

UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE EDUCACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
DECANATO DE POSTGRADO

Trabajo de Grado para obtener el grado de Magister en
Psicología Clínica con Énfasis en Psicoterapia Integrativa
INFORME DE PRACTICA PROFESIONAL

INTERVENCIÓN A NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DEL NIÑO

Presentado por:
Evelyn Maria Castro Di Nicola 8-1119-833

Asesor:
Doctor Ricardo Turner

Panamá, 2019

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Marco De Referencia Institucional	1
1.1 Antecedentes	3
1.2 Justificación	5
1.3 Descripción Institucional.....	7
1.4 Objetivos Generales Y Específicos	10
1.5 Población Beneficiaria Directa E Indirecta.....	10
1.6 Cronograma De Actividades.....	11
Capítulo II. Descripción De La Práctica Profesional	13
2.1 Actividades Realizadas	14
2.2 Portafolio De Actividad	14
Capítulo III. Análisis E Interpretación De Los Resultados	55
3.1 Análisis De Resultados.....	59
3.1.1 Propuesta De Solución.....	70
3.1.1.1 Marco De Referencia	70
3.1.1.2 Justificación	73
3.1.1.3 Diseño De La Propuesta	74
3.1.1.3.1 INTRODUCCIÓN.....	74
3.1.1.3.2 OBJETIVO	74

3.1.1.3.3 BENEFICIARIOS.....	75
3.1.1.3.4 FASES DE INTERVENCIÓN.....	75
3.1.1.3.5 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA DE EVALUACIÓN.....	81
3.1.1.3.6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
Conclusión.....	86
Referencias Bibliográficas.....	90
Anexos.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	55
Tabla 2	55
Tabla 3	56
Tabla 4	56
Tabla 5	57
Tabla 6	60
Tabla 7	60
Tabla 8	62
Tabla 9	64
Tabla 10	66
Tabla 11	68

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	59
Ilustración 2	60
Ilustración 3	61
Ilustración 4	63
Ilustración 5	65
Ilustración 6	67

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se expone la evaluación y el posible tratamiento de niños de bajo recursos económicos y con graves problemas familiares, demostrando cómo una carencia afectiva, social, alimentaria y material pueden impactar neurofisiológica, cognitiva y emocionalmente la vida del niño. Por esta razón se propondrá un posible tratamiento a través de la musicoterapia y otras intervenciones, con el objetivo de minimizar los factores de riesgo y las consecuencias de tales condiciones de vida y ofrecer una mejor calidad de vida al menor y a sus familiares.

Se considera importante encontrar estrategias para intervenir en contextos de pobreza extrema y familias de bajos recursos y con múltiples problemas socioeconómicos, ya que los niños que se desarrollan en estos ambientes o que son institucionalizados, no tienen el apoyo necesario para ampliar sus potencialidades ni para tener un futuro digno para ellos y para sus familias.

Capítulo I.

Marco de Referencia Institucional

1.1 Antecedentes

Según plantean los autores Fernández Cao y Martínez Díez:

“El niño desde su nacimiento en adelante, antes de aprender a hablar y reconocer la identidad de quienes les cuidan, responde al cuidado y al cariño, a los que responde con miradas o sonidos de placer. Muchos de los niños en casas de acogida, no han podido conocer ni los cuidados ni el cariño, son niños que presentan dificultades dadas las situaciones que les ha tocado vivir, el arte les sirve de ayuda para mejorar la comunicación con ellos mismos y con los demás, a sentirse valorados como personas, y adquirir seguridad y desarrollar su autoestima, ayudándoles a potenciar su imaginación creadora”. (Fernández Cao; Martínez Díez, 2006:79).

Es importante la introducción de la música en edad escolar, ya que contribuye al desarrollo cognitivo, sensorial, del lenguaje, motor, emocional, interpersonal, de confianza en sí mismo y autoconciencia. En especial modo en un contexto de institucionalización, los niños y adolescentes requieren desarrollar estas áreas en las cuales serán carentes por la falta de atenciones en el seno familiar.

Poch (1981), define la Musicoterapia como: “la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica, para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física cuanto mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”.

Emile Jacques Dalcroze ha sido el precursor de la Musicoterapia en los años entre 1900 y 1950.

La Musicoterapia se ha empleado para la atención a niños con problemas conductuales, dificultades en el aprendizaje, necesidades educativas especiales, niños con discapacidad intelectual, con problemas relacionales, con baja autoestima, niños con enfermedades médicas,

problemas neurológicos, para reducir el estrés, para tratar traumas psicológicos, para aumentar la creatividad.

Los ámbitos de aplicación de la Musicoterapia, son: escuelas, hogares, hospitales, centros psicológicos, clínicas psiquiátricas, y es muy beneficiosa para todos, de la etapa prenatal, infancia, adolescencia, adultez y vejez.

1.2 Justificación

Es importante destacar la relevancia de desarrollar una intervención en niños víctimas de negligencia, faltos de afecto, económicamente desvalidos, sin los cuidados de salud necesarios, carentes de alimentación, maltratados, ya que las instituciones no pueden sustituir la presencia de una figura primaria de apego, como es la madre, ni darle la contención, la protección y el amor necesario a un adecuado desarrollo psicofísico del niño. Las intervenciones psicológicas y de musicoterapia tienen la finalidad de facilitar la adaptación de los niños y adolescentes a la sociedad, tener mejores relaciones interpersonales y para poder superar las adversidades que han caracterizado el pasado de estos menores evitando el desenvolvimiento de sus vidas en criminalidad, prostitución, trastornos mentales, dificultades relacionales, violencia, abuso, y la repetición del mismo ciclo que ha llevado a sus padres y a ellos a este destino difícil. De alguna forma, se requiere suplir dichas carencias a través de intervenciones en el sector de la psicología, y facilitar un correcto desarrollo del niño, la inserción escolar, los cuidados de salud, integrar las carencias nutricionales, la protección de un “hogar”. Por tal razón, y en base a las descritas necesidades, se despliega la propuesta que será expuesta en los siguientes capítulos de este trabajo.

Según el *Estudio sobre la Situación de los derechos de la niñez y la adolescencia privados de cuidados parentales. Ubicados en centro de acogimiento o Albergues*, de la Defensoría del Pueblo y UNICEF (2011), en los 35 albergues de los 48 que existen en Panamá, en el año 2010, que representa un 73% del universo, el 34% se ubican en la Ciudad de Panamá (12), el 23% en la Provincia de Veraguas (8), el 14% en la Provincia de Chiriquí (5). Existe una carencia de albergues en el resto de las provincias. El 74% de estos albergues, están constituidos por albergues que brindan alojamientos a menores de edad que tienen una condición de

vulnerabilidad de sus derechos o por protección (26), el 14% ofrece hospedaje escolar y funcionan según el calendario educativo, los menores de edad regresan a vivir con sus familias en el verano o en las vacaciones (5), el 5%, son albergues que ofrecen servicios de recuperación nutricional (3), el 1% aloja a niños y adolescentes que se contagiaron con el VIH o Sida (1).

Según UNICEF (2006), se estima que en el mundo existen millones de niños y adolescentes, sin cuidados parentales, abandonados, que viven en las calles, en orfanatos o instituciones y hogares sustitutos. En Europa Central y Oriental, alrededor de 1,5 millones de menores de edad viven en instituciones. En Rusia también un millón de niños viven, huérfanos o separados de sus familias. En 12 países africanos, antes del 2010, los niños huérfanos representaban hasta un 15% del total de los niños y adolescentes menores de 15 años. Según el estudio de Aldeas Infantiles S.O.S. Internacional y RELAF (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar), en el 2007, había 374,308 niños y adolescentes institucionalizados.

Según el estudio *Desinstitucionalización de Niños, Niñas y Adolescentes, Informe de Panamá*, de Susana Falca, en el 2005, se estimaba que en Panamá, 2,901, niños se encontraban institucionalizados. En el año 2008, según la Dirección Nacional de Niñez y Adolescencia del Ministerio de desarrollo Social, 1,937 menores de edad estaban alojados en albergues. A inicio del año 2010, según la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF), 2,193 eran los niños y adolescentes institucionalizados.

Actualmente, la institucionalización es considerada la última opción para prevenir problemas a futuro, ya que nada sustituye el verdadero cuidado parental. Como primera opción es recomendable recurrir a un hogar del entorno familiar del niño o adolescente, dentro de su familia inmediata o de su familia ampliada. Como segunda opción un hogar de guarda o

acogimiento residencial, en tercer lugar, la adopción. Como última opción se consideran los albergues o instituciones de protección o residenciales.

1.3 Descripción Institucional

Lugar de la práctica: La Ciudad del Niño.

Dirección: Calle del Puerto, La Chorrera, Panamá, República de Panamá.

Supervisora: Psicóloga y Coordinadora de Educación Milixsa Olmedo.

Horario: De lunes a viernes de 8:00 a 6:00.

Misión

“Ciudad del Niño es una organización sin fines de lucro que desde 1968 está comprometida con la promoción, defensa y ejercicio de los derechos de los niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad; brindándoles oportunidades de desarrollo y apoyando a sus familias para que puedan llevar a cabo de forma adecuada la crianza y educación de sus hijos”.

Visión

“Ser una organización líder en la atención integral a los niños y adolescentes en situación vulnerable y en la defensa de sus derechos, así como en el fortalecimiento de sus familias”.

La Ciudad del Niño ha formado personas que hoy son profesionales, padres de familia responsables, superando así el pronóstico de deserción escolar y marginación que anunciaba su situación familiar y social.

