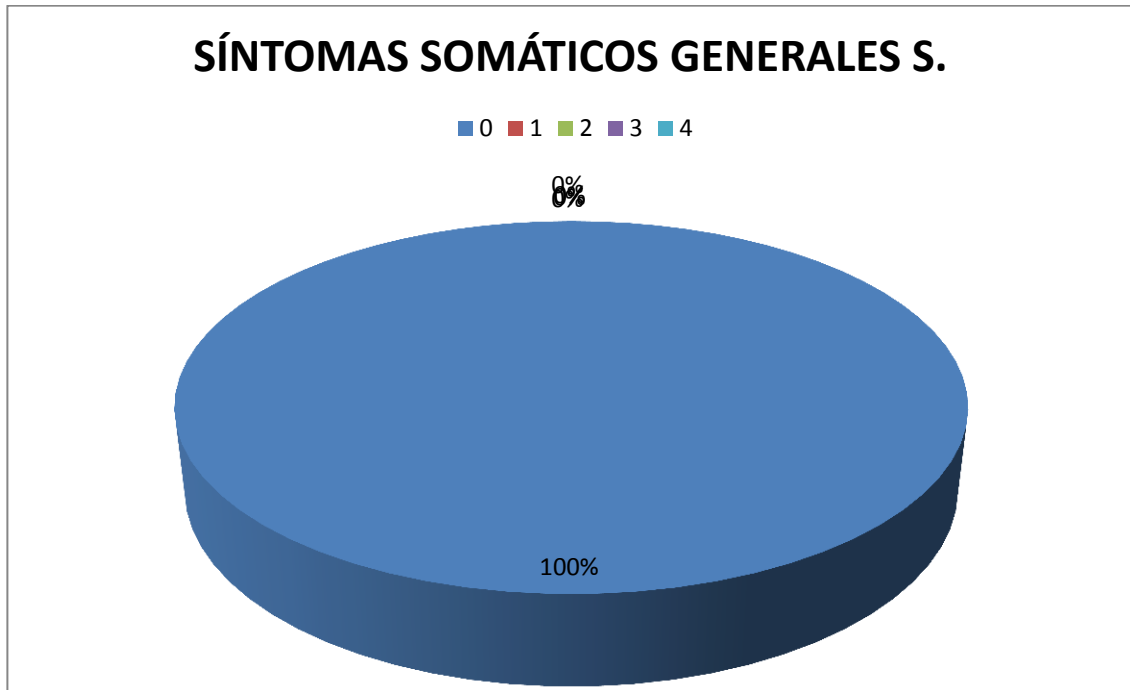
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales).**

Cuadro # 24

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 25



**Análisis:**

Como marca este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número ocho (síntomas somáticos generales sensoriales) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Según este gráfico existió un porcentaje total de niños evaluados los cuales no presentaron alguna sintomatología general de tipo sensorial anormal siendo estas: zumbidos en el oído, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, o sensación de hormigueo.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

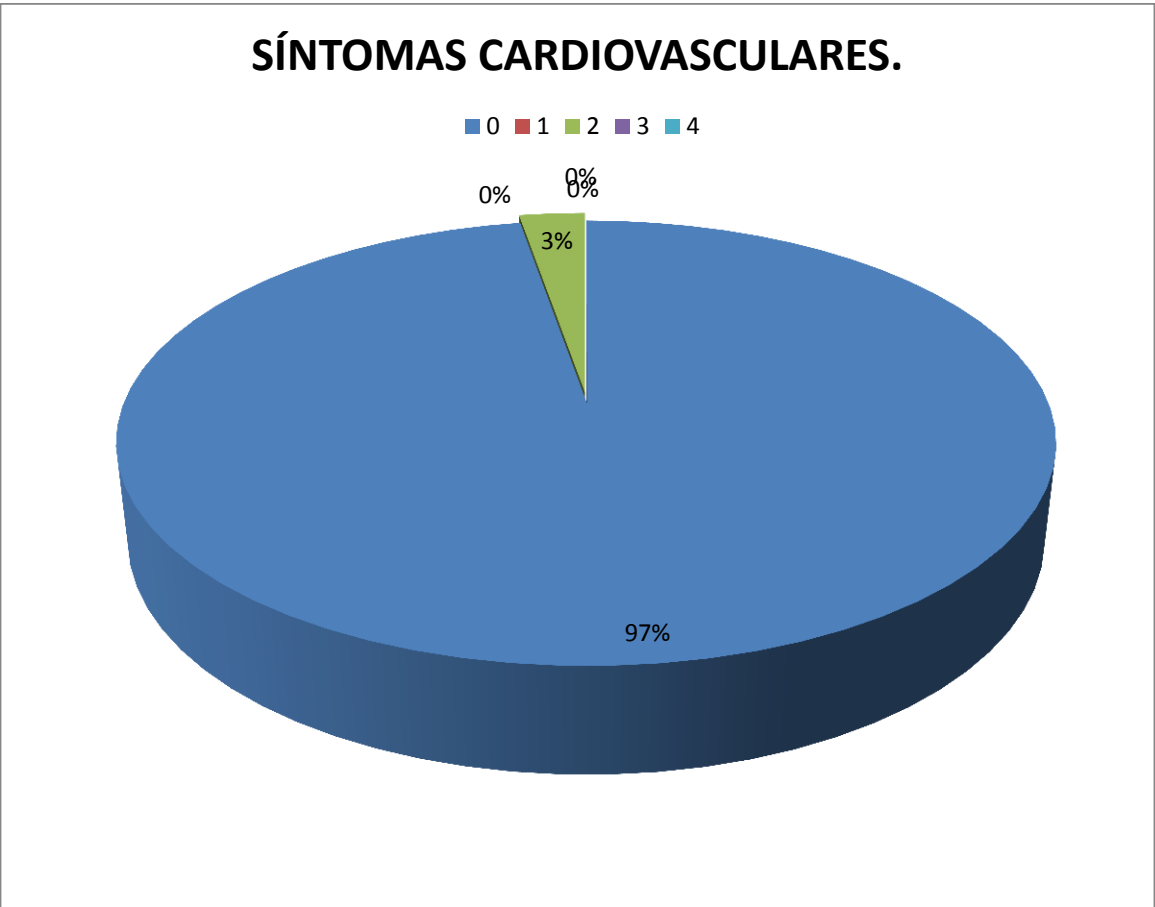
## 9.- Síntomas cardiovasculares.

Cuadro # 25

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	36	97%
1	0	0%
2	1	3%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 26





**Análisis:**

Se evidencio que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número nueve (síntomas cardiovasculares) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97% de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 0% de la población; 1 niño presento una puntuación de 2 lo que representa un 3% de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 0% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Se encontró que casi la totalidad de niños evaluados no presentaron alguna sintomatología cardiovascular como: taquicardia, palpitaciones, dolores de pecho,

latidos vasculares, extrasístoles. Un niño menciona presentar dolores en el pecho eventualmente.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**10.- Síntomas respiratorios.**

Cuadro # 26

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 27



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número diez (síntomas respiratorios) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Según se muestra en este gráfico existió un porcentaje correspondiente a la totalidad de los niños evaluados que no presentaron alguna sintomatología respiratoria siendo estas: sensación de peso en el pecho, sensación de presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire.

**Autor.- Carlos Ibarra**

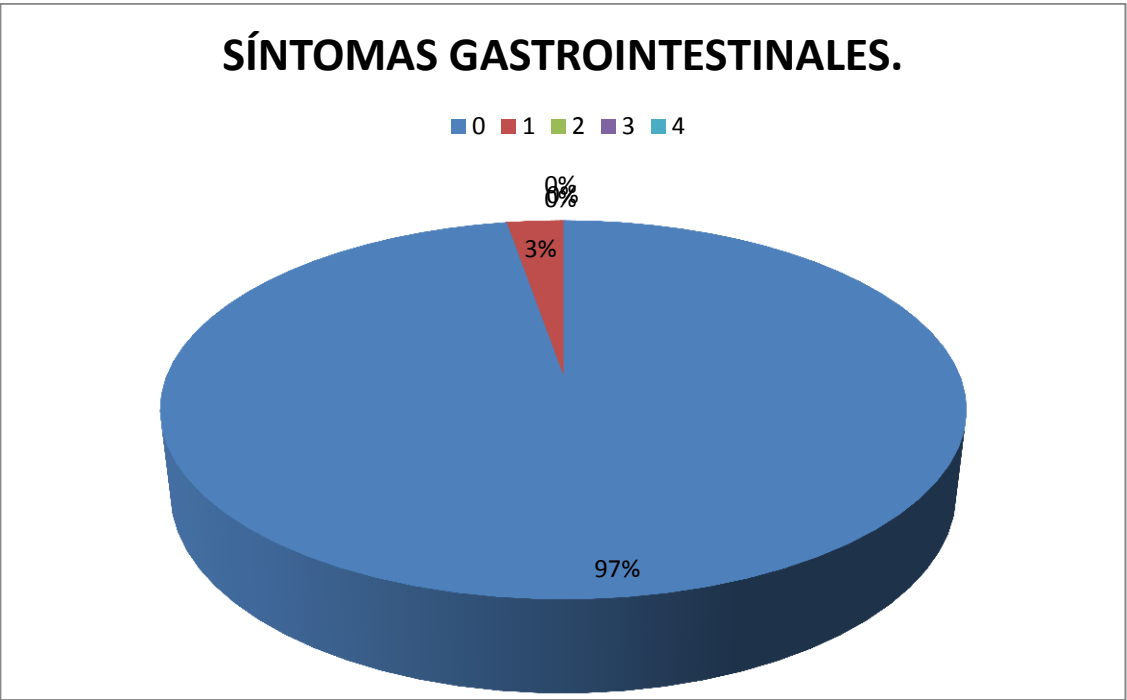
**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**11.- Síntomas gastrointestinales.**

Cuadro # 27

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	36	97%
1	1	3%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 28



**Análisis:**

Como señala este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número once (síntomas gastrointestinales) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 1 lo que representa un 3% de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 0% de la población; 0 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 0% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

En este gráfico se muestra que existió un porcentaje de casi la totalidad de los niños evaluados que no presentaron alguna sintomatología gastrointestinal como son: dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de

estomago vacio, solamente un niño mostro un rango de calificación en la prueba de 1 presentando vómitos y dolor de estomago eventualmente.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

## **12.- Síntomas genitourinarios.**

Cuadro # 28

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
7	37	100%

Gráfico # 29



**Análisis:**

El cuadro marca que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta numero 12 (síntomas genitourinarios) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Se determino una totalidad de niños evaluados los cuales no refieren alguna sintomatología genitourinaria siendo estas: amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, desarrollo de la frigidez, eyaculación precoz, impotencia.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**13.- Síntomas del sistema nervioso.**

Cuadro # 29

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%



Gráfico # 30



**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton en su pregunta número 13 (síntomas del sistema nervioso) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Como se muestra existió un porcentaje total de niños evaluados los cuales no presentaron alguna sintomatología del sistema nervioso siendo estas: sequedad en la boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

### Resultados finales de la prueba Escala de Hamilton para la ansiedad

Cuadro # 30

<b>PUNTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	1	3%
1	15	41%
2	7	19%
3	7	19%
4	1	3%
5	2	6%
6	1	3%
7	1	3%
8	1	3%
9	1	3%
>9	0	0%

<b>TOTAL</b>		
	37	100%

**Análisis:**

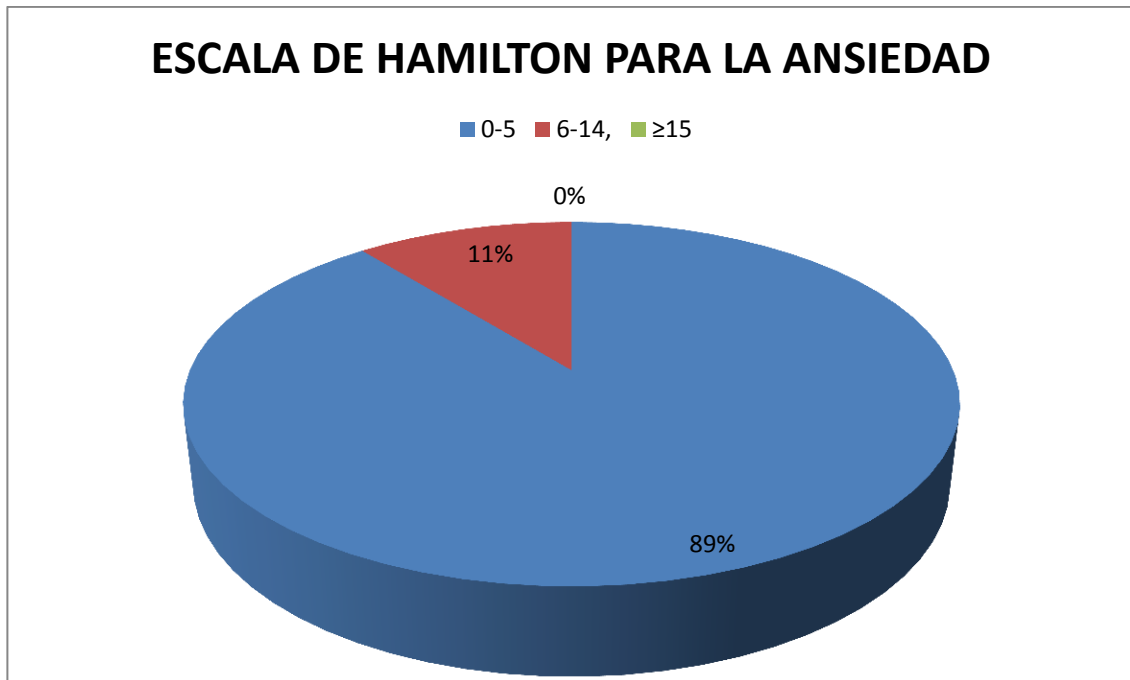
La información de este cuadro muestra que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Ansiedad de Hamilton se obtiene que 1 niño presentó una puntuación de 0 lo que representa un 3% de la población evaluada; 15 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 41% de la población evaluada; 7 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 19% de la población evaluada; 7 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 19% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 3% de la población evaluada; 2 niños presentaron una puntuación de 5 lo que representa un 6% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 6 lo que representa un 3% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 7 lo que representa un 3% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 8 lo que representa un 3% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 9 lo que representa un 3% de la población evaluada y ningún niño de la población evaluada presentó un puntaje en la prueba mayor a nueve lo que corresponde a un 0% de la población.

Según los cortes sugeridos en la corrección e interpretación de la escala de Hamilton para la Ansiedad.

Cuadro # 31

<b>RANGOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0-5	33	89%
6-14	4	11%
≥15	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 31



**Análisis:**

Se evidencio que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Hamilton para la ansiedad se obtuvo que 33 niños se encontraron dentro del rango de calificación de 0-5 lo que representa un 89% de la población evaluada; 4 niños presentaron un rango de 6-14 lo que representa un 11% de la población evaluada y ningún niño presento una calificación igual o mayor a 15 lo que representa un 0% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Según este grafico como resultado de la aplicación de la escala de Hamilton para la ansiedad a la población señalada se obtuvo que un 89% de la población tuvo un puntaje dentro del rango 0-5 lo que según los cortes sugeridos para la calificación e interpretación de esta escala representa la no presencia de ansiedad; un 11% de la población tuvo un puntaje dentro del rango de 6-14 lo que representa la presencia de ansiedad leve y ninguno de los niños presentan un calificación dentro del rango  $\geq 15$  lo que representa que ninguno de los niños evaluados presenta ansiedad moderada o grave.

Dentro de la población estudiada existe únicamente un pequeño porcentaje de niños con la presencia de ansiedad leve lo cual significa que presentan sintomatología ansiosa circunstancial o de poca intensidad.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la ansiedad**

**Cuestionario: Escala de Hamilton para la depresión**

Test: M. Hamilton, (1960)

Objetivo: Evaluar el nivel de intensidad de la ansiedad

**1. Humor deprimido**

Cuadro # 32

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	2	5%
1	29	78%
2	5	14%
3	1	3%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 32



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número uno (humor deprimido) se obtiene que 2 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 5% de la población; 29 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 78% de la población; 5 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 14% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 3 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Como se muestra en este gráfico existió un porcentaje menor de niños evaluados los cuales no presentaron alteración en su humor de carácter depresivo. Al contrario un alto porcentaje de la población evaluada mostró un rango de calificación en la prueba de 1 presentando una alteración en su humor de características depresivas leves. Se

encontró la existencia de una parte minoritaria de la población con un rango correspondiente a 2 y 3 mostrando características depresivas como: falta de interés, anedonia, despertar precoz o variaciones del humor a lo largo del día.

La presencia de humor deprimido dentro de la población estudiada es un factor altamente detectado por el personal de la institución considerando las características de los niños dentro de la vivencia del proceso, por lo cual este es atendido rápidamente y por lo general no llega a convertirse en una constante en los niños.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

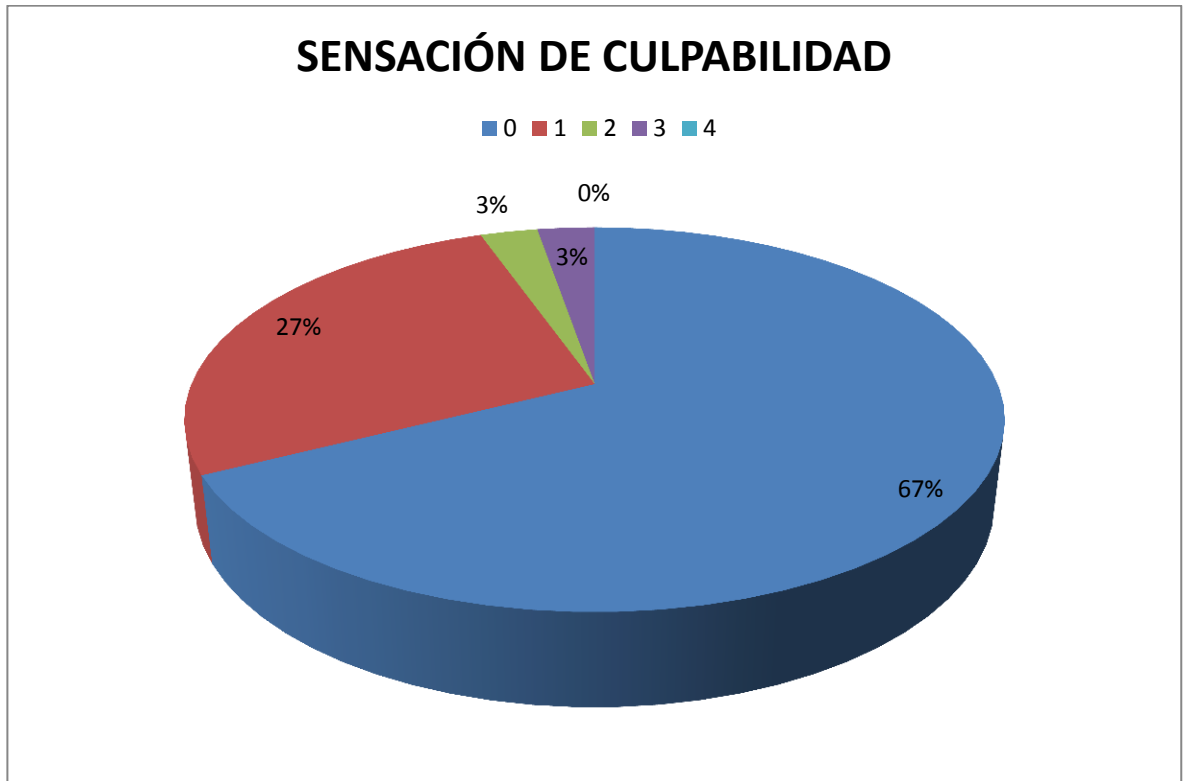


## 2.- Sensación de culpabilidad.

Cuadro # 33

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	25	67%
1	10	27%
2	1	3%
3	1	3%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 33



**Análisis:**

Acorde a este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta numero dos (sensación de culpabilidad) se obtiene que 25 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 67% de la población; 10 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 27% de la población; 1 niño presento una puntuación de 2 lo que representa un 3% de la población; 1 niño presento una puntuación de 3 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presentó una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

La información de este grafico muestra que existió un alto porcentaje de niños quienes refieren no sentir alguna sensación de culpabilidad, sin embargo

considerando la parte de la población que posee alguna puntuación al respecto se evidencia que en la mayoría corresponde a las características de víctimas de maltrato, de explotación o de abuso, o como refieren algunos de los mismos se sienten culpables al verse ellos castigados siendo internados en el acogimiento institucional.