La Ciudad del Niño surge en los años 60 por iniciativa de un grupo de personas coordinadas por el P. José María Aguirre, S.J., con la finalidad de proporcionar techo, crianza y educación a niños que vivían en condiciones de pobreza y abandono familiar.

El 11 de mayo de 1968, con el patrocinio e impulso de Doña Petita Saa de Robles, Primera Dama de la República, abre sus puertas para dar acogida a 78 niños, en las instalaciones construidas sobre los terrenos donados por Doña María Icaza, en el Distrito de La Chorrera.

La Ciudad del Niño es una organización sin fines de lucro que desde 1968 está al servicio de la niñez desprotegida que brinda el apoyo a niños y adolescentes en situación de riesgo social y pobreza extrema que no tienen familia o cuya familia no tiene la capacidad de garantizar su crianza y educación. Es una ONG comprometida con la promoción, defensa y ejercicio de los derechos de los niños en situación vulnerable formada por Nuestro equipo está compuesto por:

- Patronato - Junta Directiva
- Director del Centro
- Departamento de Psicología y Trabajo Social
- Monitores y Maestros
- Enfermería y sección Administrativa
- Cocina y Mantenimiento

Los menores en situación de riesgo social y pobreza extrema son el 22.2% de la población panameña, es decir 481,000 personas, según cifras de la Encuesta de Niveles de

Vida 2008, Contraloría General de la República. Cuando en situación de pobreza se presentan en la familia otras condiciones como enfermedad, abandono, negligencia o maltrato, es importante el establecimiento de programas de acogida residencial como el que brinda la Ciudad del Niño, al no existir en el país alternativas efectivas de apoyo familiar.

Las funciones desarrolladas son:

- **Recreación y Deportes:** estas actividades tienen el objetivo de estimular el desarrollo físico, educar a la disciplinas, trabajo en equipo y desarrollar habilidades sociales.
- **Educación y Valores:** Ciudad del Niño proporciona uniformes, útiles escolares, transporte, supervisión y ayuda en las tareas escolares.
- **Apoyo a Ex alumnos:** este es un programa que prepara y acompaña al adolescente a su salida de la institución, ofreciéndole alternativas para seguir su educación, becas de estudio y apoyo en la búsqueda de empleo o residencia.
- **Programas Auto sostenibles:** se trata de proyectos que, además de generar ingresos, muestran a los jóvenes ejemplos de autogestión.
- **Salud y Nutrición:** garantizan a más de cien niños y adolescentes su alimentación durante el periodo escolar, promoviendo una alimentación saludable.
- **Fortalecimiento Familiar:** promueve la reinserción de los menores a su hogar y el entorno comunitario.
- **Programas de Desarrollo Humano y Administración del Hogar,** alfabetización y terminación de estudios primarios, capacitación laboral (cursos de modistería, belleza, panadería, cocina, entre otros), estimulación temprana para los niños (as) de 0 a 5 años, Pre-escolar, gestión para mejora habitacional.

1.4 Objetivos Generales y Específicos

El objetivo general de este trabajo de grado es:

- Desarrollar estrategias de intervención psicoterapéuticas que favorezcan la presencia de personal preparado en técnicas de psicología clínica para apoyar a los niños y adolescentes de La Ciudad del Niño.

Los objetivos específicos comprenden el diseño de una propuesta para:

- prevenir dificultades y distorsiones en el desarrollo psicoafectivo de los niños y adolescentes educándolos en inteligencia emocional.
- Reducir el estrés de niños y adolescentes de la Ciudad del Niño.
- Mejorar las áreas cognitivas de niños y adolescentes de la Ciudad del Niño.
- Mejorar la conducta de niños y adolescentes de la Ciudad del Niño.

1.5 Población Beneficiaria Directa e Indirecta

La población beneficiaria de la Ciudad del Niño directa es constituida por niños y adolescentes en situaciones de riesgo social o pobreza extrema. La población beneficiaria Indirecta está constituida por las familias de estos menores de edad y en consecuencia la misma sociedad panameña que tendrá menos problemas sociales como delincuencia, necesidades básicas no satisfechas, prostitución, pobreza, deserción escolar, bajo rendimiento académico y estudiantes repetidores.

1.6 Cronograma de actividades

He realizado mi Práctica Profesional en el Albergue de La Ciudad del Niño, en la Dirección de Atención a Niños y Adolescentes, del 22 de enero al 14 febrero de 2018, en el horario de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., sumando un total de 162 horas. Al ingresar en la oficina en la cual labora la Licenciada Milixsa Olmedo, me familiaricé con la modalidad de trabajo de La Ciudad del Niño, por lo cual a partir del primer día de práctica, he empezado con citar a través de llamadas telefónicas a los acudientes de los niños de bajos recursos o con problemas familiares, para empezar con las entrevistas a los mismos, y también a los niños y adolescentes candidatos a ingresar a los programas de atención de La Ciudad del Niño. Esto, con el fin de efectuar la evaluación y detectar las dificultades actuales de los mismos en relación a la situación en la que se encontraban al momento de la entrevista. Además me he dedicado a leer los expedientes de los hermanos de los casos de niños que ingresarían a la Ciudad del Niño para integrar las informaciones, comprender mejor el contexto en el que vivían los niños y revisar las entrevistas hechas y el contenido del trabajo en equipo que comprende trabajo social, las visitas domiciliarias y eventuales notas por partes de otras entidades. Posteriormente a la aplicación de las pruebas psicológicas, las he calificado para analizar los resultados de las mismas y así poder tener una impresión diagnóstica y empezar el proceso de intervención psicoterapéutica en base a las situaciones psicosociales encontradas. Al final realicé los informes psicológicos que incluían el plan de acción relativo a cada caso. Para integrar la información y conocer los diferentes puntos de vista en relación a los niños, se analizaron y discutieron los casos con los miembros del equipo técnico de la Ciudad del Niño. El día 8 de febrero de 2018 presenté casos ante el Comité de Selección de Nuevo Ingreso, con

autoridades de SENNIAF, Colaboradores de Hogar Malambo y equipo técnico de la Ciudad del Niño para decidir si ingresarían a la Ciudad del Niño y en que Programa (Atención Diurna o como Internos), según la información recopilada o recibida.

Capítulo II.
Descripción de la Práctica Profesional

2.1 Actividades realizadas

Las actividades que realicé fueron:

- Entrevistas a familiares, niños y adolescentes candidatos a ingresar a los programas de atención de La Ciudad del Niño.
- Citaciones a través de llamadas telefónicas a los acudientes.
- Lectura de expedientes de los hermanos de los casos de niños que ingresarían a la Ciudad del Niño para integrar las informaciones.
- Evaluaciones y calificación de pruebas.
- Elaboración de informes psicológicos.
- Discusión de casos con los miembros del equipo técnico de la Ciudad del Niño.
- Presentación de casos ante el Comité de Selección de Nuevo Ingreso, con autoridades de SENNIAF, Colaboradores de Hogar Malambo y equipo técnico de la Ciudad del Niño.
- Intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a los niños de la Ciudad del Niño.

2.2 Portafolio de Actividad

CASOS ATENDIDOS

E.E.W.W.

Albergue: *CIUDAD DEL NIÑO*

Provincia: Panamá Oeste

Distrito: La Chorrera

Corregimiento: Playa Leona

Director: Fortunato Peirotén P.

▪ **DATOS GENERALES:**

Nombre: E. E. W. C.

Fecha de Nacimiento: 5 de noviembre de 2005

Edad al momento de la evaluación: 12 años, 2 meses, 5 días

Escolaridad: 4° CBG José María Barranco (repite).

Familiar responsable: D. T. (tía paterna)

Dirección: La Chorrera

Motivo de solicitud de ingreso: Situación de riesgo social, y falta de controles (no tienen quien le cuide).

▪ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Se desconoce la información inherente al embarazo, la salud, el crecimiento y desarrollo de E.

Expresa la señora D. T., que E. es muy inquieto y que su tío político lo quiere pero le molesta su impulsividad y desobediencia. Además reclama que su esposa tiene un embarazo de alto riesgo y en este estado se altera mucho por la conducta del sobrino.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Según la abuela ambos padres son consumidores de drogas y también se han dedicado al tráfico de drogas, razón por la cual el padre por evitar que le presara la policía porque tenía posesión de droga corre al llamado de atención de agentes de la policía y le disparan en la pierna, a consecuencia de ello le amputan la pierna.

Y la madre está cumpliendo pena de ocho años, por tráfico, desde el año pasado.

- **DINÁMICAS FAMILIARES:**

E. es referido por la SENNIAF de La Chorrera y llega acompañado por la abuela y tía paterna. Refiere que la madre M. C. G. está detenida por venta de droga (piedra) desde el mes de diciembre de 2017, con una condena de 8 años (a partir del 2018) y el padre está desempleado y es adicto en recuperación, consumía marihuana y posteriormente piedra desde los 33 años de edad. Actualmente el padre tiene 44 años. Refiere la abuela, que E. no tiene a nadie que pueda atenderlo. Cuenta la abuela: que en septiembre del año pasado convivían con su hermana materna quien es mayor de edad y esta abandonó a sus dos hermanos en el cuarto que tenían en alquiler. Y asumió la responsabilidad de los niños, la tía paterna D. con el apoyo de la abuela materna que contribuye con los alimentos y merienda.

La abuela que E. pelea frecuentemente con su hermana.

- **SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:**

Según refiere la señora D., entre las posibles situaciones traumáticas experimentadas por el niño, tenemos el abandono por parte de ambos padres.

- **ANTECEDENTES ESCOLARES:**

Se desconoce el historial académico del estudiante en los niveles de 1, 2, y 3.