**Autor.- Carlos Ibarra**

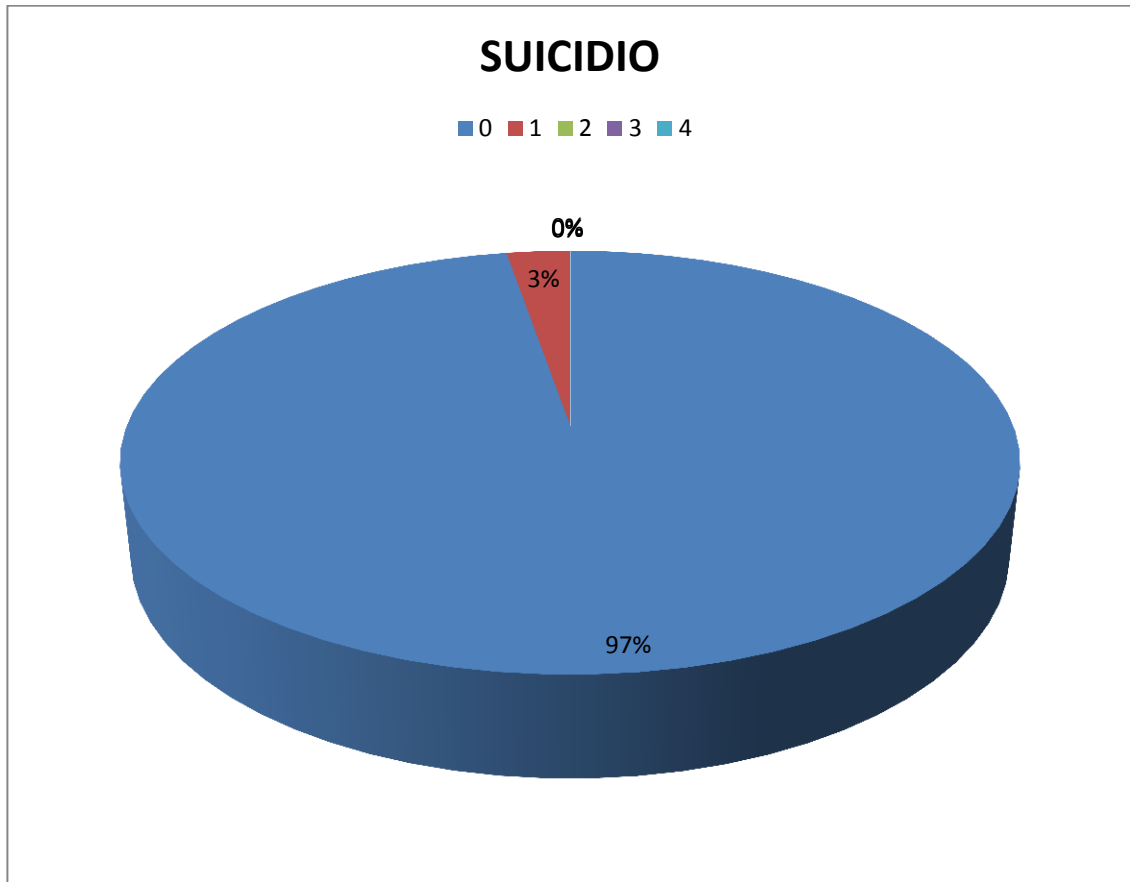
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**3.- Suicidio.**

Cuadro # 34

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	36	97%
1	1	3%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 34



**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número tres (suicidio) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 1 lo que representa un 3% de la población; y ningún niño presentó una puntuación mayor o igual a 2 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Existió un porcentaje de casi la totalidad de los niños evaluados que no presentaron ninguna manifestación de ideas o planificación suicida, un niño mostró un rango de calificación en la prueba de 1 presentando una idea de que la vida no merece ser

vivida pero sin presentar un deseo conciso de muerte, planificación, amenazas o intentos suicidas, esta expresión en vista de su intensidad es considerada como producto de la situación emocional del niño al momento de la evaluación.

**Autor.- Carlos Ibarra**

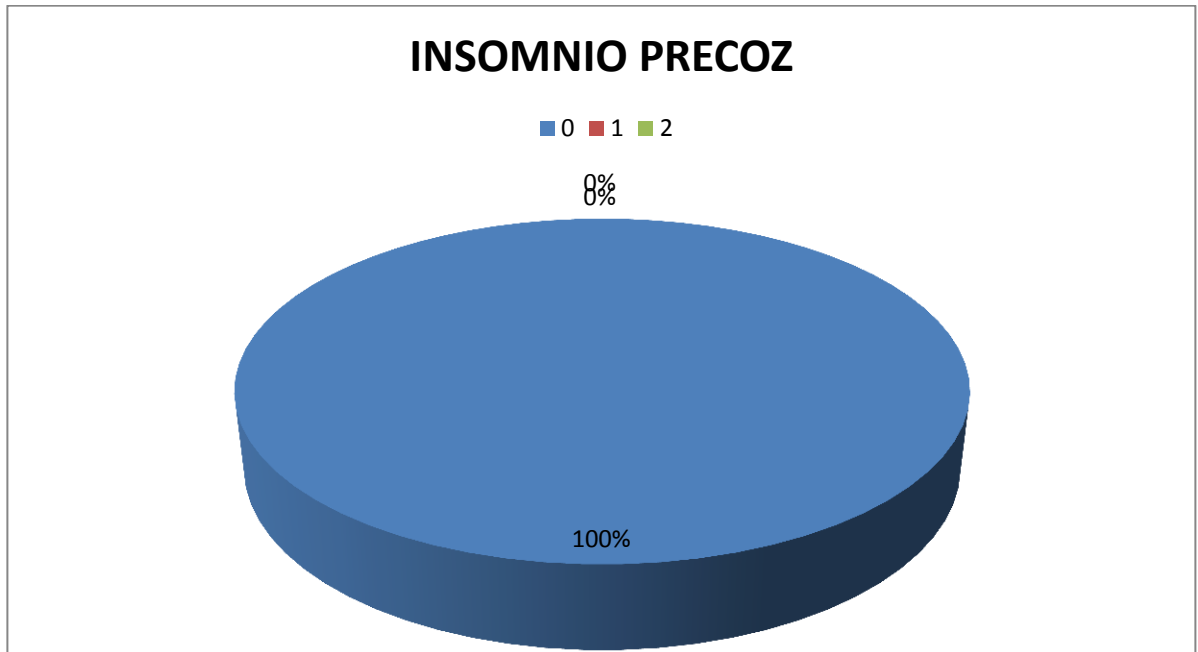
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

#### **4.- Insomnio precoz**

Cuadro # 35

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 35



**Análisis:**

Se evidenció que de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número cuatro (insomnio precoz) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Según este gráfico existió la totalidad de los niños evaluados que no presentaron ninguna manifestación de insomnio precoz durante la evaluación lo que significa que esta función no presenta alteración alguna en el total de la población.

**Autor.- Carlos Ibarra**

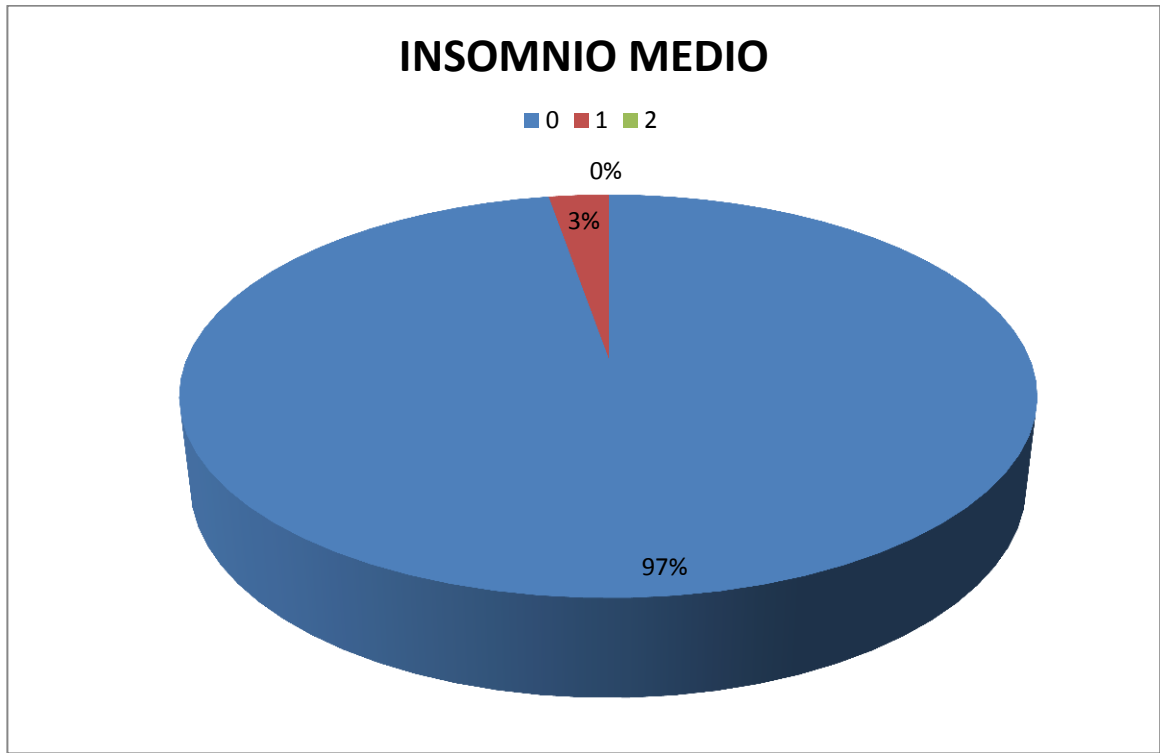
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**5.- Insomnio medio.**

Cuadro # 36

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	36	97%
1	1	3%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 36



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número cinco (insomnio medio) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97% de la población evaluada; 1 niño presenta un puntuación de 1 lo que representa un 3% de la población.

**Interpretación:**

Existió un porcentaje de casi la totalidad de los niños evaluados que no presentaron ninguna manifestación de insomnio medio durante la evaluación; teniendo a un niño de la población presentando un alteración leve, siendo esta presente de manera circunstancial.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

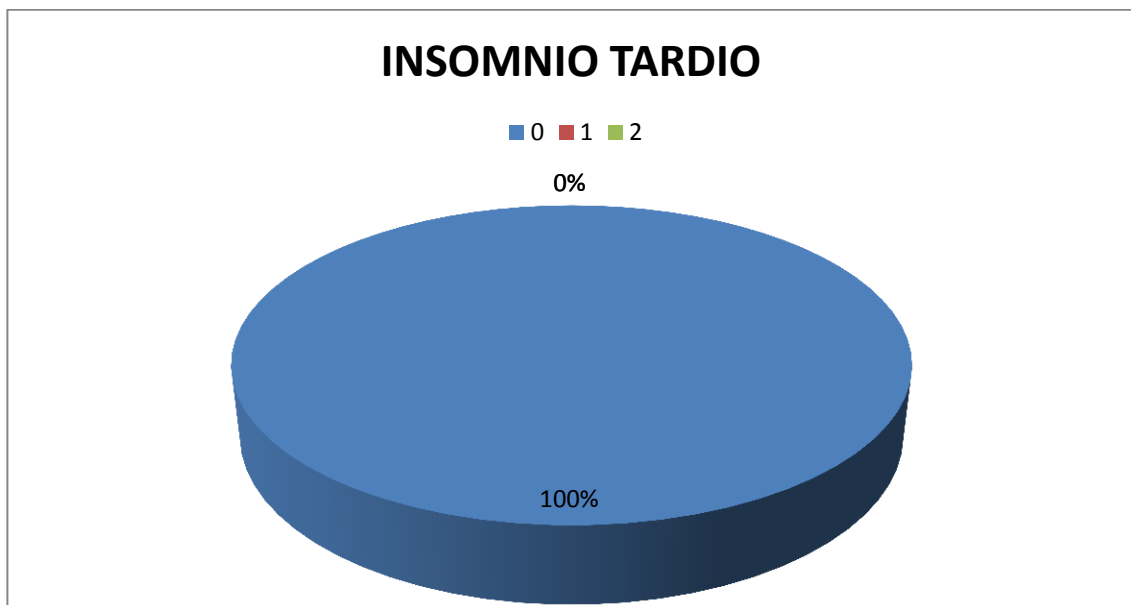


## 6.- Insomnio tardío

Cuadro # 37

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 37



**Análisis:**

Acorde a la información de este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número seis (insomnio tardío) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Se marca la totalidad de los niños evaluados sin presentar ninguna manifestación de insomnio tardío durante la evaluación lo que significa que esta función no presenta alteración alguna en el total de la población.

**Autor.- Carlos Ibarra**

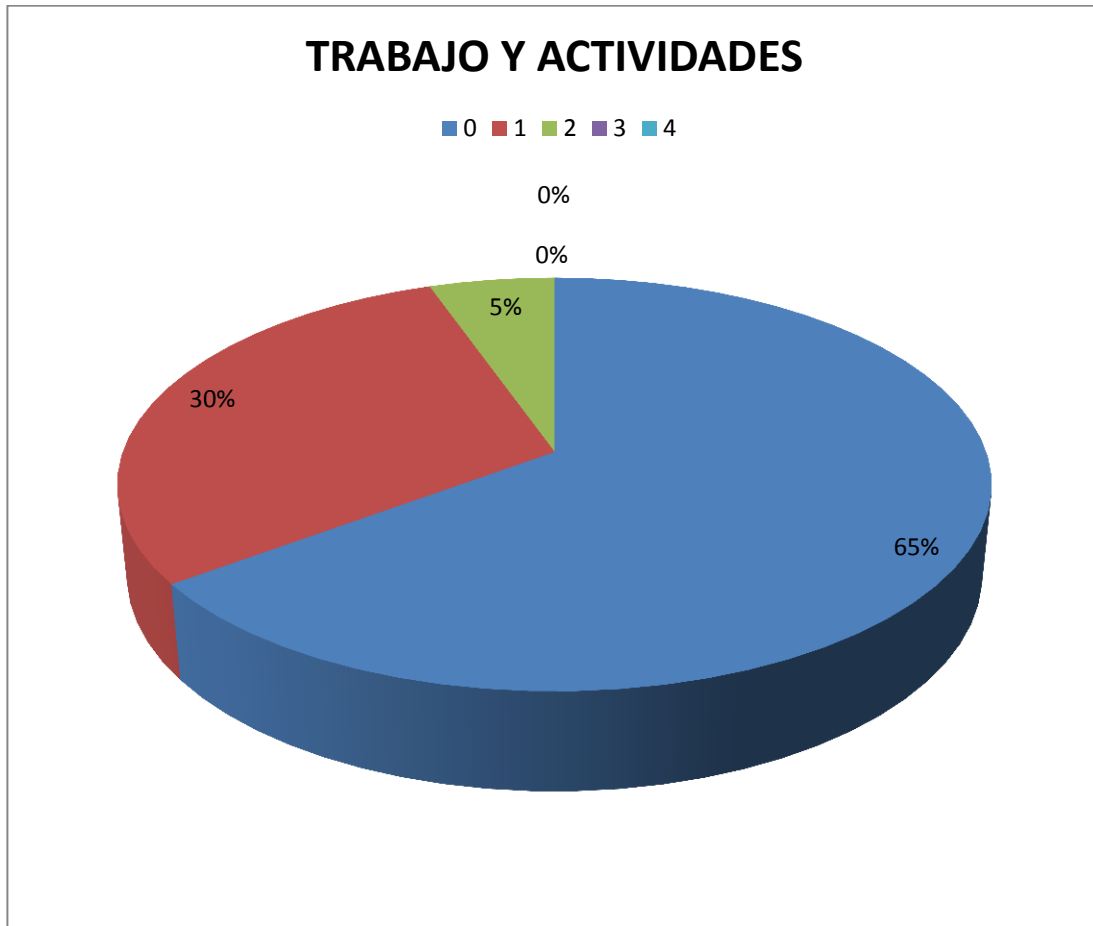
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

## 7.- Trabajo y actividades.

Cuadro # 38

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	24	65%
1	11	30%
2	2	5%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 38



**Análisis:**

Como se muestra, de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número siete (trabajo y actividades) se obtiene que 24 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 65% de la población; 11 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 30% de la población; 2 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 5% de la población y ningún niño presentó una puntuación mayor o igual a 3 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

La información de este gráfico muestra que existió un porcentaje de más de la mitad de niños evaluados los cuales no presentaron alguna manifestación de alteración en el desarrollo de sus actividades, encontrando al resto de la población presentando una alteración leve moderada en el desarrollo de sus actividades con características de falta de motivación, interés y energía para cumplirlas.

Es necesario destacar que en cuanto a la vivencia de los niños dentro del programa de acogimiento son motivados y guiados a cumplir con las actividades diarias por parte del personal y por sus pares reduciendo en gran número la reducción de la alteración en cuanto a esta interrogante.

**Autor.- Carlos Ibarra**

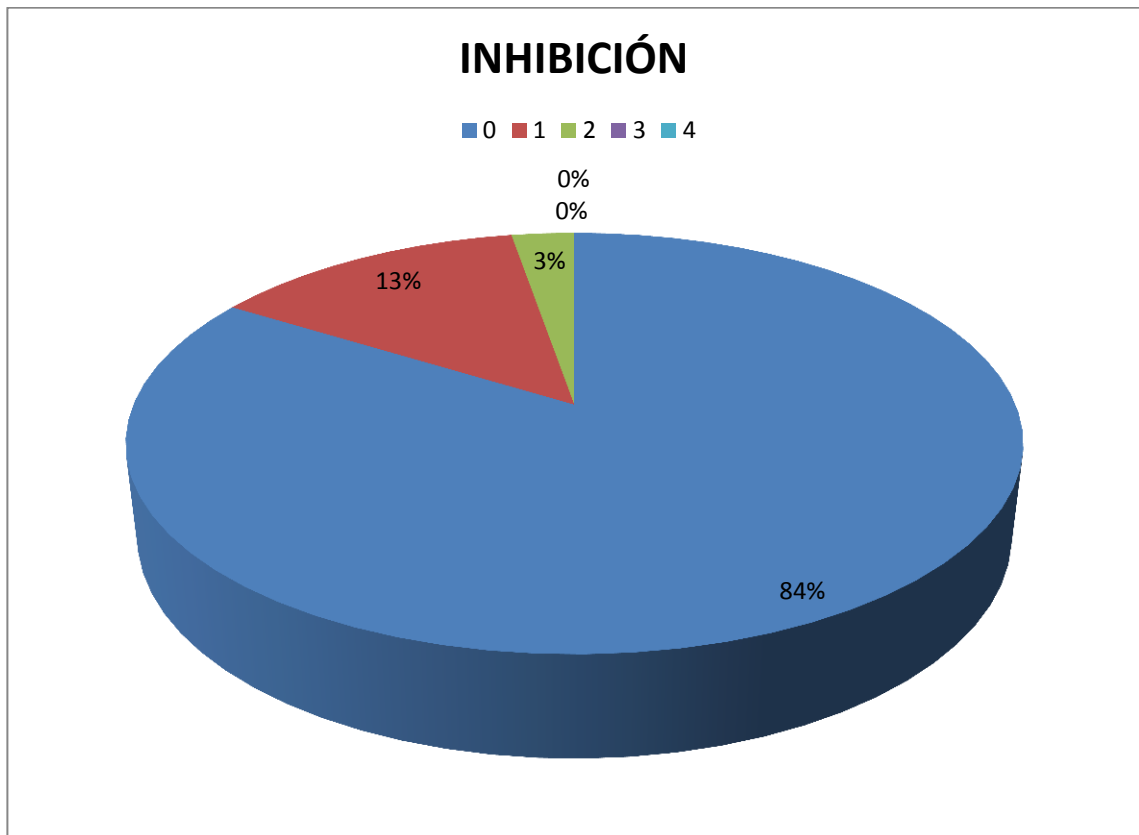
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

## 8.- Inhibición.

Cuadro # 39

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	31	84%
1	5	13%
2	1	3%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 39



**Análisis:**

El cuadro señala que de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número ocho (inhibición) se obtiene que 31 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 84% de la población; 5 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 13% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 2 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presentó una puntuación mayor o igual a 3 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Según este gráfico existió un porcentaje alto de niños evaluados los cuales no presentaron alguna manifestación de inhibición, encontrándose un porcentaje

mínimo que marca una puntuación de 1 y 2 presentando inhibición leve o moderada caracterizada por lentitud del pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

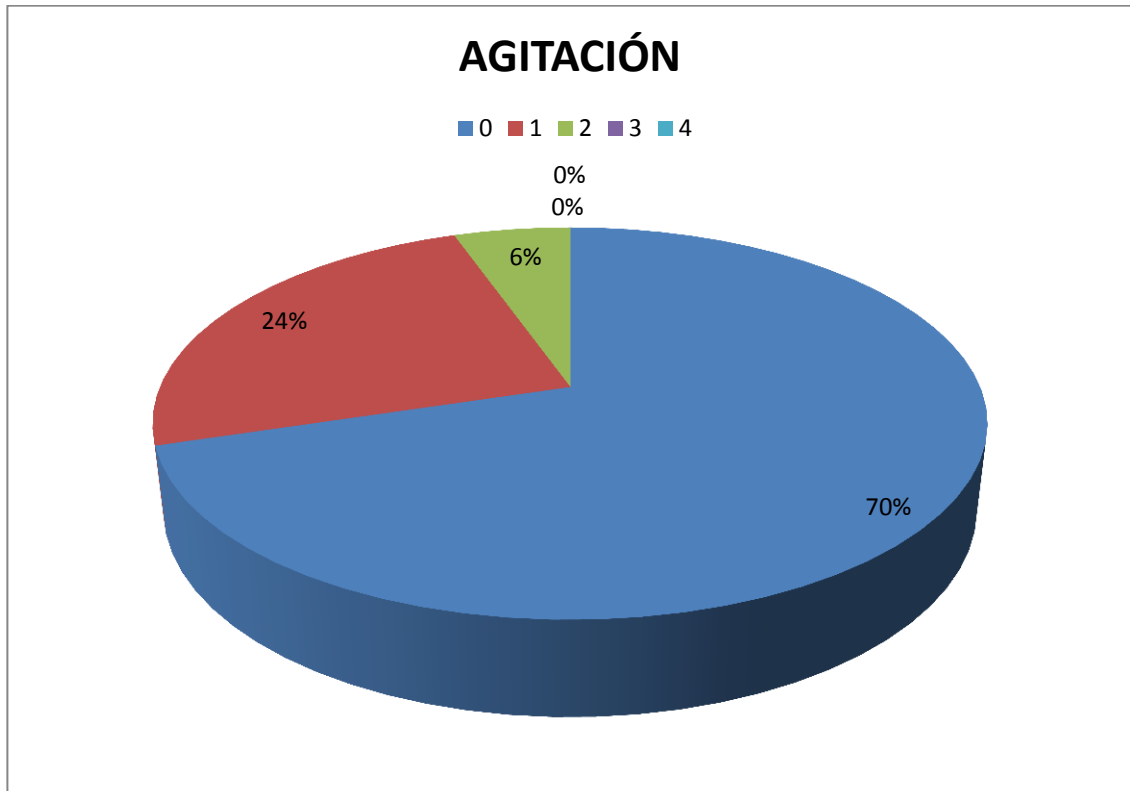
**9.- Agitación.**

Cuadro # 40

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	26	70%
1	9	24%
2	2	6%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%



Gráfico # 40



**Análisis:**

Se evidencio que de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número nueve (agitación) se obtiene que 26 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 70% de la población; 9 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 24% de la población; 2 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 6% de la población y ningún niño presentó una puntuación mayor o igual a 3 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

En el grafico se muestra un bajo porcentaje dentro de los niños evaluados mostrando características de inhibición en un nivel leve y moderado caracterizadas por:

sensación de intranquilidad, agitación psicomotriz, temblores, dificultad en la respiración.