En el año lectivo 2017 obtuvo en el boletín una calificación de 2.8. Las materias en las cuales obtuvo una calificación mayor que 3.0 son: matemática, salud y educación física y tecnologías. Por lo relativo a los Hábitos y Actitudes, en el 1° trimestre resulta regular en todos menos cooperación y respecto a la propiedad ajena en las cuales resulta satisfactorio y no satisface en responsabilidad, en el 2° trimestre resulta satisfactorio en todos menos responsabilidad, orden y aseo, autodominio y confianza en sí mismo en los cuales es regular, en el 3° trimestre resulta regular en la mayoría de ellos con un “no satisface” en autodominio y confianza en sí mismo.

Es importante destacar que E. en la escuela presenta problemas de conducta y según la señora D. no hay nadie que lo apoye. La maestra M. G. manifestó que E. reprobaría el nivel.

- **CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LA EVALUACIÓN:**

Al momento de la evaluación E. manifiesta onicofagia, borra con frecuencia en los dibujos y necesita aprobación para continuar con las pruebas aplicadas. Está orientado en tiempo y presenta buena apariencia física.

- **CONCLUSIÓN:**

E. manifestó onicofagia, borrado frecuente en los dibujos y necesidad de aprobación por parte de la evaluadora para continuar la evaluación, que indica un nivel de inseguridad y ansiedad.

En base a los resultados obtenidos por E., se concluye que el mismo presenta características típicas de personas con retraimiento, incapacidad de controlar impulsos, baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo, ansiedad, pesimismo, conflictos sin resolver, afronta con temor un mundo externo que es asumido como hostil, falta de seguridad en el terreno emocional y en la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV) un CI de 77 que corresponde a un nivel de Límite, lo que indica posibles dificultades en el proceso de aprendizaje.

En el tercer trimestre el boletín de calificaciones refleja un decaimiento de los hábitos y actitudes y podemos notar un rendimiento no satisfactorio en autodominio y confianza en sí mismo.

Presenta dificultades de adaptación en la convivencia con los tíos reflejadas en problemas conductuales.

Es importante tener en cuenta que E. está entrando en la etapa de la preadolescencia con los cambios en la identidad, emocionales, sociales, biológicos y hormonales que esto comporta y podrían aumentar los comportamientos inadecuados, la rebeldía, los cambios de humor, como algo normal de la edad, que requiere paciencia por parte de los cuidadores y mucha comprensión.

A esto se suma la privación de la figura materna y los problemas afectivos relacionados con su ausencia y la falta de reconocimiento por parte del padre que podrían haber originado sentimientos de pérdida por parte del menor.

La solución es manejar la conducta de E. trabajando también con sus emociones, reconociendo que como cada uno de nosotros E. es un ser integral, cuyas manifestaciones son el resultado de las experiencias y las dificultades que han afectado su equilibrio bio-psico-social.

Además la capacidad de comprensión y elaboración de los eventos no es la misma en un niño como puede ser en un adulto. Por esta razón es necesario hacer uso de la empatía y del amor para acercarse a las vivencias y la interioridad del niño.

▪ **INTERVENCIÓN:**

La línea de tratamiento para la intervención es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- ✓ Psicoeducación dirigida a los cuidadores para la orientación y sensibilización acerca de la situación emocional del menor.
- ✓ Elaboración de un proyecto de vida estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo, (ser futbolista), exponiendo los valores, los objetivos y detección de los pasos y los requisitos para conseguirlos.
- ✓ Role playing o ensayo de la conducta (reproducir la conducta asertiva, invertir los roles y ensayar lo aprendido).
- ✓ Técnica del modelamiento (el terapeuta ejecuta la conducta adecuada para que el sujeto la imite).
- ✓ Retroalimentación y reforzamiento (dar información al paciente sobre su propia conducta. Señalar las conductas positivas, reforzarlas positivamente y señalar las conductas inadecuadas para que desaparezcan o se modifiquen).
- ✓ Técnica del costo de respuesta. El chico paga con un beneficio cada conducta inapropiada, aprendiendo así que toda conducta disruptiva lleva asociada una consecuencia negativa.

▪ **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Brindar seguimiento de Psicología.
- ✓ Orientar a los familiares sobre el manejo adecuado de su conducta.
- ✓ Enviar el informe psicológico al colegio para que reciba las adecuaciones curriculares.
- ✓ Ajustar la dificultad de las actividades escolares al nivel del niño para que se sienta motivado.
- ✓ Remarcar sus éxitos académicos y no focalizarse en los fracasos.
- ✓ Mantener un contacto visual al hablarle y redirigirle su atención con una señal.
- ✓ Valorar el esfuerzo, no el resultado.
- ✓ Reforzar su autoestima, elogiarlo cuando haga algo positivo.
- ✓ Recompensar inmediatamente las conductas esperadas después de haberlas cumplidas.
- ✓ No desvalorizarlo ni compararlo con los demás.
- ✓ Escucharlo con atención y mantener una comunicación abierta.
- ✓ Criticar la conducta y no a él.
- ✓ Ignorar las conductas indeseadas.
- ✓ Fomentar los talentos y los intereses de Emmanuel.
- ✓ Establecer límites y reglas.
- ✓ Ser firme y mantener la calma.
- ✓ No disciplinarlo bajo los efectos de la ira.
- ✓ Utilizar la disciplina positiva.
- ✓ Demostrarle atención e interés para que se sienta aceptado.

- ✓ Reconocer la situación de E. y la dificultad de manejar sus emociones.
- ✓ Fomentar la comunicación y escuchar sus necesidades.
- ✓ Ser un modelo positivo para E., ya que los niños aprenden por imitación de los adultos.
- ✓ Ofrecerle un ambiente adecuado a su edad libre de violencia física o verbal.

I.S.

Albergue: *CIUDAD DEL NIÑO*

Provincia: Panamá Oeste

Distrito: La Chorrera

Corregimiento: Playa Leona

Director: Fortunato Peirotén P.

▪ **DATOS GENERALES:**

Nombre: I. S.

Fecha de Nacimiento: 29 de noviembre de 2011

Edad al momento de la evaluación: 6 años, 2 meses, 15 días

Escolaridad: S/E

Familiar responsable: C. S.

Dirección: La Chorrera

Motivo de solicitud de ingreso: Situación de riesgo social y dificultad económica. El abuelo materno, solicita Atención Diurna al igual que el resto de sus nietos.

▪ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Refiere el señor C. que la madre de I. consumía droga cuando estaba encinta y no hubo control de embarazo, pero el parto se llevó a cabo sin complicaciones, fue un parto vaginal a término. Expresa que la abuela lo cuidó desde su nacimiento hasta los 9 meses, después se hizo cargo la tía M. F. Sostuvo la cabeza al mes, se sintió a los 4 meses, a los 6 meses gateó, caminó antes del año, hablo al año. Niega traumatismo craneoencefálico y convulsiones. Presentó un cuadro asmático desde los 2 años, recibió tratamiento. Refiere el señor S. que la tía lo lleva a control de vacuna y a la citas de crecimiento y desarrollo.

▪ **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Los abuelos maternos no padecen aparentemente de enfermedad alguna. La madre padece de hipertensión y problemas vaginales, a los 21 años empezó a consumir cocaína. Se desconocen los antecedentes de salud de la familia paterna. Refiere el señor S. que el padre de I., S. S., consume marihuana y cocaína.

▪ **DINÁMICAS FAMILIARES:**

El menor I. S. no ha sido reconocido por el padre. El señor C. S., refiere que nadie cuida de I. y la señora N. S. no asume su rol de madre ni responsabilidad alguna con respecto a sus hijos y que regresa a la casa en estado de embriaguez, fuma cigarrillos y les pega a los hijos. La madre, que anteriormente se ocupaba de buhonería, estuvo privada de libertad desde el día 17 de

diciembre de 2013 por 4 años y medio. La tía que lo cuidaba, M. F., se lo entregó a la abuela, señora N., a los tres meses del nacimiento de su hijo. Refiere el señor C., que según la abuela, I. hace gestos, vira los ojos, se pone de mal humor, quiere llamar la atención. Expresa el señor C. que la abuela paterna nunca pregunta por I. y que I. nunca vivió con su padre. I. no reconoce a una figura materna en particular y llama mamá todas las mujeres de la familia, no llama papá a nadie. A su abuelo lo llama “abuelo flaco”.

▪ **SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:**

Las situaciones mencionadas por el señor C. S. que podrían haber tenido significación traumática para el nieto, son: abandono de ambos padres y maltrato por la familia materna.

▪ **ANTECEDENTES ESCOLARES:**

Señala el señor C. S. que I. cursó el Pre Kínder en la Escuela Alfred Nobel hasta el 2° trimestre cuando le comunicaron que el niño había lesionado a una maestra a causa de su conducta y agrega que por su comportamiento lo rechazaban. El siguiente año, en el 2016, asistió hasta el 2° trimestre a Kínder en el CEFACEI de la Milagrosa. El 2017 no asistió a la escuela. Refiere el señor que según la abuela, al niño no le enseñaban nada y se olvidaba de las cosas que ya sabía.

▪ **CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LA EVALUACIÓN:**

Al momento de la evaluación, I. S. se muestra en un primer momento, con manifestaciones no verbales de temor, preocupación, después sigue silencioso, inquieto y con deseo de jugar pero logra cumplir con las indicaciones.

- **CONCLUSIÓN:**

En base a los resultados obtenidos por I., se concluye que el mismo presenta características típicas de personas con tensiones o situaciones de conflicto, normalmente en el entorno familiar o con alguna de las figuras de referencias, regresión, sentimientos de constricción ambiental acompañados de fantasías compensatorias, precaución ante el mundo exterior, miedos, emociones contenidas, baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo, le falta una base firme, madurez visomotora por debajo de su edad cronológica, indicadores de problemas neurológicos, nivel de capacidad mental (CI) Límite-Borderline (60-80). Según el Test ABC de Lorenzo Filho, para el aprendizaje de la lectura y la escritura tendrá dificultad y necesitará asistencia especial.

Según el Índice de Wittgenstein, después de los 2 años I. puede haber sufrido un hecho traumático; en efecto, según refiere el señor C., la hija estuvo detenida desde el 17 de diciembre de 2013, cuando Iván tenía 2 años, 0 meses y 18 días. Además a los 2 años, refiere el abuelo materno, empezó a padecer de asma.

Los antecedentes familiares del menor, representan un obstáculo para el logro de un desarrollo saludable. La estabilidad afectiva en el entorno familiar asegura el bienestar emocional futuro, mientras que violencia, negligencia e carencia de estabilidad, aumentan las probabilidades para los niños de desarrollar trastornos psiquiátricos y problemas emocionales.

El pronóstico mejora si las partes del sistema familiar aportan su contribución para solucionar los conflictos intrapersonales e interpersonales y se focalizan en los niños para brindarle lo que necesitan para un crecimiento saludable.

La madre es una figura de fundamental importancia, su salud emocional puede fortalecer o perjudicar la vida de sus propios hijos.

A nivel académico el apoyo constante en las tareas escolares es fundamental para la adaptación escolar y también el auto concepto del niño, el descubrimiento de ser valorado y poder mejorar sus habilidades refuerza su autoestima.

▪ **INTERVENCIÓN:**

La línea de tratamiento para la intervención es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- ✓ Brindar a I. un lugar seguro para expresar y organizar las experiencias a través del dibujo.
- ✓ Proporcionarle un espacio de contención para facilitar la elaboración de las experiencias traumáticas a través de la simbolización.
- ✓ Utilizar el refuerzo positivo para obtener la fijación de determinada conducta.
- ✓ Empleo del juego libre o ludo terapia, técnica que puede aplicarse en dos modalidades, la no directiva y la planificada. La no directiva, que apliqué, consiste en explicar al niño que puede jugar como él quiera, y también que puede expresar todo lo que se le ocurra, dibujando o jugando. En la forma planificada el psicólogo interviene indicando al niño como jugar. En las dos modalidades, el psicólogo, puede intervenir en el juego reconduciéndolo hacia lo que considere necesario.
- ✓ Trabajé preparando el lugar de trabajo con juegos como títeres, juguetes tanto de figuras humanas como de objetos, lápices, pilotos y hojas para dibujar, o escribir.

▪ **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Referir a Paidopsiquiatría para descartar o afirmar problemas neurológicos.
- ✓ Brindar seguimiento de Psicología.
- ✓ Referir a Psiquiatría a la señora N. S. para fortalecer su rol como madre y atender su salud mental.
- ✓ Reforzar el vínculo madre-hijo.
- ✓ Asumir la responsabilidad como madre y asistir a todo lo relacionado con sus hijos.
- ✓ Enviar regularmente a clases el menor.
- ✓ Reforzar la motricidad fina de I.
- ✓ Mantener un contacto visual al hablarle y redirigirle su atención con una señal.
- ✓ Dar órdenes breves y claras.
- ✓ Reforzar su autoestima, elogiarlo cuando haga algo positivo.
- ✓ Establecer límites y reglas.
- ✓ No gritarle ni pegarle.
- ✓ Evitar los insultos.
- ✓ Conversar con él.
- ✓ Criticar a la conducta indeseada y no al niño.
- ✓ Brindarle cariño y comprensión.
- ✓ Ofrecerle un ambiente adecuado a su edad, libre de violencia física o verbal.
- ✓ Procurar estabilidad en su vida.
- ✓ Brindarle una rutina por lo relacionado a alimentación, tareas escolares, hábitos de sueño, juego.

✓ Ofrecerle atención médica cuando lo requiera.

J. A. V. C.

Albergue: *CIUDAD DEL NIÑO*

Provincia: Panamá Oeste

Distrito: La Chorrera

Corregimiento: Playa Leona

Director: Fortunato Peirotén P.

▪ **DATOS GENERALES:**

Nombre:	J. A. V. C.
Fecha de Nacimiento:	9 de enero de 2009
Edad al momento de la evaluación:	9 años, 0 meses, 14 días
Escolaridad:	2° Esc. Fe y Alegría
Familiar responsable:	A. C. P. (madre)
Dirección:	Panamá
Motivo de solicitud de ingreso:	Situación de riesgo social y dificultad económica.

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**

La señora A. C., refiere que tenía 16 años al momento del embarazo de J., asistió a los controles médicos, el parto fue normal, a término, pesó 8 libras al nacer. El desarrollo perceptual y psicomotor fue regular, a los 7 meses se sentó, gateó a los 8 meses, caminó a los 18 meses, a los 2 años habló fluido, la madre niega enfermedades de importancia, J. se queja de dolor en la rodilla.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Menciona A. C., que su bisabuela materna falleció pero no refiere bajo qué circunstancias, que la abuela materna se encuentra en buen estado de salud, mientras que el tío materno falleció a la edad de 13 años por un problema cardíaco.

- **DINÁMICAS FAMILIARES:**

Al momento de la entrevista, la señora A. C. expresa tener pendiente una audiencia por una riña ocurrida en el mes de octubre del año 2016, en la cual la vecina, resultó cortada en el rostro, el desencadenante de la riña se atribuye a que le reclamaron que el hijo estaba involucrado con el hijo de su pareja. A raíz de lo ocurrido, la señora A. C. quedó detenida y tiene que presentarse cada 15 días en la fiscalía. Al ocurrir la riña, la señora A. se fue a Darién y la acusaron de fuga. Según refiere la señora, al regresar de Darién se enteró de su embarazo y por esta razón no la detuvieron. Expresa que nunca había tenido problemas con la ley anteriormente. Refiere que actualmente el padre del menor se encuentra recluso y la misma manifiesta su preocupación por dejar a los hijos sin cuidadores en el caso que la arresten a ella también. Afirma también no mantener buenas relaciones con su madre, ya que el marido con el cual

convive desde hace 10 años abusa físicamente de ella, además no quiere que los hijos presencien los conflictos de la pareja. Niega recibir pensión alimenticia por parte del padre de sus hijos ni algún otro tipo de apoyo económico por parte de él. La madre la apoya pero, según afirma la señora A., no cuenta con muchos recursos financieros.

▪ **SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:**

Con respecto a las posibles situaciones traumáticas del niño, refiere la madre que J. presenció a la riña en la cual la madre forcejeó con una persona de la comunidad y que bajó sus calificaciones a raíz de esta.

Otra posible situación traumática que indicó la señora A. C. es el fallecimiento de la bisabuela.

▪ **ANTECEDENTES ESCOLARES:**

Señala la señora A. C., que J. repitió 2° nivel porque lo retiraron de la escuela para irse a Darién.

El Boletín de Calificaciones del año 2017 refleja que bajo su rendimiento académico en el 3° trimestre, asimismo indica que presentó muchas ausencias y que necesita de apoyo en casa por parte de los acudientes y asistir regularmente al aula de clases. Por lo que conciernen los hábitos y actitudes en el 3° trimestre presenta un rendimiento regular en: responsabilidad, orden y aseo, autodominio y confianza en sí mismo, cooperación; presenta un rendimiento satisfactorio en organización del trabajo, iniciativa y respeto a la propiedad ajena. La materia en la cual se destaca más es inglés con una nota de 4.0, en expresión artística y salud y educación física 3.5.,

en las demás materias (español, religión, moral y valores, ciencias sociales, matemática y ciencias naturales) tiene una nota entre 3.0 y 3.1.

Es importante mencionar que la madre de J., al momento de la entrevista indicó que en ocasiones no lo enviaba a la escuela porque no tenía dinero para el almuerzo y que J. le traía leche de la escuela para alimentar a su hermano menor A. A. E.

▪ **CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LA EVALUACIÓN:**

Al momento de la evaluación, J. A. V. se muestra cooperador, dispuesto a cumplir con las indicaciones pero un poco fatigado, por lo que se le concedió una pausa para alimentarse e ir al baño.

▪ **CONCLUSIÓN:**

En base a los resultados obtenidos por J., se concluye que el mismo presenta características típicas de personas con baja autoestima, impulsividad, falta de interés o de atención. Estas características se pueden atribuir a la disfunción familiar y al entorno social que no han podido representar una adecuada fuente de educación para el bienestar emocional del niño, en especial modo refiriéndome a la riña por él presenciada. Además los resultados de las pruebas aplicadas indican que existe el deseo que la familia permanezca unida, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo, temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia, lo cual puede representar una fuente de ansiedad para el menor y perjudicar su adaptación al entorno.

En la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV), J. obtuvo un resultado Limítrofe con un menor rendimiento en razonamiento, comprensión y conceptualización, y en razonamiento y organización perceptual.

Los resultados del Test de Bender detectan una madurez viso motora por debajo de su edad cronológica y posibles problemas neurológicos lo que podría indicar falta de supervisión en los estudios.

Se puede concluir que un entorno adecuado y ejemplar para los hijos es necesario para que estos puedan desarrollarse apropiadamente y adaptarse a las diferentes áreas de la vida: social, escolar, familiar, etc. Para poder conseguir salud mental en ellos, los padres de familia deben tener un sentido de la responsabilidad y fortalecer sus valores y madurez emocional.