**Autor.- Carlos Ibarra**

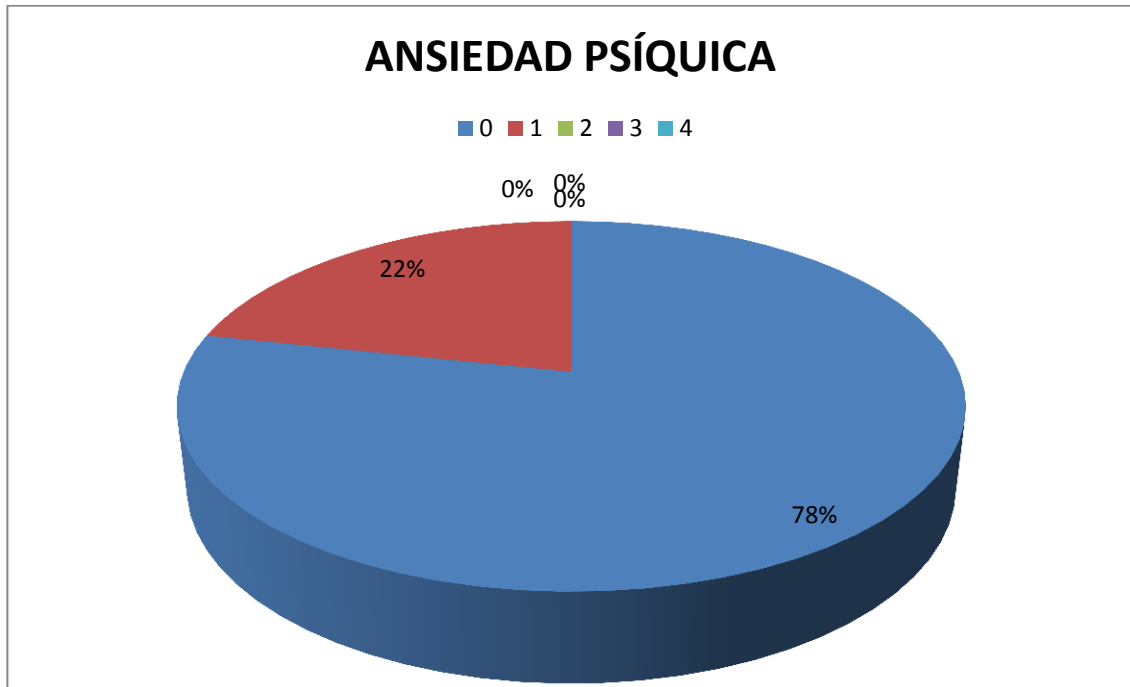
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**10.- Ansiedad psíquica.**

Cuadro # 41

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	29	78%
1	8	22%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 41



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número diez (ansiedad psíquica) se obtiene que 29 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 78% de la población; 8 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 22% de la población; y ningún niño presentó una puntuación mayor o igual a 2 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

Existió un porcentaje de 22% de la población evaluada que mostro un rango de calificación en la prueba de 1 presentando ansiedad psíquica leve. Caracterizada por sentimientos de inseguridad, sensación de intranquilidad, aprensión, sensación de futuro incierto.

**Autor.- Carlos Ibarra**

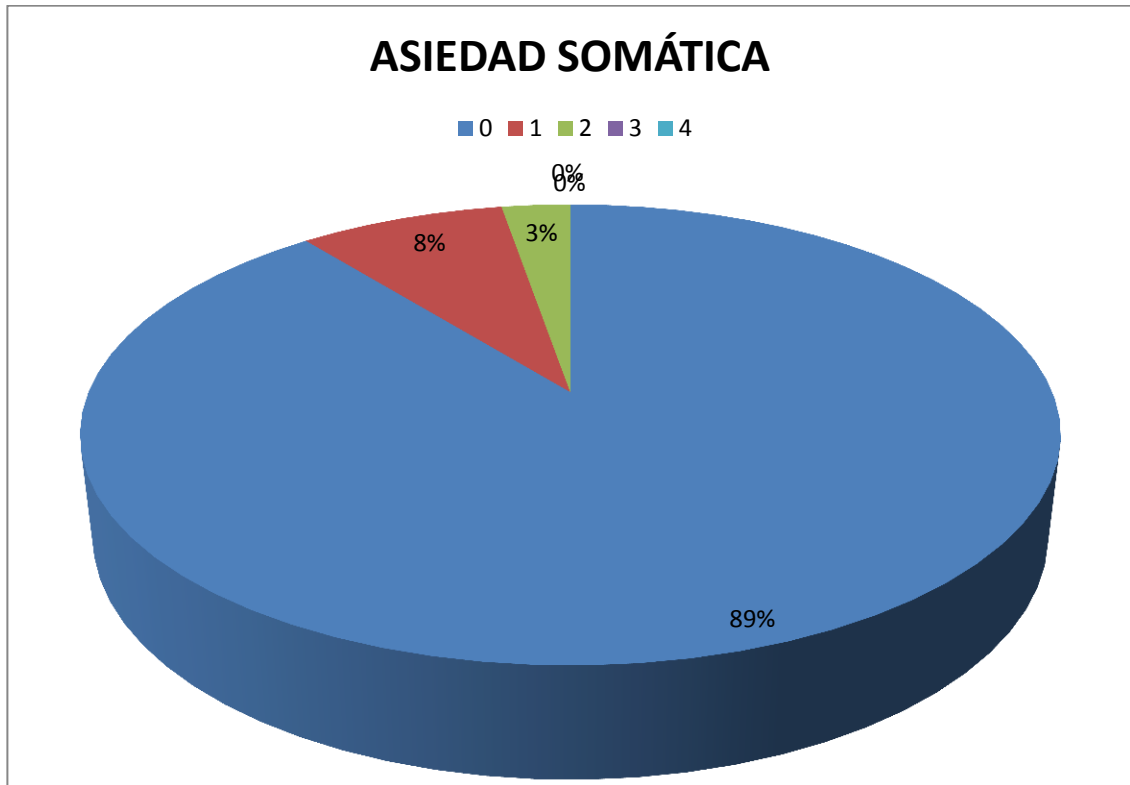
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**11.- Ansiedad somática.**

Cuadro # 42

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	33	89%
1	3	8%
2	1	3%
3	0	0%
4	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 42



**Análisis:**

Como marca este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número once (ansiedad somática) se obtiene que 33 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 89% de la población; 3 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 8% de la población; 1 niño presentó una puntuación de 2 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presentó una puntuación mayor o igual a 3 lo que representa un 0% de la población.

**Interpretación:**

En el gráfico se evidencia que existió un porcentaje de 8% de la población evaluada que mostró un rango de calificación en la prueba de 1 presentando ansiedad somática leve; el 3% de la población evaluada mostró una alteración moderada de ansiedad

somática caracterizada por: hiperhidrosis palmar, inquietud psicomotriz, taquicardia, taquipnea.

**Autor.- Carlos Ibarra**

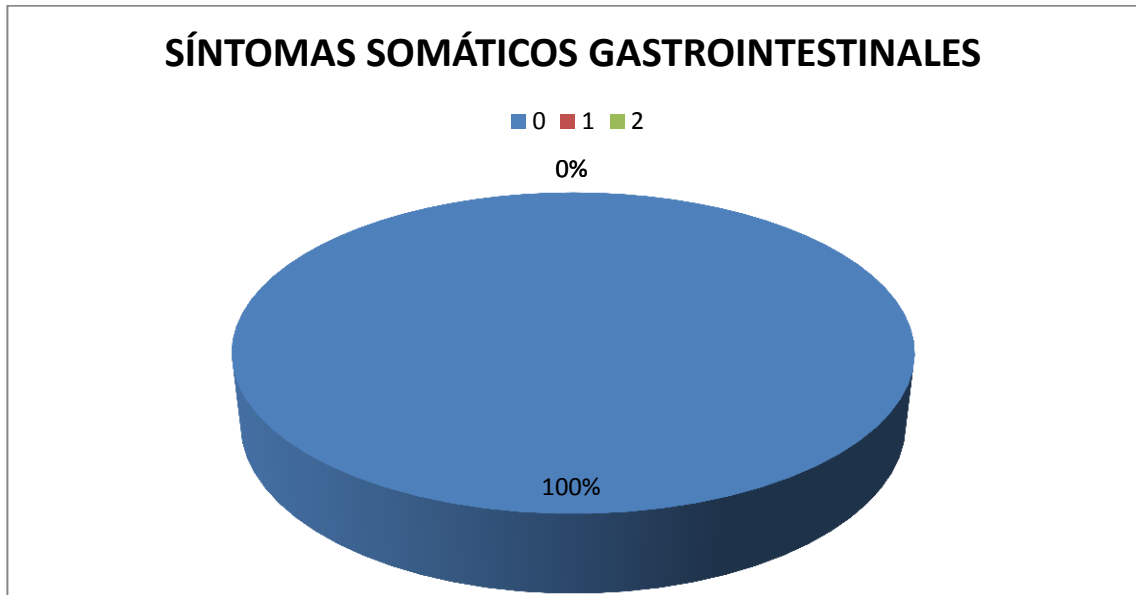
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.**

Cuadro # 43

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 43



**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número doce (síntomas somáticos gastrointestinales) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Como dicta este grafico existió un total del porcentaje de niños evaluados los cuales no presentaron ninguna manifestación de síntomas somáticos gastrointestinales caracterizados por: dolor de estomago antes o después de comer, disentería, pérdida de apetito, sensación de pesadez en el abdomen.

**Autor.- Carlos Ibarra**

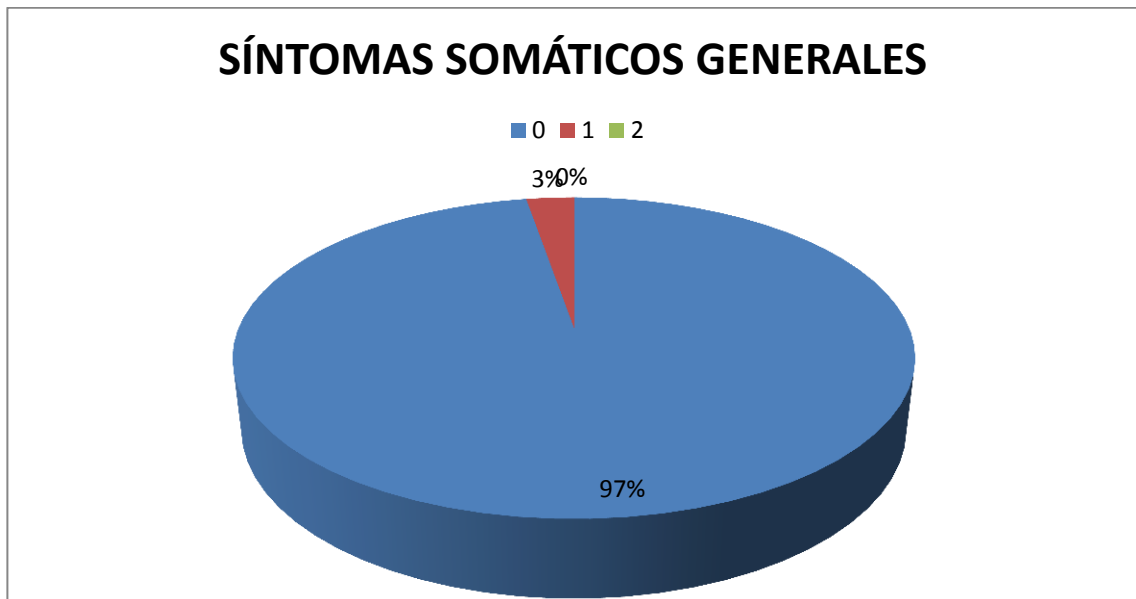
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

### 13.- Síntomas somáticos generales.

Cuadro # 44

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	36	97%
1	1	3%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 44





**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número trece (síntomas somáticos generales) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97% de la población evaluada, 1 niño presentó una puntuación.

**Interpretación:**

La información de este gráfico muestra que existió un niño de la población evaluada quien mostró presentar síntomas somáticos generales en un nivel leve caracterizados principalmente por: pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefaleas, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad.

**Autor.- Carlos Ibarra**

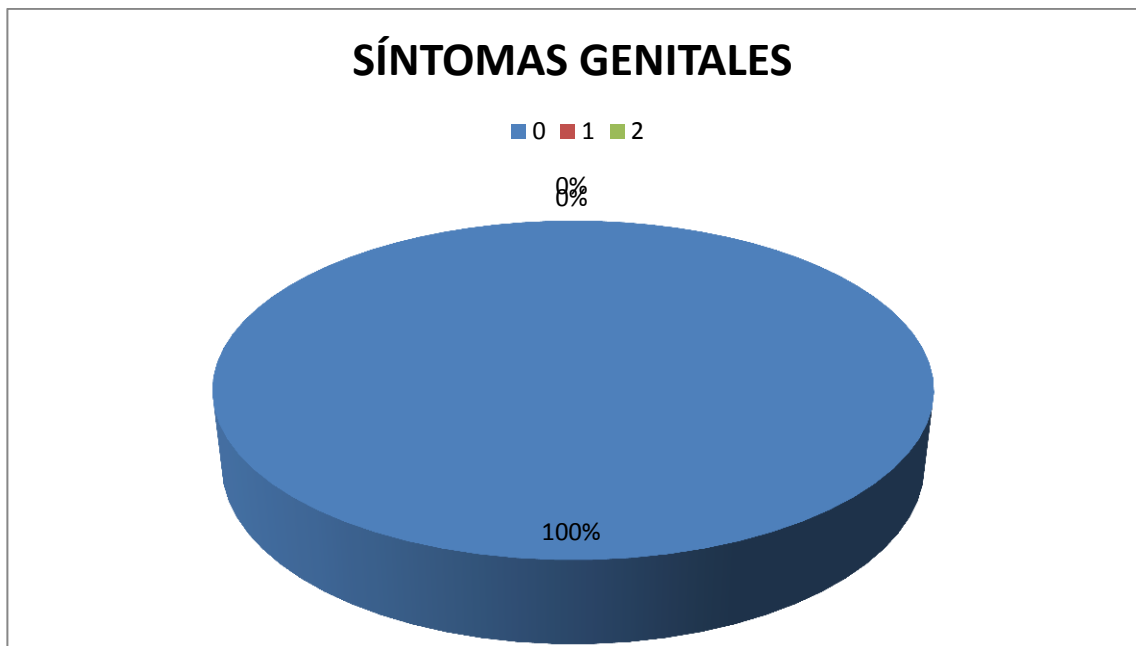
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

#### 14.- Síntomas genitales.

Cuadro # 45

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 45



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta numero catorce (síntomas genitales) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Según dicta este grafico existió un porcentaje de la totalidad de niños evaluados los cuales no presentaron ninguna manifestación de síntomas genitales, caracterizados por: disminución de la libido y trastornos menstruales. debido principalmente a su periodo evolutivo.

**Autor.- Carlos Ibarra**

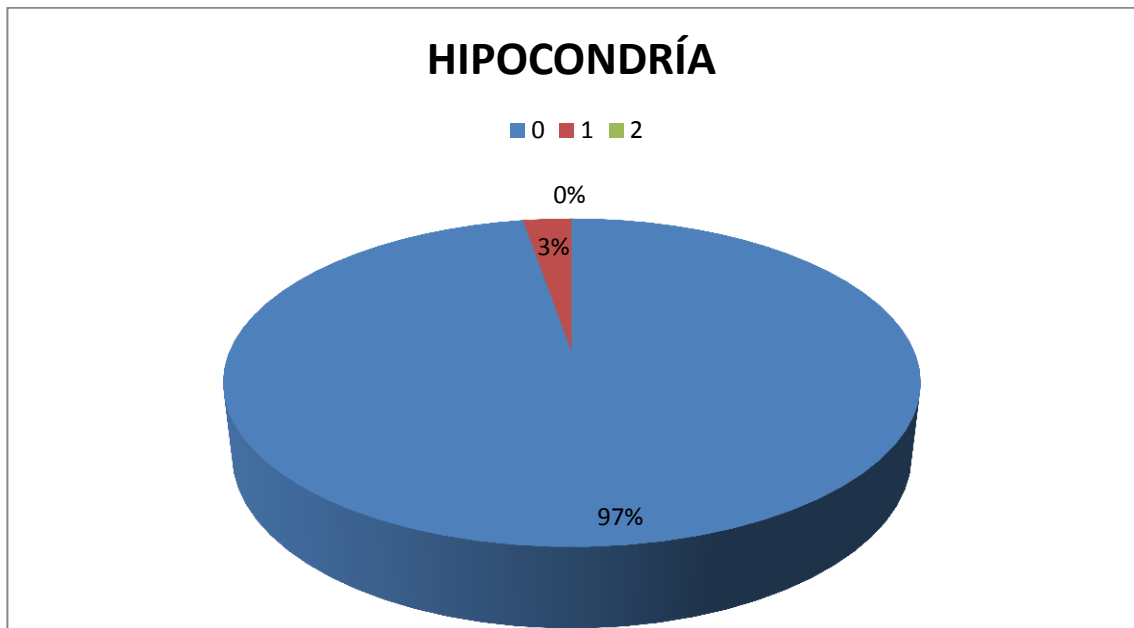
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

### 15.- Hipocondría.

Cuadro # 46

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	36	97%
1	1	3%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 46



**Análisis:**

Como marca este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número quince (hipocondría) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 97% de la población evaluada, 1 niño presentó una puntuación.

**Interpretación:**

En este gráfico muestra que existió un niño que mostró hipocondría en un nivel leve caracterizado principalmente por una preocupación insistente por sí mismo en cuanto a salud se trata.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**16.- Pérdida de peso.**

Cuadro # 47

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 47



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número dieciséis (pérdida de peso) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

En el gráfico se evidencia que existió una totalidad de los niños evaluados que no presentaron ninguna pérdida de peso a partir del inicio del proceso.