▪ **INTERVENCIÓN**

La línea de tratamiento para la intervención es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- ✓ Elaboración de un proyecto de vida estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo, (ser futbolista), exponiendo los valores, los objetivos y detección de los pasos y los requisitos para conseguirlos.
- ✓ Promover la autopercepción positiva fortaleciendo las valoraciones positivas del niño a través de un diario de actividades en el que se escriben actividades relativas a sus éxitos y experiencias positivas, así como la confección de una lista de cualidades positivas o logros.

▪ **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Referir a Paidopsiquiatría para descartar o afirmar problemas neurológicos.
- ✓ Brindar seguimiento de Psicología.
- ✓ Enviar el informe psicológico al colegio para que reciba las adecuaciones curriculares.
- ✓ Ajustar la dificultad de las actividades escolares al nivel del niño para que se sienta motivado.
- ✓ Establecer una rutina para fomentar la disciplina.
- ✓ Establecer límites y normas.
- ✓ Indicarle las consecuencias directas de no cumplir con sus deberes.
- ✓ Elogiar a J. para los éxitos escolares y sobretodo los esfuerzos para lograr dichos logros.
- ✓ Favorecer el hábito de la lectura para que pueda reforzar esta área, promover la lectura en voz alta.
- ✓ Dar órdenes breves y claras.
- ✓ Relacionar temas nuevos con informaciones anteriores.
- ✓ Reestructurar el material de estudio en fragmentos cortos, para hacer más fácil su asimilación.
- ✓ Demostrar entusiasmo con respecto a las expectativas de sus logros académicos.
- ✓ Mantener una relación cercana y comprensiva con el menor para que pueda ser receptivo de las enseñanzas impartidas y así evitar conductas de rebeldía.
- ✓ Reforzar su autoestima, elogiarlo cuando haga algo positivo.
- ✓ No desvalorizarlo ni compararlo con los demás.

- ✓ Fomentar los talentos y los intereses de J., tal como el idioma inglés.
- ✓ Ofrecerle un ambiente adecuado a su edad libre de violencia física o verbal.

O. A. G. M.

Albergue: *CIUDAD DEL NIÑO*
 Provincia: Panamá Oeste
 Distrito: La Chorrera
 Corregimiento: Playa Leona
 Director: Fortunato Peirotén P.

▪ **DATOS GENERALES:**

Nombre: O. A. G. M.
 Fecha de Nacimiento: 10 de julio de 2008
 Edad al momento de la evaluación: 9 años, 6 meses, 19 días
 Escolaridad: 2° CEBG El Progreso
 Familiar responsable (madre): S. M. A.
 Dirección: La Chorrera
 Motivo de solicitud de ingreso: Situación de riesgo social y dificultad económica.
 Falta de control del menor por parte de la madre.

La señora S. M. expresa el deseo que su hijo O. G., entre al Programa de Atención Diurna de La Ciudad del Niño, por escasos recursos económicos y porque en ausencia de la madre la tendencia de O. es a salir de la casa y requiere de apoyo escolar que ella no le puede ofrecer. No recibe apoyo económico por parte del padre de su hijo, debido a que se encuentra detenido.

▪ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

La señora S. M., refiere que el embarazo de O. fue deseado, a término, tenía una buena alimentación, niega haber ingerido bebidas alcohólicas y medicamentos, recibió controles de embarazo, le realizaron siete ultrasonidos. El parto vaginal, sin complicaciones aparentes, a término. Ni el bebé ni la madre quedaron hospitalizados después del parto. O. pesó 10 libras al nacer, con una talla de 57 centímetros

Desarrollo psicomotor: Refiere que sostuvo la cabeza al mes, gateó a los 5 meses, caminó al año y 3 meses, empezó a hablar al año. Amamantó hasta los 2 años cuando se enteró de estar embarazada de su tercera hija, M.

O. padeció meningitis a los 2 años y quedó hospitalizado por 10 días. A los 8 años se fracturó el brazo. Señala la madre que el sueño y la alimentación de O. son normales.

Hasta septiembre de 2017 se atendió en el Centro de Salud de Puerto Caimito con psiquiatría con la Doctora Fanny McPherson por el diagnóstico previo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (evaluación psicológica del año 2016). Tomó medicamentos pero señala que no le funcionaban y no ha vuelto a suministrarle los fármacos al hijo, ni lo ha vuelto a llevar a atención psiquiátrica.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

La abuela materna, está en silla de ruedas porque sufrió un accidente cerebrovascular que le afectó la deambulación hace once años y la Sra. S. M. le atiende.

Niega trastornos psiquiátricos y enfermedades en la familia materna y paterna.

- **DINÁMICAS FAMILIARES:**

S. M. refiere trabajar tres veces por semana, tres horas al día y que actualmente se encuentra soltera y vive con la madre, la cual no es autosuficiente.

Los padres de O. permanecieron juntos durante tres años, se separaron en el año 2010 aunque regresaron juntos en varias ocasiones, en total tuvieron tres años de relación. Cuenta que el padre de O., O. G., ingresó a la cárcel en el mes de febrero de 2015 por tráfico de droga (ya estaban separados).

Relata la señora S. que cuando le comunicó a O. de que el padre tenía que ingresar a la cárcel, se puso a llorar porque estaba muy apegado a él. Refiere la señora que el papá de O. va a salir en pocos días, va a quedar en arrestos domiciliarios, le asignaron el área metropolitana y apenas le comuniquen dónde estará ubicado, le informará a su hijo para llevarlo a que le vea. Comenta que O. quiere mucho a su papá y todos los días conversan por teléfono.

La hermana menor S., es hija de otro padre con el cual no mantuvo una relación estable. O. tiene una buena relación con su hermana mayor C., que considera como una madre, porque cuida a sus hermanos. La madre delega responsabilidad del cuidado de sus hijos a su hija de 11 años.

Los domingos la señora con sus hijos asisten a la Iglesia Evangélica. Actualmente no los lleva a visitar al padre porque es muy doloroso para ellos y porque tienen que someterse a revisión para poder ingresar a la cárcel. La señora no posee una vivienda, la está construyendo poco a poco detrás de la casa de la madre.

Refiere tener buenas relaciones con sus hermanos y con las tías paternas de O.

Refiere la señora que a O. le gusta el fútbol, el monte y los animales pero comenta que es "...flojo, todo lo hace con pereza..." Asimismo no le obedece ni a ella ni a la abuela materna, pero le obedece al padre. Las hijas le comentaron que consiente mucho al hermano. La madre manifiesta corregir al hijo conversando con él, pero él no habla con ella.

Entre las materias escolares le gusta la matemática.

▪ **SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:**

Las situaciones mencionadas por la señora S. M., que podrían haber tenido significado traumático para el hijo, son: el ingreso del padre en la cárcel en febrero de 2015 y el acontecimiento ocurrido en el 2016, cuando la hija menor subió accidentalmente a la red un video grabado con la computadora de la hermana, en el cual golpea a su hijo. Una persona la reconoció y la acusó públicamente. Cuando la policía se presentó a la casa los niños se escondieron. Los fiscales intervinieron, los hijos fueron revisados, llevados a Medicatura Forense y a Malambo, donde quedaron por seis días. Después, refiere la señora tuvo que presentarse a la fiscalía cada tres semanas.

Considera la madre que a O. le quedaron secuelas de este hecho: O. cuando ve un policía teme que se lo vaya a llevar y a raíz de este acontecimiento, los compañeros de escuela se burlaban de él y él reaccionaba con agresividad, pegándoles y afirmaba que la señora en el video

no era su mamá. Expresa que los docentes de la escuela demostraron su apoyo en la difícil situación en la cual se encontraban.

▪ **ANTECEDENTES ESCOLARES:**

El Boletín de Calificaciones del año 2017, refleja que presentó problemas de conducta y que necesita ser más responsable con sus deberes y asignaciones en clase. Por lo que conciernen los hábitos y actitudes en los 3 trimestres presenta un rendimiento regular en: responsabilidad, organización del trabajo, autodominio y confianza en sí mismo (1° y 2° Trimestre), iniciativa; presenta un rendimiento satisfactorio en orden y aseo, autodominio y confianza en sí mismo (3° Trimestre), cooperación y respeto a la propiedad ajena.

Las materias en las cuales se destaca más son: expresión artística, matemática, salud y educación física con una nota de 3.4; 3.3. en ciencias sociales y ciencias naturales; 3.1 en inglés; 3.0 en español y 2.9 en religión, moral y valores. La nota final es 3.2.

Cuenta la señora S. M., que desde kínder tuvo problemas de conducta y de rendimiento académico, presenta agresividad (golpea a los compañeros), se levanta del puesto, sale del salón, se distrae. Refiere que ha tenido una buena conducta solo con una maestra que le hablaba fuerte.

▪ **CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LA EVALUACIÓN:**

Al momento de la evaluación, O. se muestra silencioso, poco colaborador, afligido, llora por no querer quedar en la Ciudad del Niño, mientras se le aplican las pruebas en dos ocasiones se agacha apoyando la cabeza en la mesa y no contesta, cuando se llama a la madre, la misma le promete algo y el niño se anima inmediatamente y sigue las indicaciones para continuar con la evaluación. Estas manifestaciones emocionales y la reacción conductual se podrían interpretar

como intentos de manipulación y también reflejo de perturbaciones emocionales. Es importante señalar que probablemente los resultados de las pruebas de inteligencia se vieron afectadas por la escasa motivación del niño.