**Autor.- Carlos Ibarra**

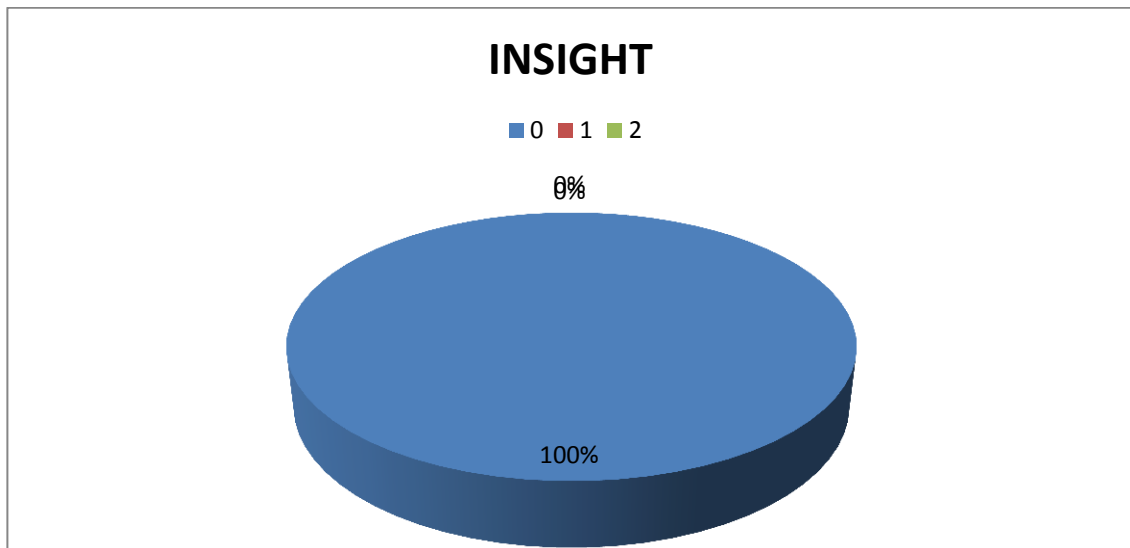
**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**17.- Insight.**

Cuadro # 48

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	37	100%
1	0	0%
2	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 48



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala Hamilton para la depresión en su pregunta número diecisiete (insight) se obtiene que 37 niños presentaron una puntuación de 0 lo que representa un 100% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Como se muestra en este gráfico existió un porcentaje de la totalidad de niños evaluados los cuales presentan una calificación de 0 lo que representa según la prueba que tienen poca asimilación o conciencia de la enfermedad esta pregunta es considerada poco relevante en esta investigación debido al periodo evolutivo de la población evaluada.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**



## Resultados finales de la prueba Escala de Hamilton para la depresión

Cuadro # 49

<b>PUNTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	1	3%
1	9	24%
2	6	15%
3	11	30%
4	6	16%
5	1	3%
6	0	0%
7	1	3%
8	1	3%
12	12	3%
>12		0%
<b>TOTAL</b>		

	37	100%
--	----	------

**Análisis:**

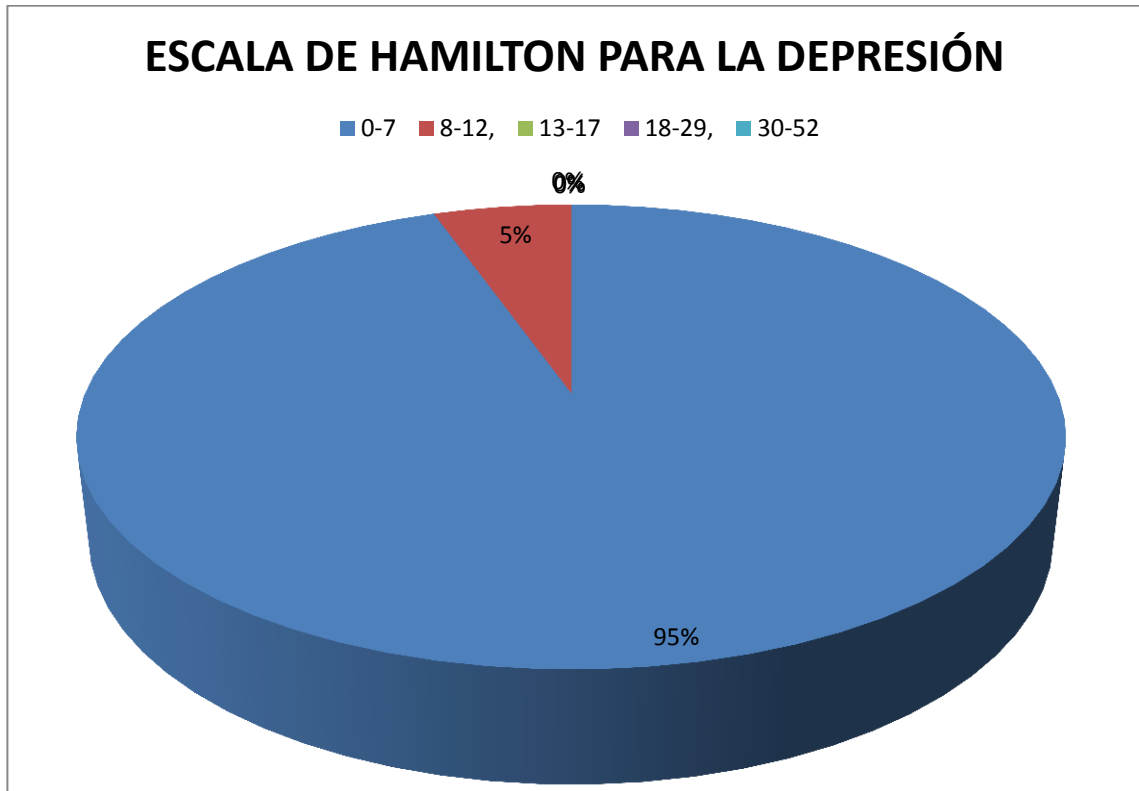
Este cuadro señala que de una población de 37 niños evaluados con la escala de Depresión de Hamilton se obtiene que 1 niño presentó una puntuación de 0 lo que representa un 3% de la población evaluada; 9 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 24.% de la población evaluada; 6 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 15% de la población evaluada; 11 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 30% de la población evaluada; 6 niños presentaron una puntuación de 4 lo que representa un 16% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 5 lo que representa un 3% de la población evaluada; 0 niños presentaron una puntuación de 6 lo que representa un 3% de la población, 1 niño presentó una puntuación de 7 lo que representa un 3% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 8 lo que representa un 3% de la población evaluada; 1 niño presentó una puntuación de 12 lo que representa un 3% de la población evaluada; y ningún niño de la población evaluada presentó un puntaje en la prueba mayor a 12 lo que corresponde a un 0% de la población.

Según los cortes sugeridos por Bech (1996) en la corrección e interpretación de la escala de Hamilton para la Depresión.

Cuadro # 50

<b>RANGOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0-7	35	95%
8-12	2	5%
13-17	0	0%
18-29	0	0%
30-52	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 49



**Análisis:**

Como se muestra en el cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala de Hamilton para la depresión se obtuvo que 35 niños se encontraron dentro del rango de calificación de 0-7 lo que representa un 95% de la población evaluada; 2 niños presentaron un rango de 8-12 lo que representa un 5% de la población evaluada y ningún niño presentó una calificación igual o mayor a 13 lo que representa un 0% de la población evaluada.

**Interpretación:**

La información de este gráfico muestra que como resultado de la aplicación de la escala de Hamilton para la ansiedad a la población señalada se obtuvo que un 95% de la población tuvo un puntaje dentro del rango 0-7 lo que según los cortes sugeridos por Bech (1996) para la calificación e interpretación de esta escala representa no

depresión; un 5% de la población tuvo un puntaje dentro del rango de 8-12 lo que representa la presencia de depresión menor y ninguno de los niños presentan un calificación dentro de un rango superior lo que representa que ninguno de los niños evaluados presenta depresión en niveles moderados o graves.

Dentro de la población estudiada existe únicamente un pequeño porcentaje de niños con la presencia de depresión menor lo cual significa que presentan sintomatología depresiva de poca intensidad.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Hamilton para la depresión**

**Cuestionario: Escala de Agresividad Manifiesta**

Test: S. C. Yudofsky, J.M. Silver, W. Jackson, J. Endicott, D. Williams, (1986)

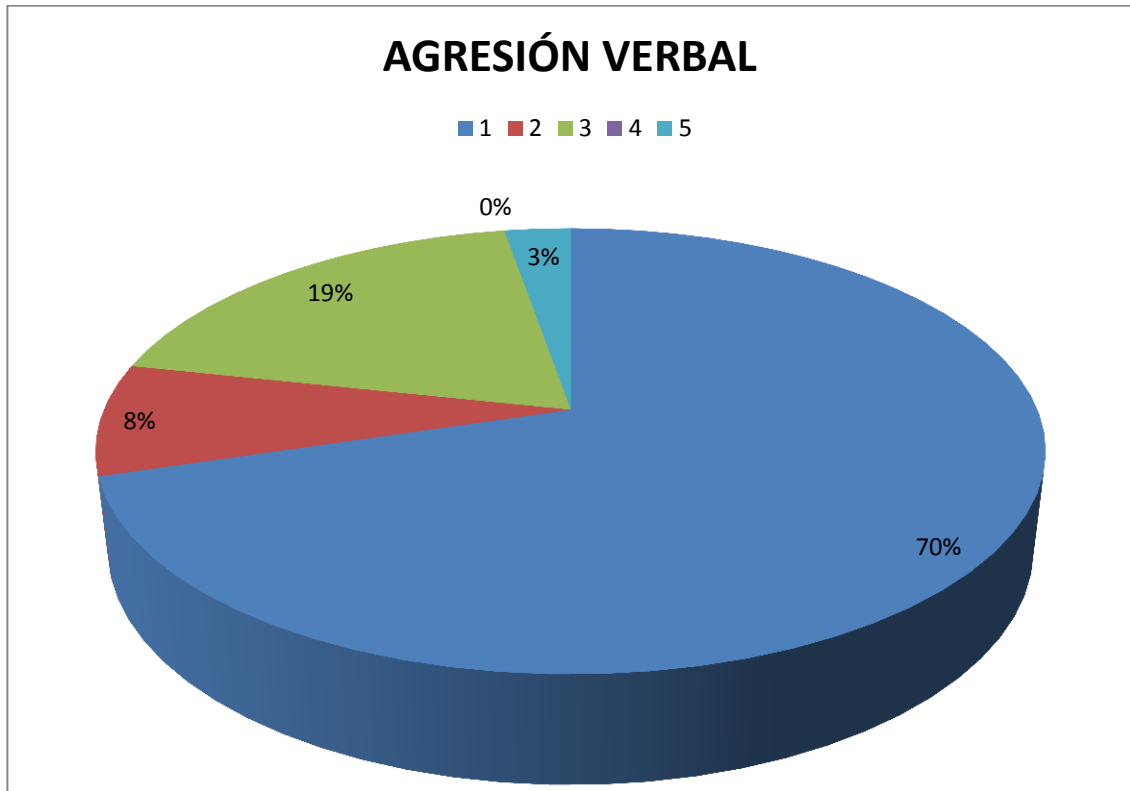
Objetivo: Evaluar objetivamente el nivel de agresividad.

**1.- Agresión verbal.**

Cuadro # 51

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	26	70%
2	3	8%
3	7	19%
4	0	0%
5	1	3%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 50



**Análisis:**

Acorde a la información, de una población de 37 niños evaluados con la escala de agresividad manifiesta en su pregunta numero uno (agresividad verbal) se obtiene que 26 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 70% de la población evaluada; 3 niños presentaron un puntuación de 2 lo que representa un 8% de la población; 7 niños presentaron un puntuación de 3 lo que representa un 19% de la población; ningún niño presenta una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población y 1 niño presento una puntuación de 5 lo que representa un 3% de la población evaluada.

**Interpretación:**

En el grafico se evidencia que existió un porcentaje de 70.% de niños evaluados los cuales no presentaron muestras de agresión verbal, el 8% de la población evaluada

mostro un rango de calificación en la prueba de 2 lo que representa que grita con enfado, se encontró el 19% de la población evaluada presento un puntuación en la prueba de de 3 lo que representa que mencionan insultos personales sin gran importancia; ningún niño presento una puntuación de 4 en la prueba y el 3% de la población muestra una puntuación de 5 lo que representa que realiza claras amenazas de violencia hacia otros o a sí mismo.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Agresividad Manifiesta**

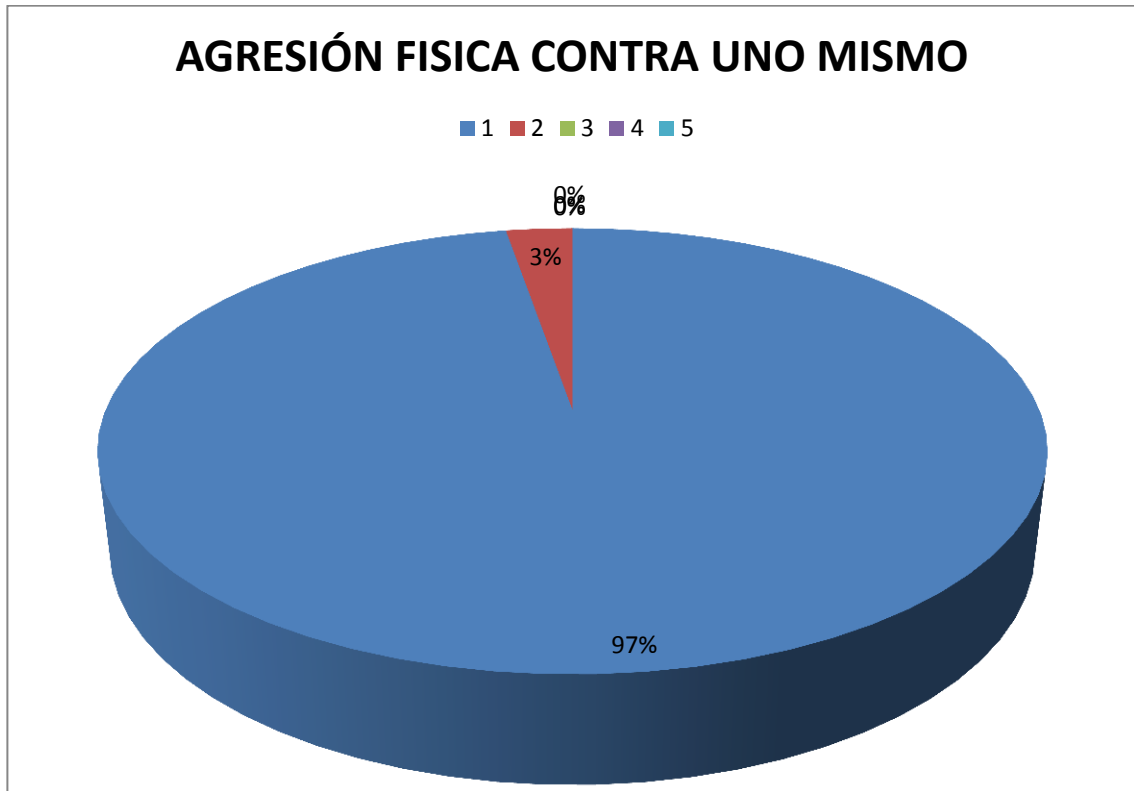
**2.- Agresión física contra uno mismo.**

Cuadro # 52

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	36	97%
2	1	3%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%



Gráfico # 51



**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la escala de agresividad manifiesta en su pregunta numero dos (agresión física contra uno mismo) se obtiene que 36 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 97% de la población evaluada; 1 niño presento un puntuación de 2 lo que representa un 3% de la población y ningún niño presento una puntuación mayor a 2 lo que representa un 0% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Como se muestra en este grafico existió un porcentaje de 97% de niños evaluados los cuales no presentaron muestras de agresión física contra uno mismo, el 3% de la población evaluada mostro un rango de calificación de 1 en la prueba de lo que representa que se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo.

**Autor.- Carlos Ibarra**

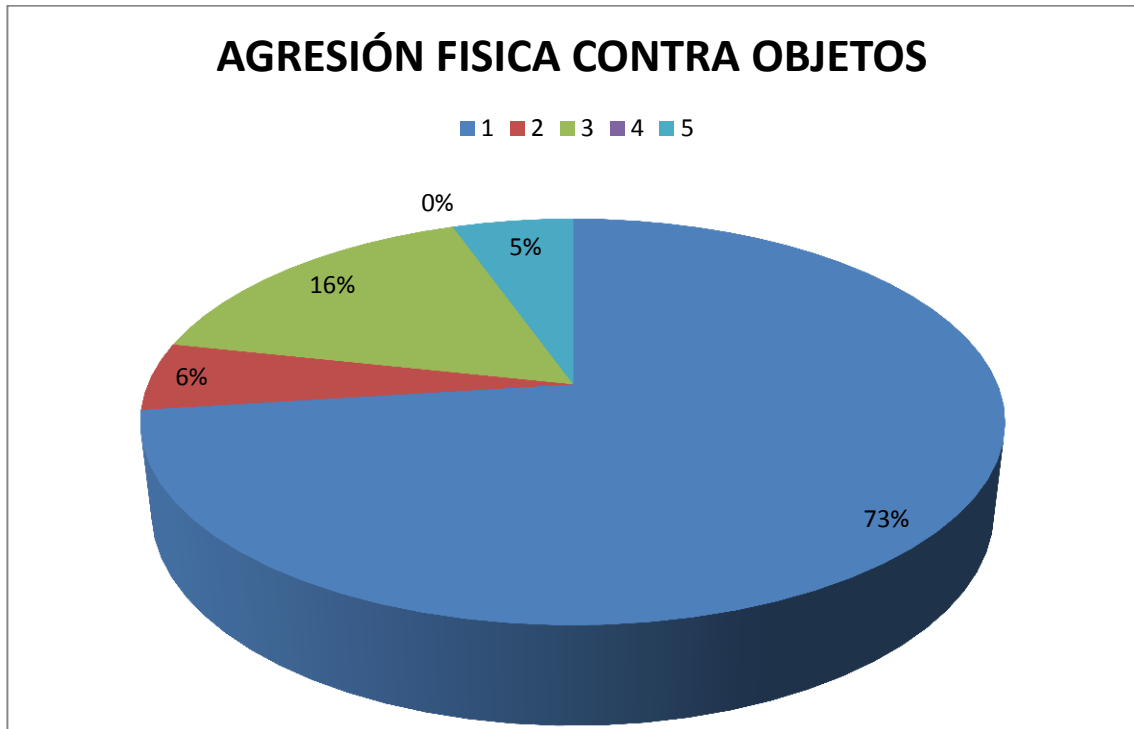
**Fuente.- Escala de Agresividad Manifiesta**

**3.- Agresión física contra objetos.**

Cuadro # 53

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	27	73%
2	2	6%
3	6	16%
4	0	0%
5	2	5%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 52



**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la escala de agresividad manifiesta en su pregunta número tres (agresión física contra objetos) se obtiene que 27 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 73% de la población evaluada; 2 niños presentaron una puntuación de 2 lo que representa un 6% de la población; 6 niños presentaron una puntuación de 3 lo que representa un 16% de la población; ningún niño presenta una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población y 2 niños presentaron una puntuación de 5 lo que representa un 5% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Según dicta este gráfico existió un porcentaje de 73% de niños evaluados los cuales no presentaron muestras de agresión física contra objetos, el 6% de la población evaluada mostró un rango de calificación en la prueba de 2 lo que representa que da

portazos, derrama la ropa, desordena todo, se encontró el 16.2162% de la población evaluada presento un puntuación en la prueba de de 3 lo que representa que arroja objetos contra el suelo, hace marcas en las paredes, pateo los muebles sin romperlos; ningún niño presento una puntuación de 4 en la prueba y el 2.7027% de la población muestra una puntuación de 5 lo que representa que prende fuego rompe los muebles, arroja cosas peligrosamente.

**Autor.- Carlos Ibarra**

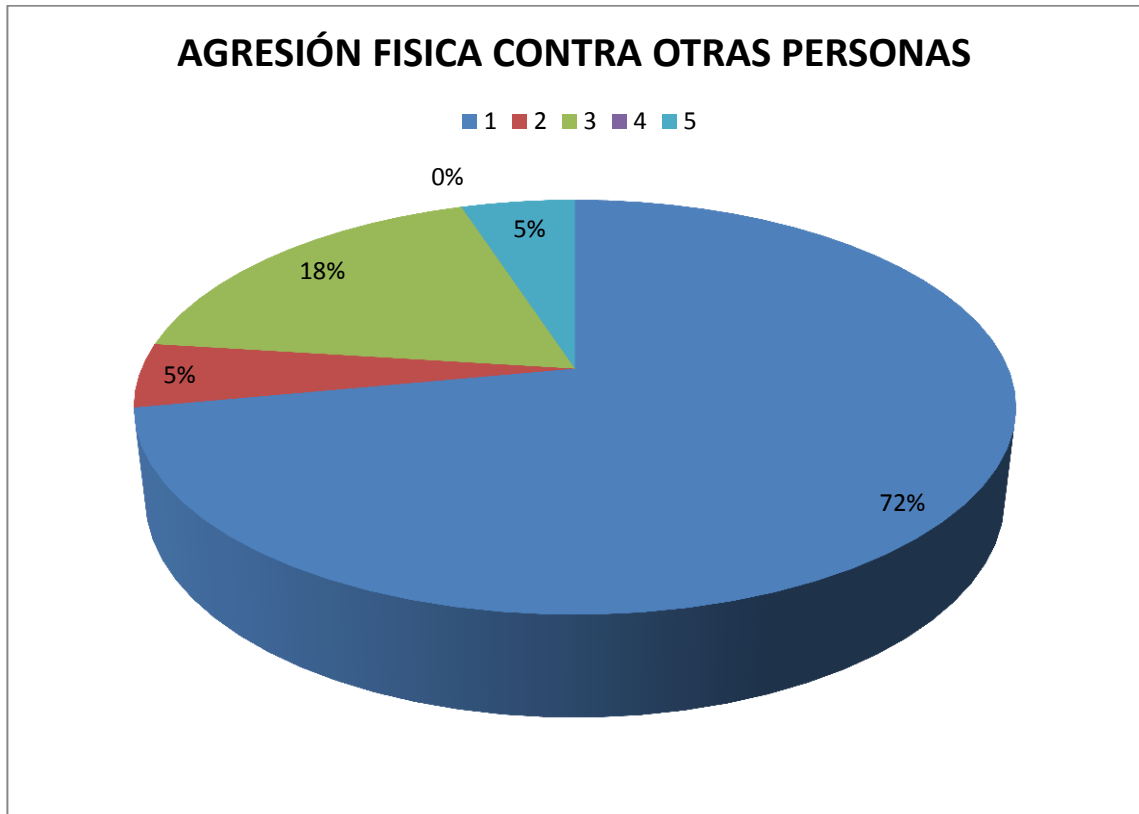
**Fuente.- Escala de Agresividad Manifiesta**

**4.- Agresión física hacia otras personas.**

Cuadro # 54

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	27	72%
2	2	5%
3	6	18%
4	0	0%
5	2	5%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 53



**Análisis:**

Se evidencio que de una población de 37 niños evaluados con la escala de agresividad manifiesta en su pregunta número cuatro (agresión física contra otros) se obtiene que 27 niños presentaron una puntuación de 1 lo que representa un 72% de la población evaluada; 2 niños presentaron un puntuación de 2 lo que representa un 5% de la población; 6 niños presentaron un puntuación de 3 lo que representa un 18% de la población; ningún niño presenta una puntuación de 4 lo que representa un 0% de la población y 2 niños presentaron una puntuación de 5 lo que representa un 5% de la población evaluada.