▪ **CONCLUSIÓN:**

En base a los resultados obtenidos por O. al momento de evaluación, se concluye que el mismo presenta características típicas de personas con baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar, ansiedad, inseguridad, retraimiento, y de personas en las cuales suelen darse luchas afectivas, que tienden a controlar la afectividad y con inadaptación neurótica. Estas características pueden atribuirse a una disfunción en las dinámicas familiares y a los antecedentes de eventos potencialmente traumáticos vivenciados por el niño. Además presenta un posible retraso en el desarrollo psicomotor debido al logro de la deambulación al año y 3 meses.

No recibió el seguimiento con psiquiatría por el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y asistió por última vez en el mes de septiembre de 2017. Padeció meningitis que pudiera haber facilitado el desarrollo de problemas neurológicos.

El resultado obtenido en la escala WISC-IV (CI de 62) puede haberse visto influenciado por la falta de motivación y las afectaciones emocionales y de conducta que le impidieron la concentración y la correcta ejecución de las instrucciones de las diferentes subpruebas.

El diferente rendimiento en las otras pruebas de habilidad intelectual sin interferencia del lenguaje (Test TONI-2 y Test de la Figura Humana de Elisabeth Münsterberg Koppitz), prueba la posible existencia de un potencial no suficientemente explorado en las habilidades del niño y la importancia de un mayor seguimiento en el aspecto académico con las adecuaciones

curriculares correspondientes a su caso, en especial modo reforzamiento en el razonamiento y la organización perceptual y en la velocidad del procesamiento mental y grafo motor.

Además los resultados del Test de Bender, reflejan una madurez visomotora por debajo de su edad cronológica, que se refiere a la necesidad de un mayor apoyo en la motricidad fina del niño y posibles problemas neurológicos.

Es importante recalcar que los problemas emocionales pueden afectar el desarrollo psicoafectivo, social, académico y la adaptación al ambiente de los niños. Para poder criar hijos mentalmente saludables, se vuelve necesario trabajar en las problemáticas personales de los adultos para emplear nuevas estrategias de crianza que no sean contaminadas por las creencias, los valores y la repetición de conductas inadecuadas.

▪ **INTERVENCIÓN:**

La línea de tratamiento para la intervención es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- ✓ Empleo del juego libre o ludoterapia, técnica que puede aplicarse en dos modalidades, la no directiva y la planificada. La no directiva, que apliqué, consiste en explicar al niño que puede jugar como él quiera, y también que puede expresar todo lo que se le ocurra, dibujando o jugando. En la forma planificada el psicólogo interviene indicando al niño como jugar. En las dos modalidades, el psicólogo, puede intervenir en el juego reconduciéndolo hacia lo que considere necesario.

- ✓ Trabajé preparando el lugar de trabajo con juegos como títeres, juguetes tanto de figuras humanas como de objetos, lápices, pilotos y hojas para dibujar, o escribir
- ✓ Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
 - Habilidades de expresión emocional

Se les presentó unas fichas ilustrando caras de distintas emociones, con el fin de aumentar el vocabulario emocional del niño. Después nos dedicamos en el desarrollo de formas adecuadas para expresarlas.

Poco a poco, se pasó la discusión de los sentimientos despertados por distintos temas a la *discusión de las emociones relacionadas con la experiencia traumática.*

- Habilidades de afrontamiento cognitivo

Se empezó el afrontamiento cognitivo explicando al niño la *interrelación que existe entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta.* Se le explica que, en gran medida, podemos controlar nuestros pensamientos y, por consiguiente, nuestros sentimientos.

Al entender que se puede pensar sobre una misma situación de distintas formas, se le enseñó *la manera de cambiar los pensamientos negativos, infructuosos, por otros más optimistas que lleven a emociones más positivas.*

Cuando el niño ha aprendido la habilidad para identificar y reconocer pensamientos en general se sienta más cómodo al recordar el abuso, entonces, se puede comenzar a provocar pensamientos relacionados con el abuso.

- ✓ Entrenamiento en habilidades de relajación

Con el fin de obtener un sentimiento de control sobre la ansiedad que el niño podría experimentar al enfrentarse a los recuerdos del abuso.

▪ **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Referir a Paidopsiquiatría, para descartar o afirmar problemas neurológicos, y a la madre por el control de la ira.
- ✓ Brindar seguimiento de Psicología.
- ✓ Orientar a la madre sobre la adecuada crianza de sus hijos (disciplina, y afectividad).
- ✓ Enviar el informe psicológico al colegio para que reciba las adecuaciones curriculares.
- ✓ Referir a programa de inclusión.
- ✓ Ajustar la dificultad de las actividades escolares al nivel del niño para que se sienta motivado.
- ✓ Remarcar los éxitos académicos del niño y no focalizarse en los fracasos.
- ✓ Ubicar al niño cerca del escritorio del maestro, lejos de distractores como puertas y ventanas.
- ✓ Dar órdenes breves y claras.
- ✓ Relacionar temas nuevos con informaciones anteriores.
- ✓ Reestructurar el material de estudio en fragmentos cortos, para hacer más fácil su asimilación.
- ✓ Valorar el esfuerzo, no el resultado.
- ✓ Reforzar su autoestima, elogiarlo cuando haga algo positivo.
- ✓ Evitar las humillaciones y las ofensas.

J. E. C. Á.

Albergue: *CIUDAD DEL NIÑO*

Provincia: Panamá Oeste

Distrito: La Chorrera

Corregimiento: Playa Leona

Director: Fortunato Peirotén P.

▪ **DATOS GENERALES:**

Nombre:	J. E. C. Á.
Fecha de Nacimiento:	30 de septiembre de 2008
Edad al momento de la evaluación:	9 años, 4 meses, 6 días
Escolaridad:	3° Escuela Naciones Unidas
Familiar responsable:	Mónica Francis Ávila Cortez
Dirección:	La Chorrera
Fecha de Informe:	13 de febrero de 2018
Motivo de solicitud de ingreso:	Situación de bajos recursos económicos para mantener a sus hijos y enviarlos a la escuela.

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Refiere la señora M. Á., que tenía 21 años cuando quedó encinta, fue un embarazo no deseado, la pareja no lo aceptó hasta el 4º mes de embarazo, ha recibido control de embarazo, el parto de J. fue normal, con doble circular al cuello.

Por lo referente al desarrollo psicomotor, a los 2 meses sostuvo la cabeza, gateó a los 4 meses, empezó a decir las primeras palabras a los 9 meses y medio, se sentó a los 6 meses y caminó a los 11 meses.

La madre niega traumatismos craneoencefálicos, convulsiones, cuando J. tenía 7 años, refiere que se quemó en un muslo con gasolina y se puso a jugar con fuego, tres meses después se cortó con una baldosa en la pierna que requirió de 6 puntos. Se enfermó de varicela a los 6 años.

Comenta la señora, que a J. le gusta inventar mucho y que si lo molestan él explota.

Refiere J. que el año pasado recibió atención psicológica en una clínica porque casi todos los compañeros del salón de clases lo llamaban “gordo mamón” y él reaccionaba insultándolos y pegándoles. Expresa que la maestra lo refirió a psicología por mala conducta. Afirma que antes su papá vivía con ellos y que después los padres se separaron, comenta que su papá insultaba y le pegaba a su mamá. Cuenta que los sábados y los domingos, sale a pasear con su papá. El niño llora al mencionar al padre: explica que el padre antes le ponía atención y que ya no. Refiere ser el menos bueno de todos en su familia, concordando con la información brindada por el hermano menor, refiere que el hermano es más bueno porque se porta bien

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Refiere la señora M. que el padre de J. consume sustancias ilícitas desde los 12 años de edad, no recibe apoyo económico por parte de él ni de la familia. El padre tiene una deformidad en una pierna.

La bisabuela materna padece de diabetes e hipertensión arterial. La abuela materna y el abuelo paterno padecen de hipertensión arterial. La abuela paterna sufre de obesidad e hipertensión arterial. La madre niega problemas de salud.

- **DINÁMICAS FAMILIARES:**

Relata la señora M. que pertenece a la religión evangélica. Refiere que la primera separación con el padre de J., se dio a los 6 meses de J., regresaron juntos al año y tres meses, cuando quedó embarazada de su hijo menor. Cuando J. tenía 1 año y medio, se separaron nuevamente y otra vez cuando su hermano menor tenía 4 años. Según la señora, se separó del padre de J. hace 3 años, debido a violencia doméstica por parte del padre, el cual presenta adicción a marihuana, cocaína y alcohol. Refiere la madre de J., que su padre le promete que va a salir con él, que le va a comprar cosas pero no cumple. Comenta la señora que el padre de J., no cumple con el rol paterno, anteriormente mandaba a los hijos donde el padre, pero él no los atendía.

Refiere la señora que el padre es apegado a su hijo menor, no así con el mayor.

No reciben pensión por parte del padre.

Refiere Javier que se lleva bien con su abuelo paterno, juega con los nietos, comenta que es “carismático”, “da risas” y le gusta bromear.

Llora al hablar del padre. Se describe cómo el hijo mal portado, en el interrogatorio del test de la familia, expresa que en el caso se proponga un paseo él quedaría sólo en la casa, contesta que no sabe por qué y aleja la hoja del dibujo.

▪ **SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:**

Las situaciones mencionadas por la señora M. que podrían haber tenido importancia traumática para el hijo, son: el padre no se relaciona con sus hijos.

▪ **ANTECEDENTES ESCOLARES:**

Refiere la señora que el año pasado retiró a sus hijos de la escuela por falta de recursos económicos, ya que a la madre no le alcanzaba el dinero y entre la escuela y la alimentación prefirió esta última.

Expresa J. que le gustan 3 materias escolares: religión, informática e inglés.

▪ **CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LA EVALUACIÓN:**

Al momento de la evaluación, J. C. se muestra triste al hablar del padre, cooperador, inseguro, muestra indecisión en dar las respuestas y abandona las tareas antes de haberla intentadas o completadas.

▪ **CONCLUSIÓN:**

En base a los resultados obtenidos por J., se concluye que el mismo presenta características típicas de personas con dificultad en proyectarse a futuro, padre desvalorizado o temor o hostilidad al padre, deseo de apartarlo, agresividad, distancias afectivas y poca

comunicación, la madre es vista como dominante o autoritaria, carencias de las necesidades básicas, necesidad de protección contra el mundo externo, perturbación emocional con aguda ansiedad por el cuerpo, falta de capacidad para ordenar el material, inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, no termina lo que le resulta difícil, abandona, madurez visomotora por debajo de su edad cronológica, indicadores de problemas neurológicos, nivel de capacidad mental (CI)) Normal a normal-alto (85-120). Según la clasificación del WISC-IV, J. presenta un CI de 97 que corresponde a un nivel Promedio, no presenta problemas de inteligencia, se puede detectar una dificultad en la escala de razonamiento perceptual, que se refiere a procesamiento espacial e integración visomotora, que es la habilidad de utilizar la información sensorial, sobretodo visual, con el objetivo de comprender el mundo e interactuar con el mismo, es importante para el desarrollo de la lectoescritura y de la matemática.

Según los antecedentes familiares del menor, el niño padeció de carencia de necesidades básicas y afectivas, el relato de J. incluye una falta de la figura paterna y mucha tristeza asociada con el mismo, presencié los conflictos y la violencia intrafamiliar, cómo también afirmó haber sufrido la madre del niño, por parte del padre de sus hijos. Estos antecedentes pueden afectar la salud emocional de los hijos y una correcta adaptación al entorno social y familiar.

A nivel académico el apoyo en las tareas escolares y la asistencia constante a la escuela son fundamentales para el éxito escolar y también el autoconcepto del niño.

▪ **INTERVENCIÓN**

La línea de tratamiento para la intervención es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- ✓ Utilizar el refuerzo positivo para obtener la fijación de determinada conducta.

- ✓ Elaboración de un proyecto de vida estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo, (ser futbolista), exponiendo los valores, los objetivos y detección de los pasos y los requisitos para conseguirlos.
- ✓ Lectura de cuentos terapéuticos para niños, con temas: separación de los padres, relación entre hermanos.
- ✓ Proyección de videos educativos sobre autoestima.

▪ **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Referir a Paidopsiquiatría para descartar o afirmar problemas neurológicos.
- ✓ Brindar seguimiento de Psicología.
- ✓ Trabajar sobre la autoestima del niño y la seguridad en sus capacidades.
- ✓ Elogiarlo cuando haga algo positivo.
- ✓ Ayudarlo para que forme una concepción positiva de sí mismo.
- ✓ Mejorar su autoconcepto reforzando las lagunas académicas.
- ✓ Enviar regularmente a clases al niño.
- ✓ Es importante suplantar las carencias materiales y afectivas del niño.
- ✓ Reforzar la motricidad fina de J.
- ✓ Establecer límites y reglas.
- ✓ No gritarle ni pegarle.
- ✓ Evitar los insultos.
- ✓ Conversar con él.
- ✓ Criticar a la conducta indeseada y no al niño.
- ✓ Ignorarlo las conductas indeseadas.

- ✓ Demostrarle comprensión y afecto.
- ✓ No compararlo con el hermano o con otros niños.
- ✓ Valorizar las diferencias individuales de los hijos.
- ✓ Trabajar en el estado anímico de Javier conversando con él de los temas que le afectan.
- ✓ No hablarle mal del padre bajo ninguna circunstancias.

J. J. C. Á.

Albergue: *CIUDAD DEL NIÑO*

Provincia: Panamá Oeste

Distrito: La Chorrera

Corregimiento: Playa Leona

Director: Fortunato Peirotén P.

▪ **DATOS GENERALES:**

Nombre:	J. J. C. Á.
Fecha de Nacimiento:	6 de octubre de 2010
Edad al momento de la evaluación:	7 años, 4 meses, 0 días
Escolaridad:	2º Escuela Naciones Unidas
Familiar responsable:	M. F. Á. C.
Dirección:	La Chorrera

Motivo de solicitud de ingreso: Situación de bajos recursos económicos para mantener a sus hijos y enviarlos a la escuela.

▪ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Refiere la señora M. Á., que tenía 24 años cuando quedó encinta de su 2° hijo, fue un embarazo no esperado, de alto riesgo, sin complicaciones aparentes, el parto fue por cesárea por obesidad a los 9 meses.

Por lo relativo al desarrollo psicomotor, sostuvo la cabeza a los 3 meses, se sentó a los 6 meses, gateó a los 6 meses y medio, habló a los 4 años, caminó al año.

A los 6 meses convulsionó por fiebre a 39°, la madre niega caídas y traumatismos craneoencefálicos.

Refiere J. que le gusta pintar, jugar con su hermano, su primo y sus amigos, expresa ser más bueno que su hermano, porque friega, arregla la cama, barre y trapea, que su hermano es triste porque le grita a la madre y ella le pega, se proyecta como el más bueno y bien portado respecto al hermano mayor.

▪ **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Refiere la señora M. que el padre de J. consume sustancias ilícitas desde los 12 años de edad, no recibe apoyo económico por parte de él ni de la familia. El padre tiene una deformidad en una pierna.

La bisabuela materna padece de diabetes e hipertensión arterial. La abuela materna y el abuelo paterno padecen de hipertensión arterial. La abuela paterna sufre de obesidad e hipertensión arterial. La madre niega problemas de salud.

▪ **DINÁMICAS FAMILIARES:**

Relata la señora M. que pertenece a la religión evangélica. Refiere que la primera separación con el padre, se dio a los 6 meses de su hermano mayor, regresaron juntos al año y tres meses, cuando quedó embarazada de J. Cuando J. tenía 1 año y medio, se separaron nuevamente y otra vez cuando su hermano mayor tenía 4 años. Según la señora, se separó del padre de J. hace 3 años, debido a violencia domestica por parte del padre, el cual presenta adicción a marihuana, cocaína y alcohol. Refiere la señora, que su padre le promete que va a salir con él, que le va a comprar cosas pero no cumple. Comenta la señora que el padre de J., no cumple con el rol paterno, anteriormente mandaba a los hijos donde el padre, pero él no los atendía.

Refiere la señora que el padre es apegado a su hijo menor, no así con el mayor.

No reciben pensión por parte del padre

▪ **SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:**

Las situaciones mencionadas por la señora Mónica que podrían haber tenido importancia traumática para el hijo, son: el padre no se relaciona con sus hijos.

- **ANTECEDENTES ESCOLARES:**

Refiere la señora que el año pasado retiró a sus hijos de la escuela por falta de recursos económicos, ya que a la madre no le alcanzaba el dinero y entre la escuela y la alimentación prefirió esta última.

- **CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LA EVALUACIÓN:**

Al momento de la evaluación, J. C. se muestra cooperador, dispuesto a cumplir con las indicaciones y un poco inseguro y ansioso con respecto a la ejecución correcta de las pruebas.

- **CONCLUSIÓN:**

En base a los resultados obtenidos por J., se concluye que el mismo presenta características típicas de personas con: sentimientos de indefensión, desvalorización, temor hacia el exterior, desconfianza, egocentrismo, necesidad de ser tenido en cuenta, miedo a la separación, necesita asegurar su proximidad a la familia, rechazo o temor del padre, madurez visomotora por debajo de su edad cronológica, indicadores de problemas neurológicos. El niño manifiesta afectación al hablar del padre, a través de un cambio en la expresión facial.

Según la clasificación del WISC-IV, J. presenta un CI de 79 que corresponde a un nivel Limítrofe, el cual puede predisponerlo a tener dificultades en el aprendizaje.

Los antecedentes familiares del menor, representan un obstáculo para el logro de un desarrollo saludable. Poder contar con el apoyo de ambos padres, si disponibles, en un ambiente sin violencia, es fundamental para evitar problemas emocionales en el futuro. A raíz de esto, y en ausencia de un entorno ideal, es importante brindar a los hijos las necesidades básicas, afectivas, cognitivas, sociales que necesitan, donde necesario, con el apoyo de los especialistas.

A nivel académico la ayuda constante en las tareas escolares y la asistencia a clases es fundamental para la adaptación escolar y también la autoestima del niño. Atender cada aspecto en la vida del niño, significa brindarle una atención integral y suplir a todas sus necesidades.

▪ **INTERVENCIÓN:**

La línea de tratamiento para la intervención es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- ✓ Lectura de cuentos terapéuticos para niños, con temas: separación de los padres, relación entre hermanos.
- ✓ Proyección de videos educativos sobre autoestima.
- ✓ Empleo del juego libre o ludoterapia, técnica que puede aplicarse en dos modalidades, la no directiva y la planificada. La no directiva, que apliqué, consiste en explicar al niño que puede jugar como él quiera, y también que puede expresar todo lo que se le ocurra, dibujando o jugando. En la forma planificada el psicólogo interviene indicando al niño como jugar. En las dos modalidades, el psicólogo, puede intervenir en el juego reconduciéndolo hacia lo que considere necesario.
- ✓ Trabajé preparando el lugar de trabajo con juegos como títeres, juguetes tanto de figuras humanas como de objetos, lápices, pilotos y hojas para dibujar, o escribir.