**Interpretación:**

En este grafico se muestra que existió un porcentaje de 72% de niños evaluados los cuales no presentaron muestras de agresión física contra otras personas, el 5% de la población evaluada mostro un rango de calificación en la prueba de 2 lo que representa que realiza gestos amenazantes, zarandea a otras personas, se encontró el 18% de la población evaluada presento un puntuación en la prueba de de 3 lo que representa que golpea, da patadas, empuja, tira del pelo y él 5% de la población muestra una puntuación de 5 lo que representa que ataca a otras personas causando daños graves.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Agresividad Manifiesta**

### Resultados finales de la escala de agresividad manifiesta.

Cuadro # 55

<b>TIPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Agresión verbal moderada/grave	8	21%
Agresión física contra uno mismo moderada/grave	1	3%
Agresión física contra objetos moderada/grave	8	22%
Agresión física contra otras personas moderada/grave	11	30%
Ningún tipo	9	24%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 54



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la escala de Agresividad Manifiesta se obtuvo que 8 niños lo que corresponde a un 21% de la población obtuvieron una puntuación equivalente a moderado o grave en la sección de agresión verbal. 1 niño lo que corresponde al 3% de la población obtuvo una puntuación equivalente a moderada o grave en la sección de agresión física contra uno mismo; 8 niños lo que corresponde a un 22% de la población obtuvieron una puntuación equivalente a moderado o grave en la sección de agresión física contra objetos; 11 niños lo que corresponde a un 30% de la población obtuvieron una puntuación equivalente a moderado o grave en la sección de agresión física contra



otras personas, 9 niños lo que corresponde a un 24% no tuvieron una puntuación considerada moderada o grave en la prueba.

### **Interpretación:**

En el grafico se muestra que como resultado de la aplicación de la escala de Agresividad Manifiesta se obtuvo que un 21% obtuvo un puntaje moderado o grave en la sección de agresión verbal lo que indica que existen insultos hacia otras personas, juramentos continuos, lenguaje malsonante al estar enojado, amenazas a otros o a sí mismos; el 3% de la población obtuvo un puntaje moderado o grave en la sección de agresión física contra uno mismo lo que indica que golpean objetos con la cabeza o puños, se arroja al suelo o lanza objetos, se realiza cortes o quemaduras a propósito, se muerde a sí mismo, se causa lesiones; el 22% presenta una puntuación equivalente a moderado o grave en la sección de agresión física contra objetos lo que indica que arroja objetos contra el suelo, hace marcas en las paredes, pateo los muebles, rompe objetos, prende fuego, arroja cosas a otros peligrosamente; el 30% de la población obtuvo un puntaje equivalente a moderado o grave en la sección de agresión física contra otras personas lo que india que podrían golpear, dar patadas, alar del pelo, atacar otras personas, causar daños físicos a otros; el 24% no presenta una puntuación equivalente a moderado o grave.

Hay que considerar que según los parámetros de calificación de la escala de Agresividad manifiesta un individuo puede presentar una puntuación equivalente a moderado o grave en más de una de las secciones de la prueba lo cual se debe especificar en el diagnostico.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- Escala de Agresividad Manifiesta**

**Cuestionario: Trastorno Adaptativo.**

Test: Investigador, (2011)

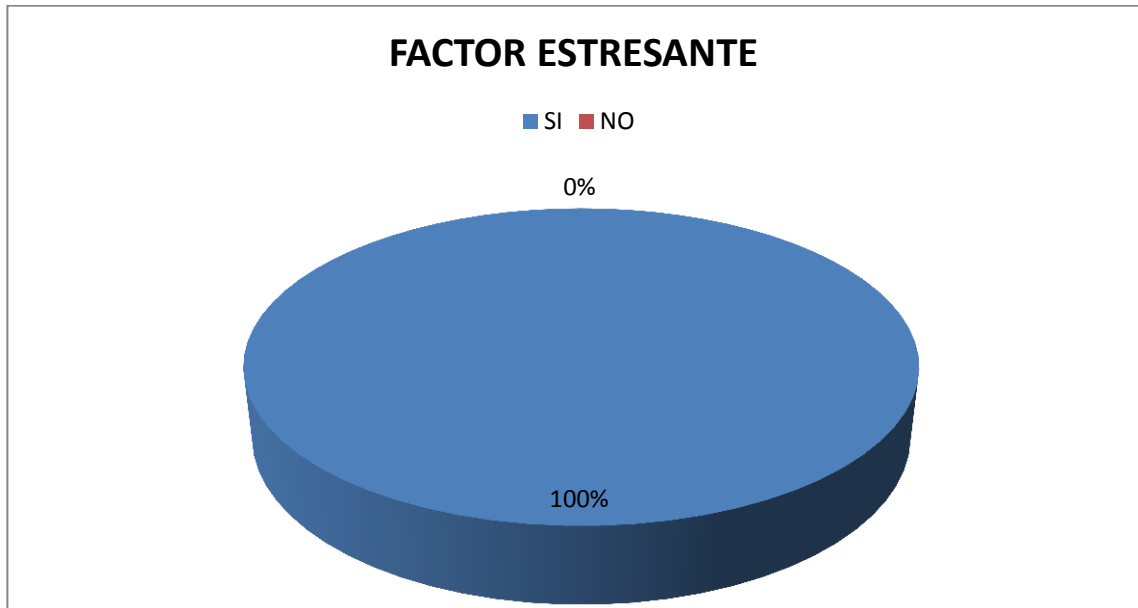
Objetivo: Evaluar objetivamente la presencia de un trastorno de adaptación y determinar su tipo.

**1.- ¿Ha experimentado la presencia de un factor estresante que llevo a cambiar de alguna manera su rutina diaria?**

Cuadro # 56

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	37	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 55



**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno adaptativo en su pregunta número uno se obtuvo que 37 niños lo que equivale al 100% de la población evaluada mencionan que han experimentado un factor estresante que alteró en alguna forma su rutina diaria.

**Interpretación:**

La información de este gráfico muestra que la totalidad de la población evaluada menciona haber experimentado la presencia de un factor estresante en el último tiempo que ha variado en algún rango su rutina diaria este factor estresante puede ser de múltiples tipos como cambios biográficos, acontecimientos vitales estresantes, duelos, separaciones y a demás en el total de la población se menciona la vivencia del proceso de acogimiento institucional temporal.

**Autor.- Carlos Ibarra**

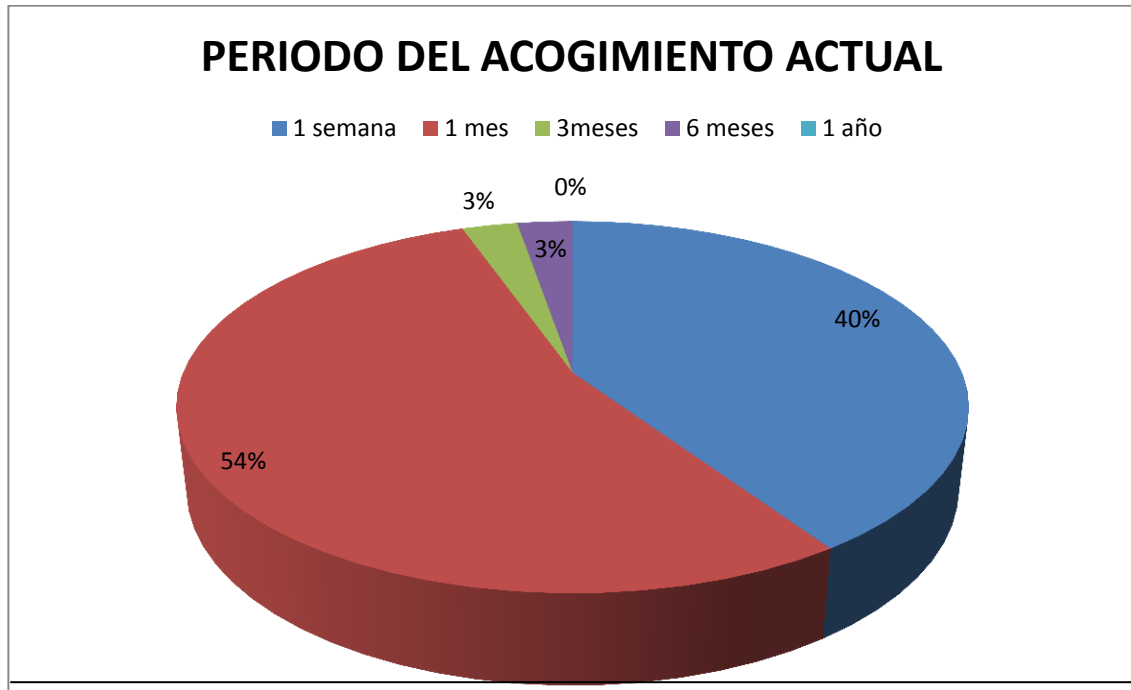
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**2.- el acogimiento actual tuvo lugar en un periodo de:**

Cuadro # 57

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1 semana	15	40%
1 mes	20	54%
3 meses	1	3%
6 meses	1	3%
1 año	0	0%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 56



**Análisis:**

Como se muestra de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número dos se obtiene que 15 niños marcaron el periodo de una semana lo que representa un 40% de la población; 20 niños marcaron el periodo de 1 mes lo que representa un 54% de la población; 1 niño marco el periodo de 3 meses lo que representa un 3% de la población; 1 niño marco el periodo de 6 meses lo que corresponde a un 3% de la población y ningún niño marco un periodo de 1 año lo que corresponde a un 0% de la población evaluada.

**Interpretación:**

Los periodos de tiempo descritos en esta pregunta se refieren al aproximado de tiempo que los niños llevan internos en el acogimiento institucional actual.

**Autor.- Carlos Ibarra**

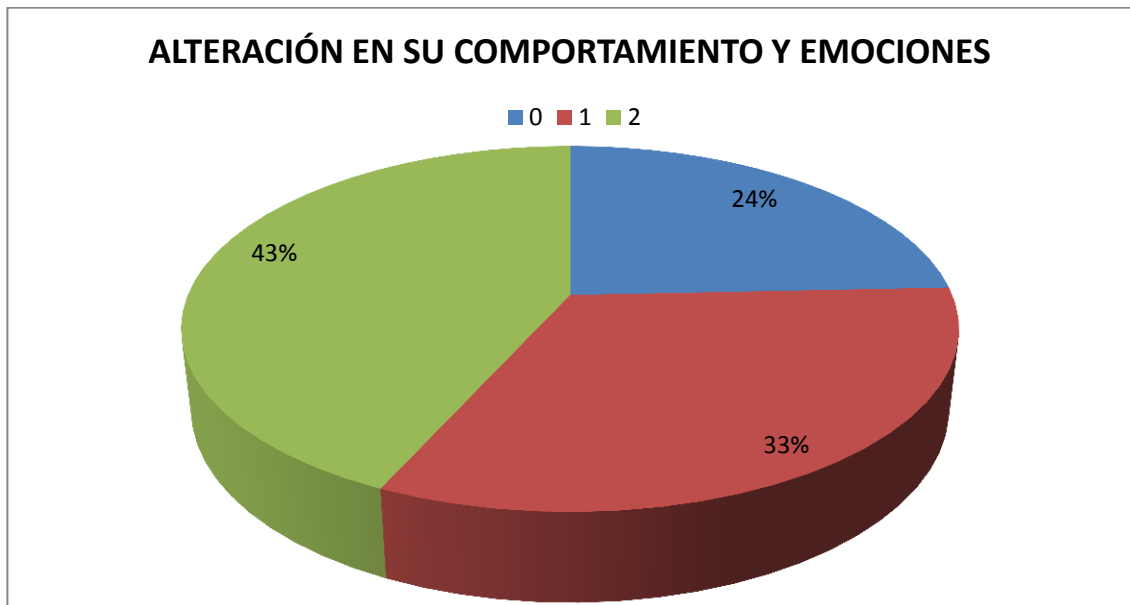
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**3.- ¿Ha notado alteración en su comportamiento o emociones en el último tiempo?**

Cuadro # 58

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	9	24%
1	12	33%
2	16	43
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 57



**Análisis:**

Este cuadro señala que de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número tres, se obtuvo que 9 niños lo que corresponde al 24% de la población tuvo una puntuación de 0, 12 niños lo que corresponde a un 33% de la población tuvo un puntaje de 1 y 16 niños lo que corresponde a un 43% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

Este gráfico muestra que existió un alto porcentaje de niños dentro de la población evaluada quienes marcan haber experimentado algún cambio en su comportamiento o emociones durante su estancia en el programa de acogimiento institucional en un nivel leve o moderado, caracterizado por: conductas agresivas o disociales, ruptura o incumplimiento de reglas, estados de depresión o de euforia.

**Autor.- Carlos Ibarra**

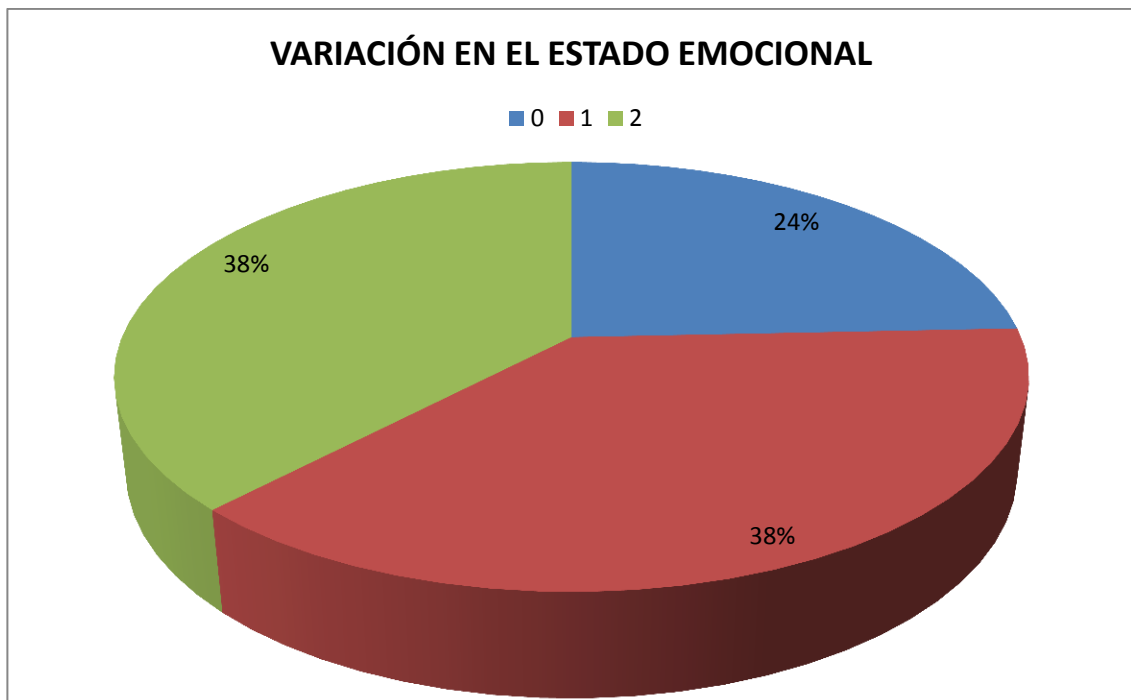
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

#### 4.- ¿Ha experimentado variación en su estado emocional?

Cuadro # 59

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	9	24%
1	14	38%
2	14	38%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 58





**Análisis:**

De una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número cuatro, se obtuvo que 9 niños lo que corresponde al 24% de la población tuvo una puntuación de 0, 14 niños lo que corresponde a un 38% de la población tuvo un puntaje de 1 y 14 niños lo que corresponde a un 38% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

Como se muestra en este gráfico existió un porcentaje de 24% de la población evaluada que obtuvo una puntuación de 0 lo que corresponde a que no existe una alteración o variación en su estado emocional; el 38% de la población obtuvo una puntuación de 1 lo que corresponde a una alteración o variación leve de su estado emocional y el 38% de la población obtuvo una puntuación de 2 lo que corresponde a una alteración o variación moderada de su estado emocional.

**Autor.- Carlos Ibarra**

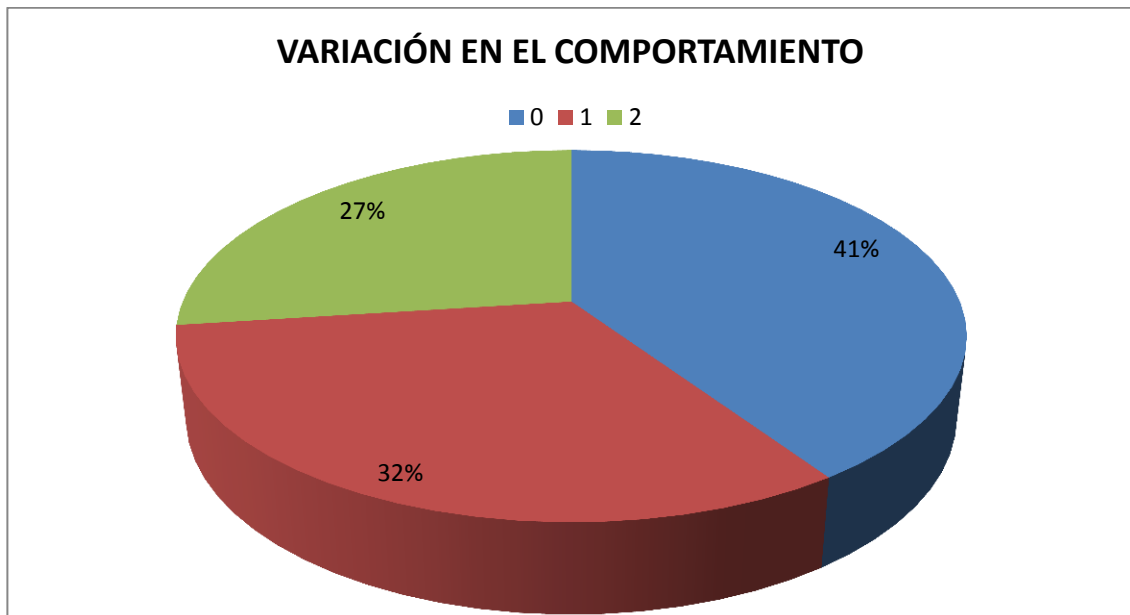
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**5.- ¿Ha presentado variación en su comportamiento?**

Cuadro # 60

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	15	41%
1	12	32%
2	10	27%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 59



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número cinco, se obtuvo que 15 niños lo que corresponde al 41% de la población tuvo una puntuación de 0, 12 niños lo que corresponde a un 32% de la población tuvo un puntaje de 1 y 10 niños lo que corresponde a un 27% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

Como dicta este gráfico existió un porcentaje de 41% de la población evaluada que obtuvo una puntuación de 0 lo que corresponde a que no existe una alteración o variación en su comportamiento; el 32% de la población obtuvo una puntuación de 1 lo que corresponde a una alteración o variación leve de su comportamiento; y el 27% de la población obtuvo una puntuación de 2 lo que corresponde a una alteración o variación moderada de su comportamiento. Caracterizada por: expresiones agresivas circunstanciales, desobediencia, retraimiento, peleas. Etc.

**Autor.- Carlos Ibarra**

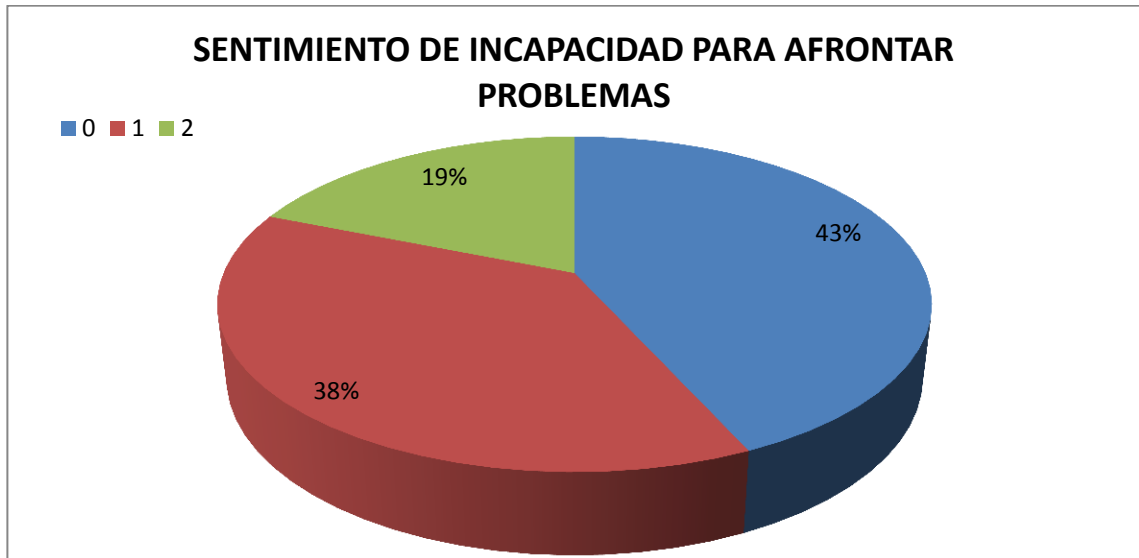
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**6.- ¿Ha experimentado un sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas?**

Cuadro # 61

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	16	43%
1	14	38%
2	7	19%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 60



**Análisis:**

Se evidenció que de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número seis, se obtuvo que 16 niños lo que corresponde al 43% de la población tuvo una puntuación de 0, 14 niños lo que corresponde a un 38% de la población tuvo un puntaje de 1 y 7 niños lo que corresponde a un 19% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

Este grafico muestra que existió un porcentaje de alrededor de la mitad de la población evaluada que presenta alguna presencia de sentimiento de incapacidad para afrontar problemas en niveles leves y moderados. Lo cual debido a su periodo evolutivo y las circunstancias del acogimiento en las que fueron evaluados es comprensible ya que desde su posición no son participes de la resolución de su actual estado y se sienten a merced de la decisión las autoridades competentes.

**Autor.- Carlos Ibarra**

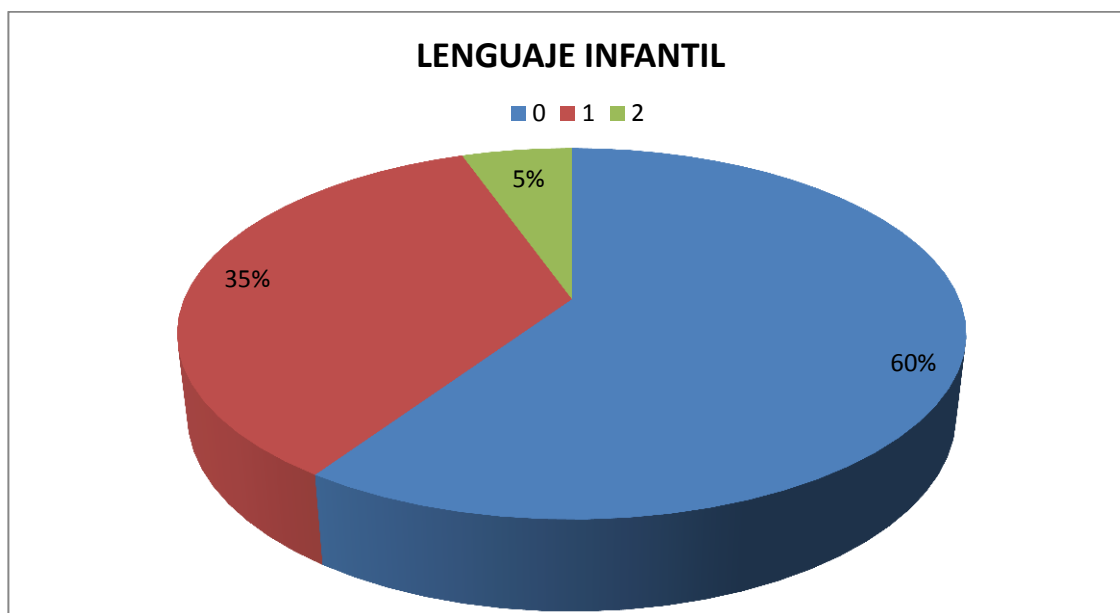
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**7.- ¿Utiliza últimamente un lenguaje más infantil que el que solía utilizar?**

Cuadro # 62

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	22	60%
1	13	35%
2	2	5%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 61



**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número siete, se obtuvo que 22 niños lo que corresponde al 60% de la población tuvo una puntuación de 0, 13 niños lo que corresponde a un 35% de la población tuvo un puntaje de 1 y 2 niños lo que corresponde a un 5% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

En el grafico se muestra que existió un porcentaje de alrededor de la mitad de niños evaluados quienes presentan alguna muestra de lenguaje infantil siendo estas clasificadas en niveles leves caracterizados por el uso de palabras o expresiones correspondientes a periodos evolutivos ya superados de manera circunstancial, y moderadas el uso de estas expresiones verbales y no verbales en todo momento. El uso del lenguaje infantil corresponde a una actitud regresiva del individuo en donde retorna a momentos que son parte de su historia en donde se sentía cómodo y seguro.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**8.- ¿Presenta dificultades en el habla que antes no poseía?**

Cuadro # 63

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	35	94%
1	1	3%
2	1	3%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 62





**Análisis:**

Según este cuadro de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número ocho, se obtuvo que 35 niños lo que corresponde al 94% de la población tuvo una puntuación de 0, 1 niño lo que corresponde a un 3% de la población tuvo un puntaje de 1 y 1 niño lo que corresponde a un 3% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

En el grafico se evidencia que existió un porcentaje de casi la totalidad de la población evaluada que tuvo una puntuación correspondiente a lo no existencia de alteraciones en el habla; existiendo casos aislados en donde se presentan alteraciones en nivel leve en las cuales poseen dificultad de pronunciación de las palabras en forma circunstancial, y solamente un caso en el que se registro la presencia de sintomatología de disfemia nerviosa.

**Autor.- Carlos Ibarra**

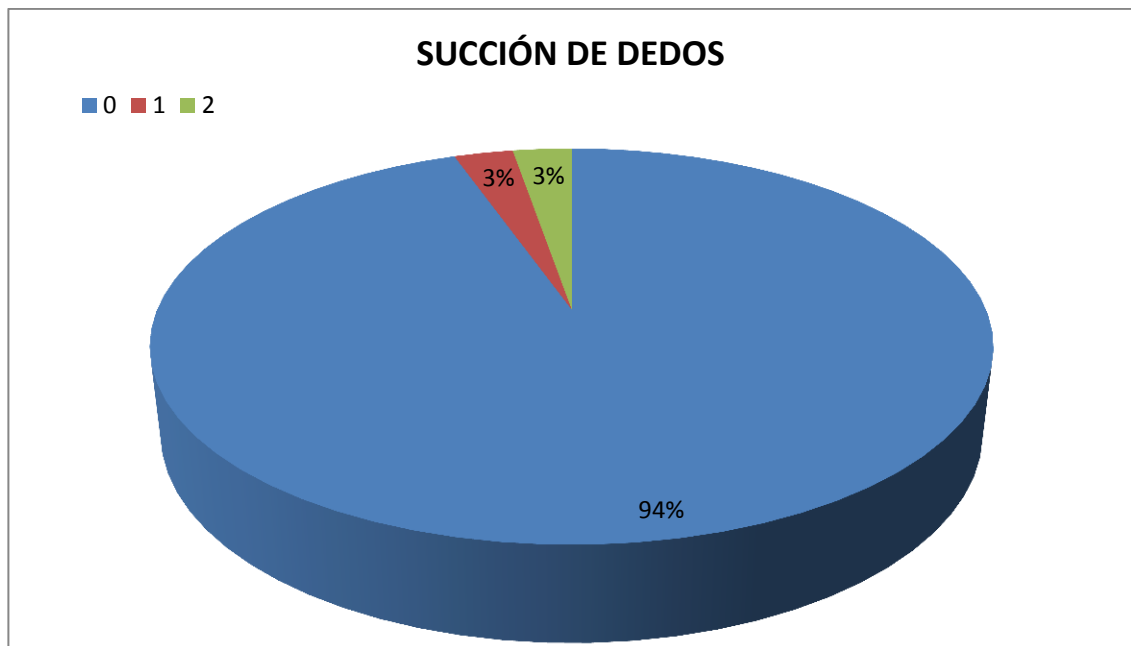
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**9.- ¿Ha comenzado a chuparse el pulgar u otro de sus dedos?**

Cuadro # 64

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	35	94%
1	1	3%
2	1	3%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 63



**Análisis:**

Este cuadro marca que de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número nueve, se obtuvo que 35 niños lo que corresponde al 94% de la población tuvo una puntuación de 0, 1 niño lo que corresponde a un 3% de la población tuvo un puntaje de 1 y 1 niño lo que corresponde a un 3% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

La información de este gráfico muestra que existió un porcentaje muy alto de niños que no presentan esta conducta, registrándose la excepción en dos casos en los cuales se presenta esta conducta en distintos niveles produciéndose en un caso en nivel leve de forma circunstancial en especial en momentos de tensión emocional, y el otro caso presentándose esta conducta de manera reiterada y continua, ambos casos entran entre los 3 y 5 años de edad.

**Autor.- Carlos Ibarra**

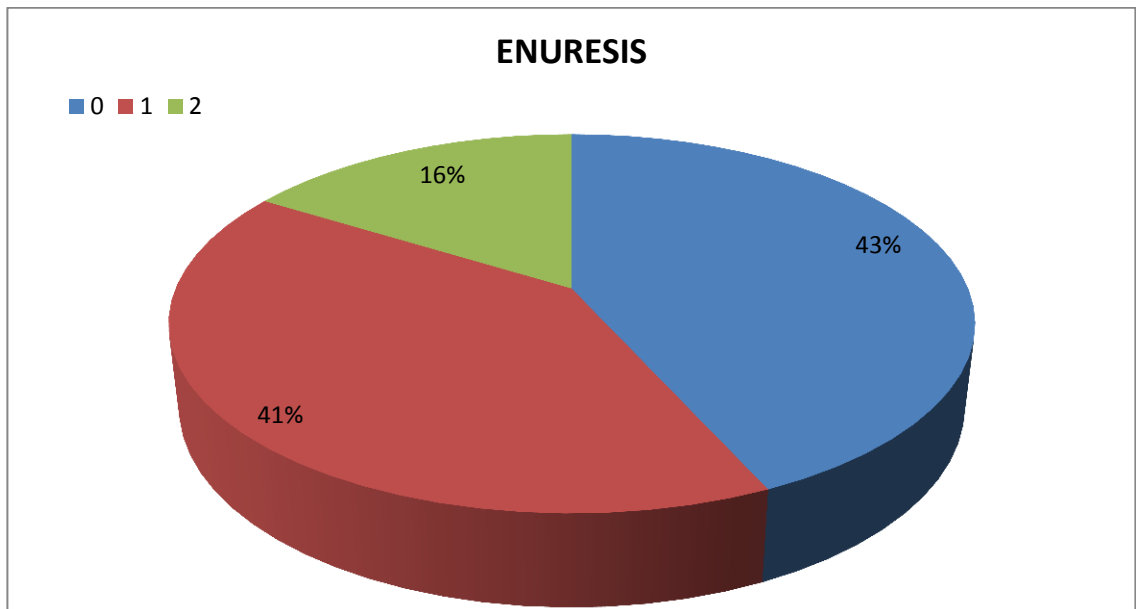
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

**10.- ¿Ha estado presentado Enuresis?**

Cuadro # 65

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	16	43%
1	15	41%
2	6	16%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 64



**Análisis:**

Como se muestra de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número diez, se obtuvo que 16 niños lo que corresponde al 43% de la población tuvo una puntuación de 0, 15 niños lo que corresponde a un 41% de la población tuvo un puntaje de 1 y 6 niños lo que corresponde a un 16% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

Según dicta este gráfico existió un porcentaje de alrededor de la mitad de la población evaluada que obtuvo una puntuación de 0 lo que corresponde a que no existe la presencia de enuresis; el restante de la población evaluada muestra la presencia de enuresis leve caracterizada por la emisión involuntaria de orina durante las noches de manera circunstancial coincidiendo especialmente con periodos de tensión emocional, y un bajo porcentaje presenta enuresis en un nivel moderado encontrándose las emisiones con mayor frecuencia y en ocasiones presentándose también durante el día.

**Autor.- Carlos Ibarra**

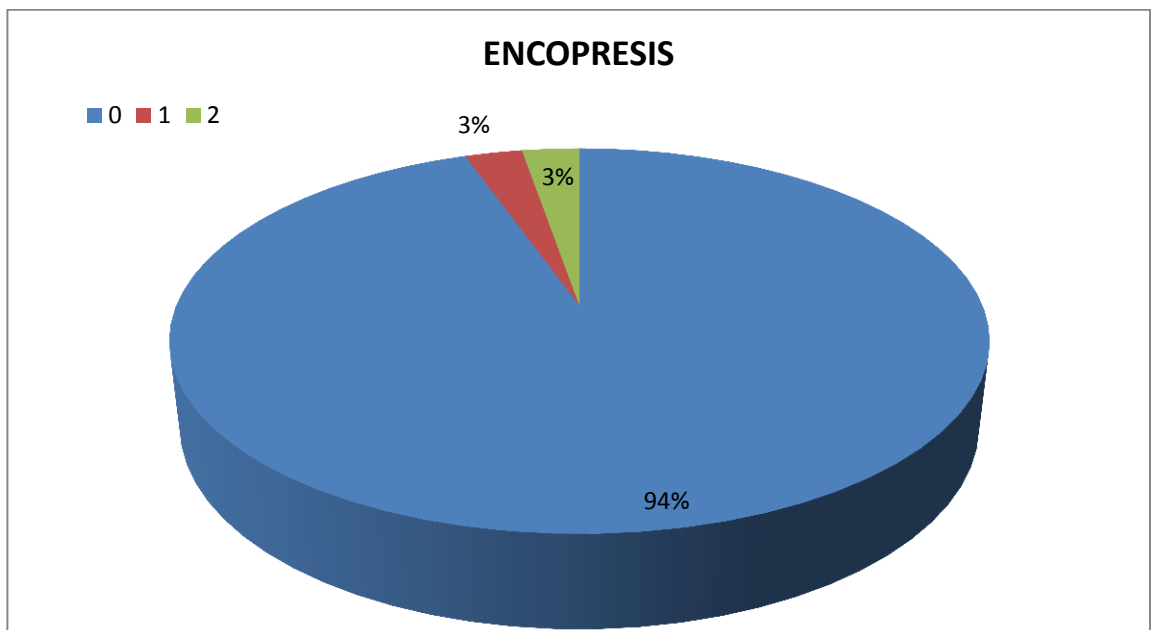
**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

### 11.- ¿Ha estado presentado Encopresis?

Cuadro # 66

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	35	94%
1	1	3%
2	1	3%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 65



**Análisis:**

Acorde a la información de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación en su pregunta número once, se obtuvo que 35 niños lo que corresponde al 94% de la población tuvo una puntuación de 0, 1 niño lo que corresponde a un 3% de la población tuvo un puntaje de 1 y 1 niño lo que corresponde a un 3% de la población tuvo un puntaje de 2.

**Interpretación:**

Como marca este grafico existió un porcentaje muy alto de la población evaluada que obtuvo una puntuación de 0 lo que corresponde a que no existe la presencia de encopresis; el restante de la población evaluada muestra la presencia de encopresis leve caracterizada por la emisión involuntaria de eses fecales de manera circunstancial coincidiendo especialmente con periodos de tensión emocional, y un bajo porcentaje presenta encopresis en un nivel moderado encontrándose las emisiones con mayor frecuencia.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

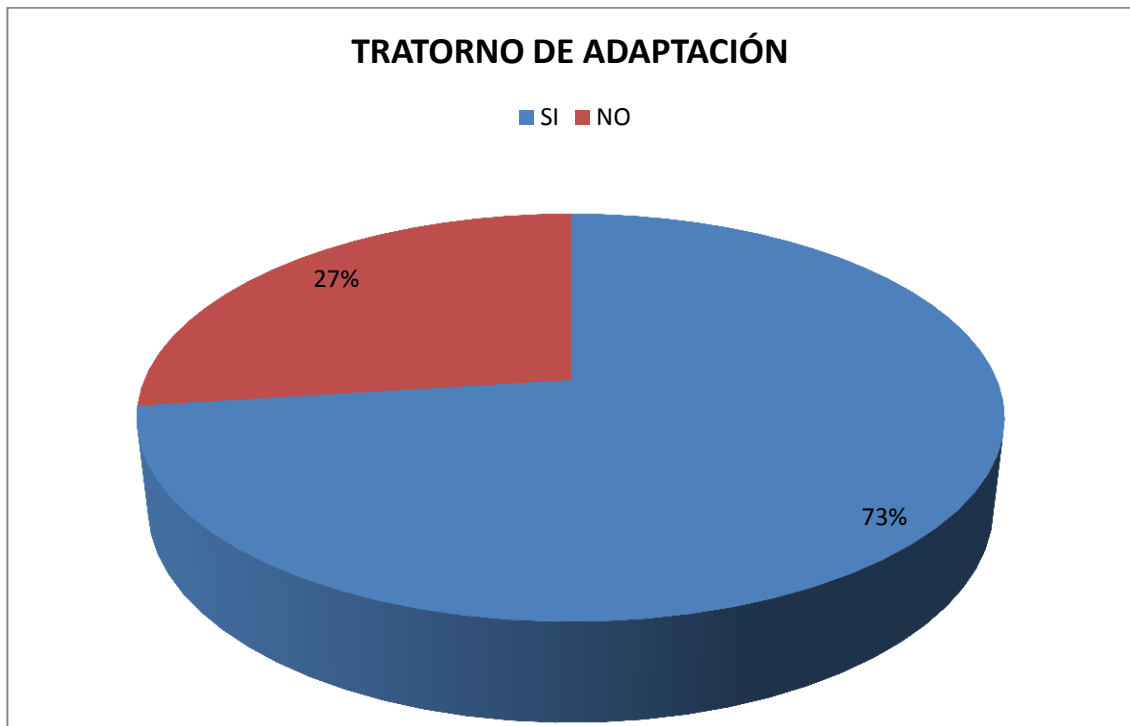
**Resultados finales de la calificación e interpretación del cuestionario de trastorno de adaptación.**

Para la calificación e interpretación de este cuestionario debe considerarse de primera mano que la respuesta a la pregunta numero 1 sea si, y que la respuesta a la segunda pregunta sea igual o menor a 3 meses, las preguntas consecuentes son referentes a síntomas básicos del trastorno de adaptación para lo cual se tomara en cuenta la puntuación de uno o dos equivalente a leve o moderado, en tres o más preguntas para determinar la existencia de un trastorno de adaptación al momento de la evaluación.

Cuadro # 67

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Trastorno de adaptación	27	73%
Ninguno	10	27%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 66





**Análisis:**

Se evidencio que de una población de 37 niños evaluados con la prueba de trastorno de adaptación, se obtuvo que 27 niños lo que corresponde al 73% de la población presento trastorno de adaptación, 10 niños lo que corresponde a un 27% de la población no presenta algún tipo de trastorno de adaptación.

**Interpretación:**

Como dicta este grafico existió un porcentaje de 72.9729% de la población evaluada que presenta trastorno de adaptación en alguno de sus tipos presentando síntomas generales como alteraciones de ánimo, alteraciones en su conducta, alteraciones en la expresión, actitudes regresivas; el 27.0270% de la población no presenta ningún trastorno de adaptación teniendo alteraciones en su afecto y conducta de tipo reactiva a las vivencias diarias.

**Autor.- Carlos Ibarra**

**Fuente.- cuestionario Trastorno Adaptativo**

#### 4.2 Verificación de hipótesis

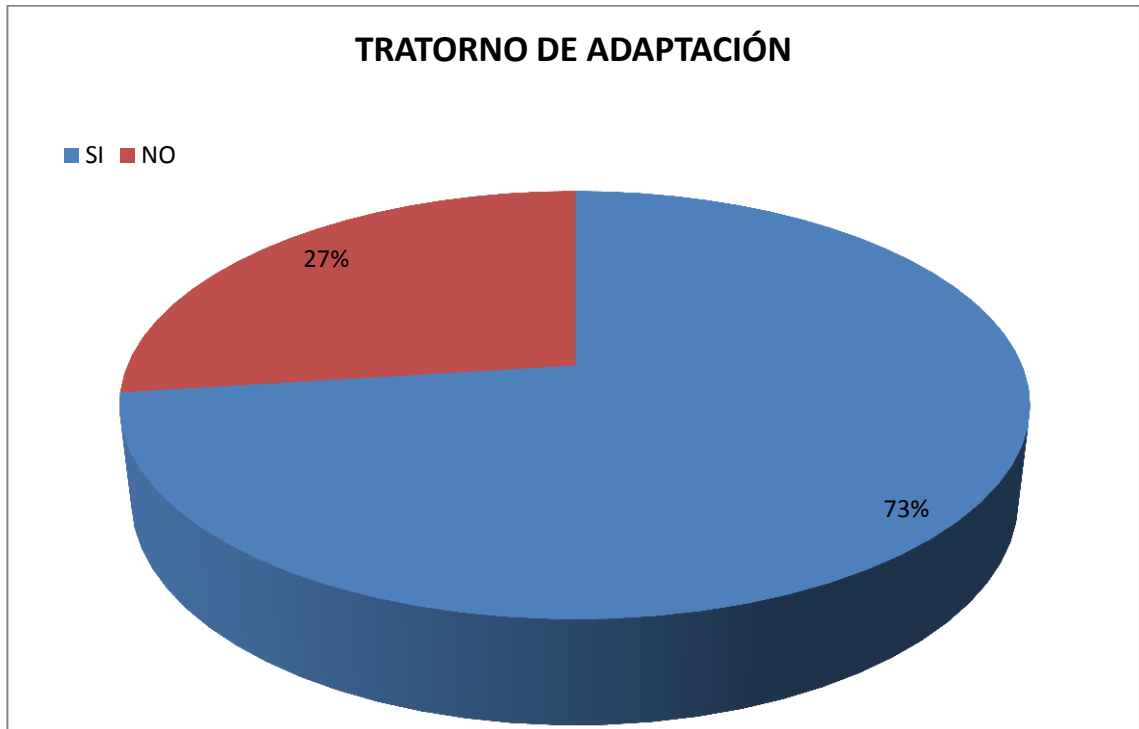
##### Verificación de la hipótesis general.

Según la información detallada en el cuadro # 67 y grafico # 66 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del cuestionario de trastorno adaptativo.

Cuadro # 67

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Trastorno de adaptación	27	73%
Ninguno	10	27%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 66



Se puede comprobar la hipótesis general de esta investigación. El Acogimiento Institucional Temporal es un factor causal determinante para la aparición de un trastorno de adaptación en los niños que se encuentran en la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011, debido a la alta incidencia de este trastorno dentro de la población evaluada presentándose en un 73% de los niños. Lo cual demuestra que el proceso mencionado representa un factor estresante fijo de suma importancia dentro del desarrollo de la vida cotidiana del niño y representa un alto riesgo de apareamiento de un trastorno de adaptación que afecte sus emociones y conducta.

**Verificación de las hipótesis específicas.**

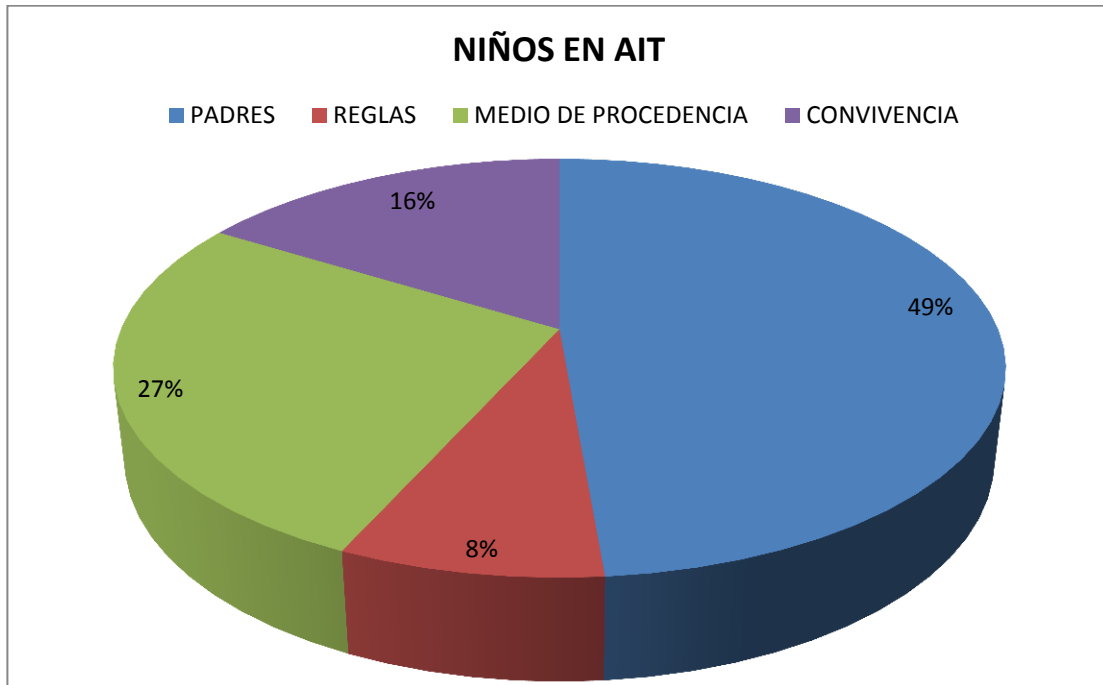
**Verificación de la hipótesis de la variable independiente.**

Según la información detallada en el cuadro # 16 y grafico # 17 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del cuestionario para niños en AIT.

Cuadro # 16

<b>OPCIÓN</b>	<b>FECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Separación de los padres	18	49%
Acoplamiento a normas institucionales	3	8%
Separación del medio ambiente de procedencia	10	27%
Convivencia con otros niños en conflicto	6	16%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 17



Se puede comprobar la primera hipótesis específica la misma que menciona que el distanciamiento del niño con sus padres es la característica del proceso de Acogimiento Institucional Temporal que afecta con mayor frecuencia a los niños de la población investigada, en mayor proporción a los aspectos de asunción de reglas institucionales, separación del medio de procedencia y la convivencia con otros niños en conflicto; lo cual significa que a pesar de que en la mayoría de los casos que se encuentran en este proceso los padres son los agresores los niños los extrañan de sobremanera situación que tiene mucha influencia en el estado anímico y por ende en su conducta; es importante considerar que se obtuvieron altos puntajes en la separación de los niños de su medio ambiente de procedencia lo que debe ser considerado en la elaboración de la propuesta de intervención.

#### **Verificación de la hipótesis de la variable dependiente.**

Según los resultados de los cuestionarios aplicados al total de los niños de la población estudiada, escala de Hamilton para la ansiedad (M. Hamilton, (1959)),

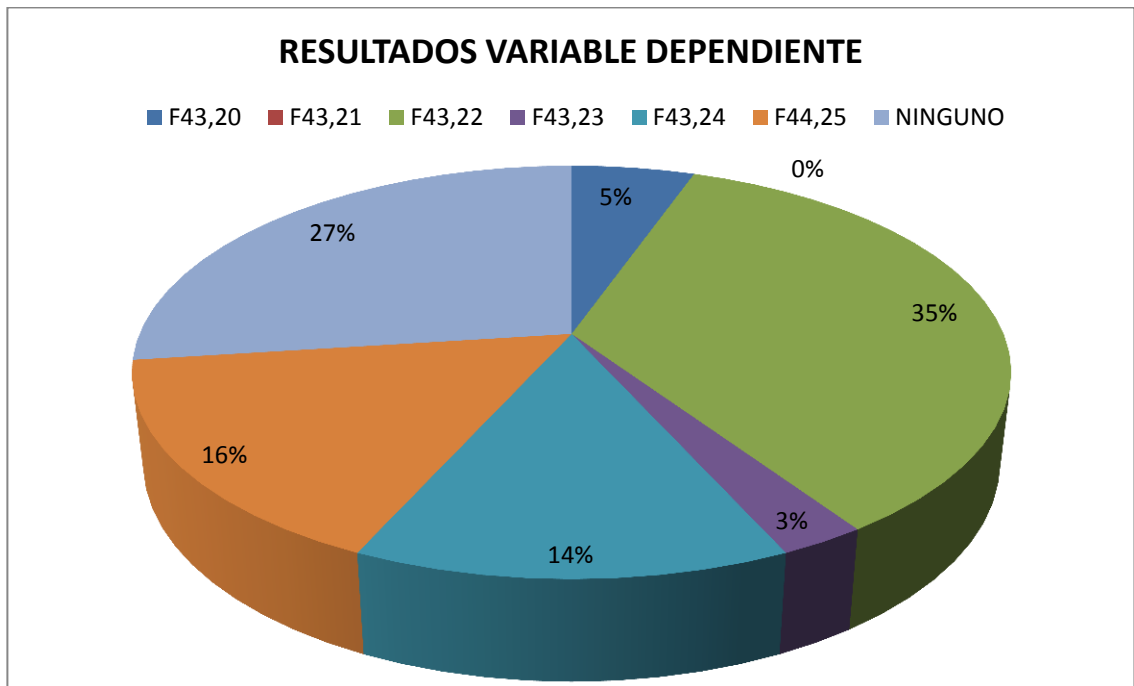
escala de Hamilton para la depresión (M. Hamilton, (1960)), escala de Agresividad Manifiesta (S. C. Yudofsky, J.M. Silver, W. Jackson, J. Endicott, D. Williams, (1986)), cuestionario para el trastorno de adaptación (investigador (2011)), se llega a los siguientes resultados.

Cuadro # 68

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
T.A. con reacción depresiva leve F43.20.	2	5%
T.A. con reacción depresiva prolongada F43.21	0	0%
T.A. reacción mixta de ansiedad-depresión F43.22	13	35%
T.A. con predominio de alteración de otras emociones F43.23	1	3%
T.A. con predominio de alteraciones disociales F43.24	5	14%
T.A. mixta de emociones y disocial F43.25	6	16%

Ninguno	10	27%
<b>TOTAL</b>		
	37	100%

Gráfico # 67



**Análisis:**

Como se indica en este cuadro de 37 niños evaluados con la escala de Hamilton para la ansiedad, escala de Hamilton para la depresión, escala de Agresividad Manifiesta y el cuestionario de trastorno adaptativo se obtuvo que 2 niños lo que corresponde al 5% de la población tuvo un diagnóstico de trastorno de adaptación con reacción depresiva leve F43.20; ningún niño lo que representa el 0% de la población presentó un diagnóstico de trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada F43.21;

13 niños lo que corresponde al 35% de la población presentaron un diagnóstico de trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión F43.22; 1 niño lo que representa el 3% de la población presentó un diagnóstico de trastorno de adaptación con predominio de alteración en otras emociones F43.23; 5 niños lo que corresponde a un 14% de la población presentaron un diagnóstico de trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales F43.24; 6 niños lo que representa un 16% de la población presentaron un diagnóstico de trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y disocial F 43.25 y 10 niños lo que representa un 27% de la población no presentó ningún diagnóstico.

### **Interpretación:**

Según la información presentada en este gráfico se puede comprobar la segunda hipótesis específica de esta investigación la cual menciona que el trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión F43.22 es el tipo de trastorno de adaptación de mayor prevalencia en la población señalada. Lo cual significa que en la mayoría de los niños se encuentra una alteración emocional considerable afectando esta el estado de ánimo y desenvolvimiento constante del niño. A su vez en esta información se presenta en un número importante el trastorno de adaptación mixto de emociones y disocial F43.25 y el trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales F43.24 siendo un aspecto no despreciable al considerar la elaboración de la propuesta de intervención terapéutica.

**Autor: Carlos Ibarra**

**Fuente: resultados de:**

- **Escala de Hamilton para la ansiedad**
- **Escala de Hamilton para la depresión**
- **Escala de agresividad manifiesta**
- **Cuestionarios niños en AIT**
- **Cuestionario trastornos adaptativos**



## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones.**

- La vivencia del proceso de acogimiento institucional temporal, es un factor altamente estresante para el niño el cual se ve afectado a pesar de que sea una medida de protección para el cumplimiento de sus derechos.
- Considerando las características del proceso de acogimiento institucional temporal el niño sufre muchas pérdidas por separaciones las cuales marcan fuertemente sus rutinas diarias ocasionándole alteraciones de tipo emocional y conductual.
- Según marcan los resultados en los Trastornos de Adaptación diagnosticados se presentan con mayor frecuencia alteraciones a nivel emocional, sin embargo es necesario considerar también las alteraciones a nivel conductual, debido a que estas características ponen en riesgo la estabilidad y seguridad de los niños dentro del proceso así como el ambiente dentro del centro.
- Durante la investigación se pudo verificar que la amplia importancia de el ambiente positivo dentro de la institución otorgada por el personal y espacio físico para que el proceso en si afecte en menor forma a los niños en acogimiento institucional temporal.
- Se evidenció la importancia del involucramiento familiar dentro del proceso para facilitar el acoplamiento del niño a la institución y mejorar su estado emocional.

#### **5.2 Recomendaciones.**

- Considerando las características del proceso de acogimiento institucional temporal señaladas en el marco teórico de esta investigación y la afectación que estos podría tener en la salud mental del niño se debe considerar como factor de tratamiento psicológico inicial el acoplamiento del niño al proceso como forma de prevención de un posible trastorno de adaptación para

posteriormente enfocar el proceso terapéutico en la razón de causa del proceso.

- Contemplando las características del proceso de acogimiento institucional temporal la institución a cargo del cuidado y del tratamiento del niño debe procurar en lo posible que los cambios sean mínimos en cuanto a su asistencia a centros educativos y contacto con familiares y redes de apoyo de la familia.
- A pesar que en los resultados ciertos tipos de trastorno de adaptación tienen mayor puntaje se deben considerar las características generales de todos los tipos para el desarrollo de la propuesta de intervención terapéutica.
- Dentro del funcionamiento de la institución es importante que el personal técnico, personal de cuidado y personal administrativo contemple la posible afectación que el proceso pueda causar en el niño, para que así su trabajo se enfoque en crear un ambiente positivo para el niño y su familia durante la vivencia de este proceso.
- Es de suma importancia que dentro del proceso de acogimiento institucional temporal así como dentro del proceso de reinserción familiar se trabaje bajo una concepción de involucramiento familiar lo cual favorecerá a los procesos mismos y a la estabilidad del niño en cuestión.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Tema:**

“PROGRAMA MULTIMODAL DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN NIÑOS EN ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL TEMPORAL”

#### **6.2 Datos informativos:**

INSTITUCIÓN: Fundación Danielle Children´s Fund Ecuador

POBLACIÓN: Niños en acogimiento institucional temporal de DCF

TIEMPO: 26 sesiones terapéuticas + seguimientos y reuniones de grupo de apoyo mientras se encuentran ingresados en la institución.

#### **BENEFICIARIOS:**

DIRECTOS: Los niños que se encuentren dentro del programa de acogimiento institucional temporal de DCF y los que estarán en el futuro.

INDIRECTOS: la fundación Danielle Children´s Fund Ecuador.

#### **6.3 Antecedentes:**

Según la información descrita en el capítulo de ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS de esta investigación se cuenta con:

### **Verificación de la hipótesis general.**

Según la información detallada en el cuadro # 67 y grafico # 66 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del cuestionario de trastorno adaptativo. Se puede comprobar la hipótesis general de esta investigación. El Acogimiento Institucional Temporal es un factor causal determinante para la aparición de un trastorno de adaptación en los niños que se encuentran en la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011, debido a la alta incidencia de este trastorno dentro de la población evaluada presentándose en un 73% de los niños Lo cual demuestra que el proceso mencionado representa un factor estresante fijo de suma importancia dentro del desarrollo de la vida cotidiana del niño y representa un alto riesgo de apareamiento de un trastorno de adaptación que afecte sus emociones y conducta.

### **Verificación de las hipótesis específicas.**

#### **Verificación de la hipótesis de la variable independiente.**

Acorde a la información detallada en el cuadro # 16 y grafico # 17 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del cuestionario para niños en AIT. Se puede comprobar la primera hipótesis específica la misma que menciona que el distanciamiento del niño con sus padres es la característica del proceso de Acogimiento Institucional Temporal que afecta con mayor frecuencia a los niños de la población investigada, en mayor proporción a los aspectos de asunción de reglas institucionales, separación del medio de procedencia y la convivencia con otros niños en conflicto; lo cual significa que a pesar de que en la mayoría de los casos que se encuentran en este proceso los padres son los agresores los niños los extrañan de sobremanera situación que tiene mucha influencia en el estado anímico y por ende en su conducta; es importante considerar que se obtuvieron altos puntajes en la separación de los niños de su medio ambiente de procedencia lo que debe ser considerado en la elaboración de la propuesta de intervención.

## **Verificación de la hipótesis de la variable dependiente.**

Según la información presentada en el cuadro # 68 y gráfico # 67 se puede comprobar la segunda hipótesis específica de esta investigación la cual menciona que el trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión F43.22 es el tipo de trastorno de adaptación de mayor prevalencia en la población señalada. Lo cual significa que en la mayoría de los niños se encuentra una alteración emocional considerable afectando esta el estado de ánimo y desenvolvimiento constante del niño. A su vez en esta información se presenta en un número importante el trastorno de adaptación mixto de emociones y disocial F43.25 y el trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales F43.24 siendo un aspecto no despreciable al considerar la elaboración de la propuesta de intervención terapéutica.

### **6.1 Objetivos**

Objetivo general:

- Aplicar programa multimodal de tratamiento del trastorno de adaptación en niños en acogimiento institucional temporal.

Objetivos específicos:

- Alcanzar un nivel de reacción ante el factor estresante al menos comparable con el poseído anteriormente a la presencia del mismo
- Lograr un alivio sintomático
- Crear una relación intersistémica positiva entre la familia y la institución

### **6.5 Justificación:**

La realización y aplicación de la presente propuesta es de suma importancia debido a que según se ha demostrado en el análisis e interpretación de resultados de la presente problemática la presencia de un trastorno de adaptación producido por el proceso de acogimiento institucional temporal en los niños de la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador durante el periodo Diciembre 2010 – Septiembre 2011 es muy grande

significando un aspecto de suma importancia a trabajar dentro de un proceso de intervención psicoterapéutica.

La aplicación de esta propuesta es factible ya que se cuenta con la aprobación de las autoridades de la Fundación Danielle Children's Fund Ecuador y la colaboración del personal de la institución tanto del equipo técnico como del equipo de cuidado del programa de Acogimiento institucional temporal (AIT) de la institución.

Esta propuesta cuenta con un alto margen de originalidad puesto que ha sido realizada con la conjunción de fundamentos teóricos marcados por la corriente cognitiva conductual y sistémica estructural, haciendo uso de varias técnicas de intervención marcadas en estos enfoques y elegidas directamente por el investigador para ser aplicadas en la problemática y con la población señalada de manera directa y específica, en base al conocimiento teórico técnico y de la problemática.

### **6.7 Fundamentación técnica.**

Esta propuesta se basa en la combinación de fundamentos teóricos y técnicos de los modelos psicoterapéuticos de la corriente cognitivo conductual y sistémico estructural.

#### **Modelo Cognitivo conductual:**

Fases de la terapia

La intervención en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres fases:

1. Evaluación. En primer lugar, se realiza una evaluación completa del caso, mediante entrevistas y los cuestionarios que se consideren necesarios. Finalizada esta evaluación, el terapeuta plantea hipótesis explicativas de los problemas de la persona, y juntamente con ella, se definen los objetivos del tratamiento. Esta fase dura 2 o 3 sesiones.

2. Intervención. Consiste en la utilización de técnicas terapéuticas dirigidas a conseguir los objetivos planteados. Se trabaja con el intercambio verbal y, tan o más

importante, con la realización de una serie de propuestas o “deberes” (cosas para escribir, hacer, pensar, imaginar, leer o experimentar) y que se realizan entre sesión y sesión de terapia. Estos deberes serán siempre consensuados con el cliente y con el ritmo que pueda asumir.

La duración de esta fase de intervención puede ir de los 2-3 meses a más de un año, en función de la complejidad, intensidad y duración de los síntomas y problemas del cliente. En un primer momento la frecuencia de las sesiones serán semanales, y a medida que la persona vaya mejorando, se irán espaciando.

3. Seguimiento. Una vez alcanzados los objetivos, se harán sesiones de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los cambios y hacer los ajustes que sean necesarios.

### **Modelo Sistémico Estructural de Salvador Minuchin:**

Los principales elementos a considerar en la conceptualización de la dinámica familiar según el modelo de terapia sistémica

Se debe considerar que el desarrollo y el cambio de la familia no es una entidad estática, sino que está en proceso de cambio continuo, al igual que sus contextos sociales. Como todos los organismos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución; y aunque la familia solo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo sin embargo su continuidad. Cuando se produce un cambio o se crea una estructura nueva es siempre resultado de una inestabilidad.

Para poder entender una dinámica familiar, primeramente tomamos en cuenta que las técnicas contiene una referencia a cierta artesanía: cuidar los detalles, atender a la función del producto y a la relación entre el esfuerzo y los resultados, pero estas técnicas por si solas no aseguran la eficacia, ya que si nos apegamos solamente a las técnicas nos limitamos, aunque tendríamos un contacto con los pacientes objetivo, despegado y limpio, seríamos superficiales, manipuladores en beneficio del poder personal y esto resulta no muy eficaz.

Entonces debemos entrar en coparticipación con una familia, experimentar la realidad como sus miembros la vivencian y involucrarse en las interacciones de la estructura familiar.

Uno de los elementos a considerar es la Espontaneidad Terapéutica. La terapia de familia demanda el empleo de sí mismo ya que no se puede observar y sondear desde afuera, tenemos que integrarnos en un sistema de personas interdependientes para poder ser eficaces.

El terapeuta espontáneo es el que ha sido entrenado para emplear diferentes aspectos de sí mismo en respuesta a contextos sociales diversos. Este entrenamiento nos da libertad de reaccionar, de movernos y hacer sondeos (pero sólo dentro de ciertas posibilidades tolerantes determinadas por el contexto).

El entrenamiento se inicia, empezando claro por un panorama general de la teoría y seminarios, después la observación de un caso, después la supervisión de los aspirantes conducidas por ellos mismos sus dinámicas (en vivo o por videotapes). A medida que el terapeuta aspirante adquiere práctica y experiencia, empieza a descubrir que hace bien ciertas cosas, y esto se convierte en un estilo integrado que armoniza con su persona. Y con todo esto, el terapeuta progresara desde la observación de interacciones particulares hacia las generalizaciones acerca de estructuras.

Los propósitos y metas de la intervención de familia según el modelo de terapia sistémica

Los propósitos y metas del terapeuta se pueden resumir fundamentalmente en tres estrategias:

1. Cuestionamiento del síntoma. Las familias que acuden a la terapia tras una lucha prolongada por lo común han individualizado a uno de sus miembros como fuente del problema. Declaran muchas luchas, soluciones ensayadas y fracasos en todos los intentos. El terapeuta ingresa en la situación terapéutica el supuesto de que



la familia se equivoca y que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. El terapeuta observará el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno al síntoma y de su portador, con lo cual obtendrá una “biopsia de interacción” para las respuestas preferenciales del organismo familiar. Entonces introducirá territorios nuevos que explorar (a lo que Minuchin llama Enfoque), y la familia irá modificando así su estado de espíritu, adquiriendo mayor profundidad y al mismo tiempo cobrarán más esperanzas.

2. Cuestionamiento de la estructura familiar. La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Si existe un apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón, si en cambio existe desapego, es posible que aquellos estén aislados, faltos de apoyo. En estos casos el aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema. Los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa y por ello la terapia es en buena medida un proceso en donde se verifican la proximidad y la distancia. Para esta estrategia Minuchin utiliza el Desequilibramiento; alianza con miembros de la familia, alianza alternante, ignorar a miembros de la familia o coalición contra miembros de la familia.

3. Cuestionamiento de la realidad familiar. Los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto, todas las variedades de terapia (psicodinámica, conductista, terapia de familia) se basan en el cuestionamiento de esos constructos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia. Este tipo de reconstrucción puede producir una concepción sorprendentemente nueva de la realidad, en que se perciba de repente la posibilidad de un cambio. Para esta estrategia Minuchin emplea las Realidades, Construcciones y Lados Fuertes de la familia.

Como podemos ver, cada una de las estrategias que el terapeuta puede tomar a la hora de abordar una familia, tienen como objetivo fundamental el cuestionamiento. Cuestionamiento de la organización, de la realidad que la familia trae como su realidad actual y que es la que le está causando el sufrimiento o la disfunción. El cuestionamiento va a llevar a una revisión de las reglas que hasta ese entonces están manteniendo la estructura de la familia, reglas que muchas veces no son conscientes para los participantes. El cuestionamiento, que va a llegar así a través de la técnica, intentara lograr en todo momento a hacer ver a la familia que esa realidad que ellos llevan y sostienen, no es la única posible, sino también que hay ciertos caminos que ellos aun no han podido explorar (la realidad es múltiple y el terapeuta los llevaría hacia una realidad nueva).

#### Fases del proceso terapéutico

Podríamos delimitar el proceso terapéutico en 6 pasos o fases que serían como sigue:

1. La averiguación de la estructura en las primeras interacciones. La información esquemática que se puede recoger en un formulario de admisión o una conversación telefónica evoca la posibilidad de ciertas configuraciones familiares y ámbitos de problemas. Este esquema cognitivo tiene la virtud de ayudar al terapeuta a organizar su contacto inicial con la familia. Pero sólo en la formación del sistema terapéutico se puede reunir la información que apunte, aclare o refute la hipótesis inicial. Para verificar las conjeturas se necesita mucha información para definir la estructura y los problemas familiares. Desde un punto de vista sistémico, tiene escasa utilidad en estos casos el concepto de configuración familiar. El terapeuta no debe perder de vista el hecho de que en el proceso de recoger información está dentro del sistema que investiga. Además, la familia nunca es una entidad estática. Es útil enunciar la configuración familiar sobre la base de los datos iniciales, pero no es más que un primer paso. Casi en seguida es preciso que el terapeuta avance hasta entrar en la efectiva danza de la terapia.

2. El terapeuta observará las interacciones para ver cuáles son las reglas que gobiernan al sistema. Aquí el terapeuta entra en la danza familiar, observando las interacciones de los miembros de la familia, advirtiendo las reglas y formas de gobierno a las que está sometida la organización de la familia.
3. El terapeuta debe ver si estas reglas dan lugar a fronteras claras que permitan el desarrollo de las funciones. Al observar claramente las fronteras que delimitan el desarrollo de funciones, el terapeuta puede advertir cuáles son las posibles disfunciones de la familia, como podrían ser las fusiones de los holones, convirtiéndose así en diadas o triadas que excluyen a otros miembros de la familia, o al contrario, pueden existir holones, por así llamarlos incompletos.
4. Dependiendo de las características de las fronteras deberá evaluar si es una familia apegada o desapegada. En esta fase, el terapeuta determina, después de haber observado las fronteras que tiene la familia en cuestión, determina si la familia es apegada o no.
5. Pensar si esa es la estructura que está manteniendo el síntoma. El terapeuta, al determinar si es una familia apegada o no, verifica si las fronteras o los llamados holones están bien estructurados, y con esto observa si son la causa del síntoma.
6. Si el terapeuta ve que sí, en verdad es la estructura la que está manteniendo el síntoma debe proceder a cambiarla o modificarla. Entonces hará uso de sus criterios y las intervenciones necesarias según el caso amerite.

## 6.8 Metodología:

### FASE I

#### INTRODUCTORA. Cuadro # 69

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Preparación del ambiente	Capacitar al personal de la institución acerca de la problemática	Taller para el personal de la institución	Instalaciones de la institución	Investigador	Primer día
		Terapia explicativa grupal para las familias	Instalaciones de la institución	Investigador	Segundo día
Creación del ambiente terapéutico	Fomentar una relación apropiada entre el terapeuta y el niño	Trabajo en rapport	Instalaciones de la institución	Investigador	Tercer día
		Trabajo en empatía	Instalaciones de la institución	Investigador	Tercer día
		Encuadre terapéutico	Instalaciones de la institución	Investigador	Cuarto día

## FASE II

### TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Cuadro #70

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Etapa cognitiva	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones	Sala de terapia	Investigador	Cuarto – Decimocuarto día
	modelamiento conductual	Técnica sugestiva	Sala de terapia	Investigador	Cuarto – Decimocuarto día
Etapa conductual	Fortalecer la resiliencia del niño	Ludoterapia	Sala de terapia Juguetes, títeres	Investigador	Durante el cumplimiento de la fase
		Terapia ocupacional relacionada a la fundación	Instalaciones de la fundación	investigador	Durante el cumplimiento de la fase

### FASE III

#### TERAPIA SISTEMICA ESTRUCTURAL Cuadro #71

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Establecimiento de vínculos	Crear una relación favorable entre la institución, la familia y el niño	Sensibilización	Instalaciones de la institución Equipos audiovisuales	Investigador	Decimo quinto día
		Convivencias	Instalaciones de la fundación	investigador	Durante el cumplimiento de la fase
Trabajo intersistémico	Crear una interrelación funcional entre el sistema familiar y el sistema de la fundación	Taller explicativo para la familia sobre la visión misión y estatutos de la institución	Firmar acuerdos y compromisos entre la institución y las familias en pro de la estabilidad del niño	Investigador Autoridades de la institución	Decimo sexto día
Modificación estructural	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal	Sala de terapia	Investigador, equipo técnico de la institución	Decimo séptimo día – vigésimo séptimo día

#### FASE IV

#### VIVENCIAL Cuadro #72

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Grupo de apoyo dirigido para los niños	Crear un espacio dirigido de trabajo en el cual se continúe el trabajo en la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Instalaciones de la fundación	Investigador Equipo técnico de la institución	Durante el tiempo que el niño se encuentre en el programa de AIT
Seguimiento	Acompañar a los sistemas a mantener las modificaciones logradas	Talleres y citas programas	Instalaciones de la fundación	Investigador Equipo técnico de la institución	Durante el tiempo que el niño se encuentre en el programa de AIT

## PLAN OPERATIVO

### Fase I Introdutora. Cuadro #73

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TECNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
1	Capacitar al personal de la institución acerca de la problemática	Conferencia	Investigador Personal de la institución	Taller para personal de la institución	1 h
2	Capacitar a la familia acerca de la problemática	Terapia explicativa grupal	Investigador familias	Explicación formal de la problemática y del tratamiento propuesto	1 h
3	Fomentar una relación apropiada entre el terapeuta y el niño	Trabajo en rapport	Investigador niños	Juego libre y dinámicas grupales	1 h
		Trabajo en empatía	Investigador Niños	Juego libre y dinámicas grupales	1 h



4		Encuadre	Investigador Niños	Terapia explicativa	45 m
---	--	----------	-----------------------	------------------------	------

## Fase II

### Terapia cognitiva conductual. Cuadro #74

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TECNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
5	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 1ra sesión, terapia sugestiva 1ra sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
6	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 2ra sesión, terapia sugestiva 2da sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
7	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 3ra sesión, terapia sugestiva 3ra sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m

8	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 4ta sesión, terapia sugestiva 4ta sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
9	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 5ta sesión, terapia sugestiva 5ta sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
10	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 6ta sesión, terapia sugestiva 6ta sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
11	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 7ma sesión, terapia sugestiva 7ma sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
12	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 8va sesión, terapia sugestiva 8va sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
13	Alivio	R. M. de Berges y	Investigador	Terapia individual	45 m

	sintomático	Bones 9na sesión, terapia sugestiva 9na sesión	Niño		
14	Alivio sintomático	R. M. de Berges y Bones 10ma sesión, terapia sugestiva 10ma sesión	Investigador Niño	Terapia individual	45 m
Durante el cumplimiento de la fase	Fortalecer la reciliencia del niño	Ludoterapia	Investigador Niño	Dinámicas grupales y juego dirigido	1 h diaria
Durante el cumplimiento de la fase	Fortalecer la reciliencia del niño	Terapia ocupacional relacionada a la fundación	Investigador Equipo de cuidado Niños	Arreglo de jardines, huerto, cuidado de instalaciones	1 h diaria

### Fase III

#### Terapia Sistémica. Cuadro #75

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TECNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
15	Crear una relación favorable entre la institución, la familia y el niño	Sensibilización	Investigador Familias Niños Personal de la institución	Proyección de un video o película	2 h
Durante el cumplimiento de la fase	Crear una relación favorable entre la institución, la familia y el niño	Convivencias	Investigador Familias Niños Personal de la institución	Actividades recreativas Paseos	2 h diarias
16	Crear una relación funcional entre el sistema familiar y el sistema de la institución	Conferencia	Investigador Familias	Taller explicativo grupal para la familia sobre la visión y misión de la fundación	1h
16	Crear una relación	Reunión dirigida	Investigador	Firma de convenios	2h

	funcional entre el sistema familiar y el sistema de la institución		Familias Autoridades de la institución	y compromisos terapéuticos y comportamentales entre la familia y la institución	
17	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 1ra sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
18	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 2da sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
19	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 3ra sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
20	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 4ta sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m

21	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 5ta sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
22	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 6ta sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
23	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 7ma sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
24	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 8va sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
25	Modificar el funcionamiento y normativa del sistema	Técnica paradójal 9na sesión	Investigador Familias	Terapia familiar sistémica	45 m
	Modificar el	Técnica paradójal	Investigador	Terapia familiar	45 m

26	funcionamiento y normativa del sistema	10ma sesión	Familias	sistémica	
----	--	-------------	----------	-----------	--

#### Fase IV

#### Vivencial. Cuadro #76

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TECNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
Durante la estadía del niño en la institución	Crear un ambiente de soporte y comprensión entre los niños	Grupo de apoyo	Investigador Niños	Reuniones dirigidas programadas	1 h
Durante la estadía del niño en la institución	Acompañar a los sistemas a mantener las modificaciones logradas	Entrevistas	Investigador Familias Autoridades de la fundación	Citas programadas	1 h



## 6.9 Recursos administrativos:

- Recursos físicos:

- Instalaciones de la institución
- Salones de terapia

- Recursos humanos:

- Investigador
- Equipo técnico de la institución
- Personal de la institución

-Recursos materiales:

- Material de oficina
- Equipos audiovisuales
- Juguetes terapéuticos

-Presupuesto:

Cuadro # 77.

RUBROS DE GASTOS	VALOR
1.- Personal Técnico	1000
2.- Equipos Audiovisuales	0
3.- Material de oficina	100
4.- Juguetes terapéuticos	200
TOTAL:	1300

## MATERIALES DE REFERENCIA

### 1.- Bibliografía:

- ALONSO A, (2003). Psicodiagnóstico/ A. Alonso, E. Cairo, R. Rojas.- La Habana: Editorial Félix Varela.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV 1994.
- BOBES Julio, PAZ María; BASCARÁN María, SÁIZ Pilar, BOUSOÑO Manuel, (2003). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.
- BROWNE Kevin, JOHNSON Rebecca, OLTERGREN Mikael, (2006). Centro de psicología Forense y de la Familia de la universidad de Birmingham. Uso excesivo de la atención institucional de niños en Europa.
- Calviño, Valdés-Faully, Manuel Ángel, (2005). Orientación Psicológica- La Habana: Editorial Félix Varela.
- CODIGO DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA DEL ECUADOR.
- Cao, Campo, Nury, (2005). Psicopatología general- La Habana: Editorial Félix Varela.
- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (1948)
- FUNDACIÓN DANIELLE CHILDREN'S FUND ECUADOR- Ambato, (2010). Estadísticas.
- GARCIA-BAAMONDE SÁNCHEZ Maria Elena, (2008). Universidad de Extremadura. Análisis de la competencia lingüística de la adaptación, personal, social, escolar y familiar en niños institucionalizados en centros de acogida.
- JASPERS Karl, (1963) Psicopatología General, Ed.-Beta, 2da. Edición, traducción de la 5ta. Alemana del Dr. Roberto O. Saubidet, Argentina (Buenos Aires).
- JUNTA CANTONAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE AMBATO. (2011). Estadísticas.
- MARILYN Breindembach Higle, (2010). Trastornos afectivos conductuales.
- MILTON T, (1974). Psicopatología y Personalidad. Ed.-Interamericana, México.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2003), CIE10 clasificación de trastornos mentales.
- PUBLICACIONES Universidad de Extremadura, (2008).
- SULLIVAN H.S., (1959). Concepciones de la Psiquiatría Moderna, Ed.-Psique, Argentina (Buenos Aires).
- THE INTERNATIONAL SAVE THE CHILDREN ALLIANCE, (2006), publicaciones. Investigación sobre el entorno político, la calidad de la atención institucional y opciones de cuidado alternativo y prevención de niños en instituciones.

**2.- Linkcografía:**

- [www.apa.org.es](http://www.apa.org.es)
- [www.onu.org.es](http://www.onu.org.es)
- [www.psicopedagogia.com/articulos](http://www.psicopedagogia.com/articulos)
- [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- [www.psiquiatriaypsicologia.com](http://www.psiquiatriaypsicologia.com)
- [www.unisef.org.es](http://www.unisef.org.es)
- [www.onu.org.es](http://www.onu.org.es)

### 3.- ANEXOS:

Anexo # 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cuestionario: Escala de Hamilton para la ansiedad

Test: M. Hamilton, (1959)

Objetivo: Evaluar el nivel de intensidad de la ansiedad.

- 1.- Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión, irritabilidad). 0 1 2 3 4
- 2.- Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar). 0 1 2 3 4
- 3.- Miedos (a la obscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, a las multitudes etc.). 0 1 2 3 4
- 4.- Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos). 0 1 2 3 4
- 5.- Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria). 0 1 2 3 4
- 6.- Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día). 0 1 2 3 4
- 7.- Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura). 0 1 2 3 4

8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oído, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo). 0 1 2 3 4

9.- Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores del pecho, latidos vasculares, extrasístoles). 0 1 2 3 4

10.- Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire). 0 1 2 3 4

11.- Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío). 0 1 2 3 4

12.- Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de la frigidez, eyaculación precoz, impotencia). 0 1 2 3 4

13.- Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de la boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección). 0 1 2 3 4

14.- Comportamiento durante la entrevista:

-General: el sujeto se demuestra tenso incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensas, aumento de tono muscular, respiración jadeante, palidez facial.

- Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia, de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp / min, reflejos tendinosos vivos, temblor dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonias palpares.

0 1 2 3 4

Anexo # 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cuestionario: Escala de Hamilton para la depresión

Test: M. Hamilton, (1960)

Objetivo: Evaluar el nivel de intensidad de la ansiedad.

- 1.- Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad). 0 1 2 3 4
- 2.- Sensación de culpabilidad. 0 1 2 3 4
- 3.- Suicidio (0 ausente, 1 le parece que la vida no vale la pena ser vivida, 2 desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de hacerlo, 3 ideas de suicidio o amenazas, 4 intentos de suicidio). 0 1 2 3 4
- 4.-Insomnio precoz. 0 1 2
- 5.- Insomnio medio. 0 1 2
- 6.- Insomnio tardío. 0 1 2
- 7.-Trabajo y actividades (0 ausente, 1 ideas y sentimientos de incapacidad, 2 pérdida de interés en la actividad, 3 disminución del tiempo dedicado a la actividad afición o trabajo, 4 dejar toda actividad por la presenta actividad). 0 1 2 3 4
- 8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de concentración, actividad motora disminuida). 0 1 2 3 4
- 9.- Agitación 0 1 2
- 10.- Ansiedad psíquica. 0 1 2 3 4
- 11.- Ansiedad somática. 0 1 2 3 4
- 12.- Síntomas somáticos gastrointestinales. 0 1 2

13.- Síntoma somáticos generales. 0 1 2

14.- Síntomas genitales. 0 1 2 3

15.- Hipocondría. 0 1 2 3 4

16.- Pérdida de peso (según dice el paciente) 0 1 2, (según se puede constatar) 0 1 2

17.- Insight. 0 1 2

Anexo # 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cuestionario: Escala de Agresividad Manifiesta

Test: S. C. Yudofsky, J.M. Silver, W. Jackson, J. Endicott, D. Williams, (1986)

Objetivo: Evaluar objetivamente el nivel de agresividad.

- Agresión verbal (1 no presenta, 2 grita con enfado, 3 insultos personales sin gran importancia, 4 juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando esta enfadado, amenazas moderadas a otros a si mismos, 5 realiza clara amenazas de violencia otros o a si mismo). 1 2 3 4 5

- Agresión física contra uno mismo (1 no presenta, 2 se rasga o punza la piel, se golpea a si mismo, se tira del pelo, 3 golpea objetos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o lanza objetos, 4 se realiza cortes o quemaduras a propósito, 5 automutilaciones, se muerde hasta sangrar, se hace cortes profundos, lesiones internas). 1 2 3 4 5

- Agresión física contra objetos (1 no presenta, 2 da portazos, derrama la ropa, desordena todo, 3 arroja objetos contra el suelo, hace marcas en las paredes pateo los muebles sin romperlos, 4 rompe objetos, 5 prende fuego, arroja cosas a otros peligrosamente) 1 2 3 4 5

- Agresión física hacia otras personas (1 no presenta, 2 realiza gestos amenazantes, zarandea a otras personas, 3 golpea, da patadas, empuja y tira del pelo, 4 ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados, 5 ataca a otras personas causando daños graves). 1 2 3 4 5



Anexo # 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cuestionario: Trastorno Adaptativo.

Test: Investigador, (2011)

Objetivo: Evaluar objetivamente la presencia de un trastorno de adaptación y determinar su tipo.

- 1.- ¿Ha experimentado la presencia de un factor estresante (cambio biográfico, acontecimiento vital estresante, duelo, separaciones, pérdidas) que llevo a cambiar de alguna manera su rutina diaria? SI NO
- 2.- ¿El acontecimiento descrito tuvo lugar hace? 1 semana 1 mes 3 meses 6 meses 1 año
- 3.- ¿Ha notado alteración en su comportamiento o emociones en el último tiempo? 0 1 2
- 4.- ¿Ha experimentado variación en su estado emocional? 0 1 2
- 5.- ¿Ha presentado variación en su comportamiento? 0 1 2
- 6.- ¿Ha experimentado un sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas? 0 1 2
- 7.- ¿Utiliza últimamente un lenguaje más infantil que el que solía utilizar? 0 1 2
- 8.- ¿Presenta dificultades en el habla que antes no poseía? 0 1 2

9.-¿Ha comenzado a chuparse el pulgar u otro de sus dedos? 0 1 2

10.- ¿Ha estado presentado Enuresis? 0 1 2

11.- ¿Ha estado presentado Encopresis? 0 1 2

Anexo # 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cuestionario: Niños en AIT.

Test: formato del investigador, (2011)

Objetivo: recabar información relevante para el proceso de investigación con relación a la variable independiente.

- 1.- ¿Extrañas a tus padres? Nada ----poco---- mucho----
- 2.- ¿Con que frecuencia recibes visitas de tus padres? Semanal--- mensual---- nunca---
- 3.- ¿Extrañas a tus hermanos o demás familiares? Nada ----poco---- mucho----
- 4.- ¿Extrañas la escuela donde solías ir? Nada ----poco---- mucho----
- 5.- ¿Extrañas a tus amigos? Nada ----poco---- mucho----
- 6.- ¿Extrañas estar en tu casa con tus cosas? Nada ----poco---- mucho----
- 7.- ¿Cuándo estabas en casa tenias normas de estudio? Si----- NO-----
- 8.- ¿Solías ayudar con los quehaceres en casa? SI---- NO---
- 9.- ¿Tenias horarios de aseo personal en casa? SI---- NO-----
- 10.- ¿Te es fácil cumplir con las reglas de la institución? SI---- NO-----
- 11.- ¿Peleas con otros niños dentro de la institución? SI---- NO-----

12.- ¿Algún niño dentro de la institución te ha pedido u obligado a romper alguna regla?

SI---- NO-----