▪ **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Referir a Paidopsiquiatría para descartar o afirmar problemas neurológicos.
- ✓ Brindar seguimiento de Psicología.

- ✓ Asumir la responsabilidad como madre y asistir a todo lo relacionado con sus hijos.
- ✓ Enviar regularmente a clases al niño.
- ✓ Reforzar la motricidad fina de J.
- ✓ Mantener un contacto visual al hablarle y redirigirle su atención con una señal.
- ✓ Dar órdenes breves y claras.
- ✓ Reforzar su autoestima, elogiarlo cuando haga algo positivo.
- ✓ Establecer límites y reglas.
- ✓ Mostrar paciencia si no entiende las indicaciones.
- ✓ No gritarle ni pegarle.
- ✓ Evitar los insultos.
- ✓ Criticar a la conducta indeseada y no al niño.
- ✓ Brindarle cariño y comprensión.
- ✓ Brindarle una rutina por lo relacionado a alimentación, tareas escolares, hábitos de sueño, juego.
- ✓ Asegurarle estabilidad afectiva a pesar de la separación parental.
- ✓ Conversar con él y favorecer su apertura emocional.

Presenté casos en conjunto con el comité de selección de nuevos casos, en el cual se discutieron quince casos, con miembros de SENNIAF, Hogar MALAMBO, Las Psicólogas (4), la Trabajadora Social y el Director de La Ciudad del Niño Fortunato Peiroten. Anexo el esquema utilizado por mi persona en la discusión de los casos para ser referidos a La Ciudad del Niño o enviados a SENNIAF, o recibidos de Hogar Malambo. Asimismo la reunión se realizó para seleccionar y determinar si los menores de edad quedarían en La Ciudad del Niño, y si en el Programa de Atención Diurna o como Internos.

Se levanta un acta para los casos que ingresan en La Ciudad del Niño,

La Trabajadora Social anteriormente realizó entrevista y una visita domiciliaria. Las psicólogas evaluaron al niño o adolescente para obtener las informaciones de las diferentes especialidades.

TABLA 1

Ciudad Del Niño: Comité Selección de Nuevos Casos 2018.

Nombre	Escolaridad	Indicadores emocionales	Antecedentes Desarrollo y Organicidad	C.I.
J. A. V. C. 9 a., 0 m	2 aprobado. Escuela Fe y Alegría	Inestabilidad del hogar, padre que abandona y madre con conflictos pendientes legales, está a la espera de juicio por riña y agravante de lesión física. J. presencié la riña y bajó las calificaciones a partir del hecho. Se evidencia: Baja autoestima, impulsividad, falta de interés, desea que la familia esté unida.	Presentó retraso en el desarrollo psicomotor. Madurez visomotora por debajo de la edad cronológica. Presenta indicadores de organicidad.	74 Límitrofe

TABLA 2

Ciudad Del Niño: Comité Selección de Nuevos Casos 2018.

Nombre	Escolaridad	Indicadores emocionales	Antecedentes Desarrollo y Organicidad	C.I.
O. A. G. M. 9 a., 6 m.	2 aprobado C.E.B.G. El Progreso	Padre detenido por tráfico de droga, madre con episodio de abuso contra Oscar, que se difundió en los medios de comunicaciones. Se evidencia: baja autoestima, ansiedad, inadaptación neurótica a raíz de las conductas manifiestas de la madre. Tendencias a la manipulación y poca tolerancia a la frustración.	A la edad de 2 años cuadro de meningitis. Presento retraso en el desarrollo Psicomotor. Diagnóstico de TDAH, sin control médico. Madurez visomotora de 3 años, indicadores de organicidad.	62 Discapacidad Intelectual Escala de Wechsler IV

TABLA 3

Ciudad Del Niño: Comité Selección de Nuevos Casos 2018.

Nombre	Escolaridad	Indicadores emocionales	Antecedentes Desarrollo y Organicidad	C.I.
E. E. W. 12 a., 2 m.	4 reprobado C.B.G. José Ma. Barranco	Ambos padres adictos a droga. Padre y Madre que abandonan, esta última se encuentra en la cárcel debido a tráfico de drogas. Hermana mayor que también les abandonó dejándolos solo en la vivienda. Tía que lo rechaza. Indicadores de retraimiento, incapacidad de controlar impulsividad, baja autoestima, percibe el ambiente hostil. Falta de seguridad en el terreno emocional.	Se desconocen los antecedentes personales. La abuela refirió que la madre vendía la droga ocultándola en su boca, y en una ocasión ingirió piedra estando embarazada de E.I, para que no la apresaran. Presenta indicadores de organicidad	77 Limitrofe

TABLA 4

Ciudad Del Niño: Comité Selección de Nuevos Casos 2018.

Nombre	Escolaridad	Indicadores emocionales	Antecedentes Desarrollo y Organicidad	C.I.
I. S. 6 a., 2 m.	S/E	Presenta características típicas de personas con: tensiones o situaciones de conflicto, normalmente en el entorno familiar o con alguna de las figuras de referencias, regresión, sentimientos de constricción ambiental acompañados de fantasías compensatorias, descarga motora, distracción, baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Ha sido maltratado por la familia materna y por su madre.	Madre padece de hipertensión y, a los 21 años empezó a consumir cocaína. Se desconocen los antecedentes de salud de la familia paterna. El padre también consume drogas. Madurez visomotora por debajo de su edad cronológica, la cual corresponde al nivel de niños de 5 a 5.5 años. Indicadores de organicidad significativos, que hacen referencia a posibles problemas neurológicos.	Se negó a realizar la prueba por distracción, deseaba jugar.

TABLA 5

Ciudad Del Niño: Comité Selección de Nuevos Casos 2018.

Decisiones.

J. A. V. C.
9 a., 0 m

- No ingresará en Ciudad del Niño por alternativa familiar (la madre es joven y puede trabajar).

O. A. G. M.
9 a., 6 m.

- Programa de Atención Diurna por 1 año (Ciudad del Niño).
- Retomar citas con Paidopsiquiatría por diagnóstico previo de TDAH.
- Posible cambio de escuela (C.E.B.G. El Progreso) por decisión materna.
- La madre mintió ya que está trabajando tiempo completo (visita domiciliaria de Trabajo Social).
- Sospecha de abuso sexual por parte de cuidador (joven con manifiestas tendencias homosexuales).

E. E. W.
12 a., 2 m.

- Programa de Atención Diurna.
- Posible Interno si la situación desmejora.

I. S.
6 a., 2 m.

- Coordinación con SENNIAF y juzgado.
 - Programa de Atención Diurna.
 - Kinder.
 - El niño será atendido por la monitora y la maestra.
-

Capítulo III. Análisis e Interpretación de los Resultados

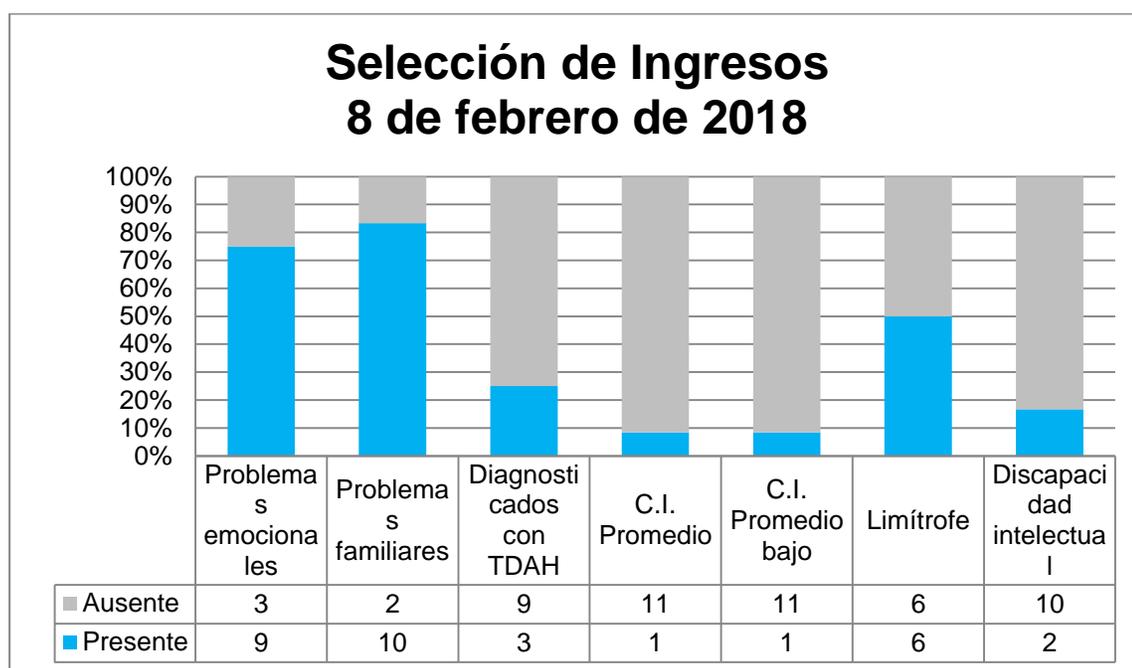
3.1 Análisis de resultados

En este capítulo se describirán las características principales de los casos solicitando ser ingresados a La Ciudad del Niño en la reunión del día 8 de febrero de 2018.

SOLICITUDES PARA INGRESO

AÑO 2018

ILUSTRACIÓN 1



Cifras y porcentajes de diagnósticos y problemas en niños candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño en fecha: 8 de febrero de 2018.

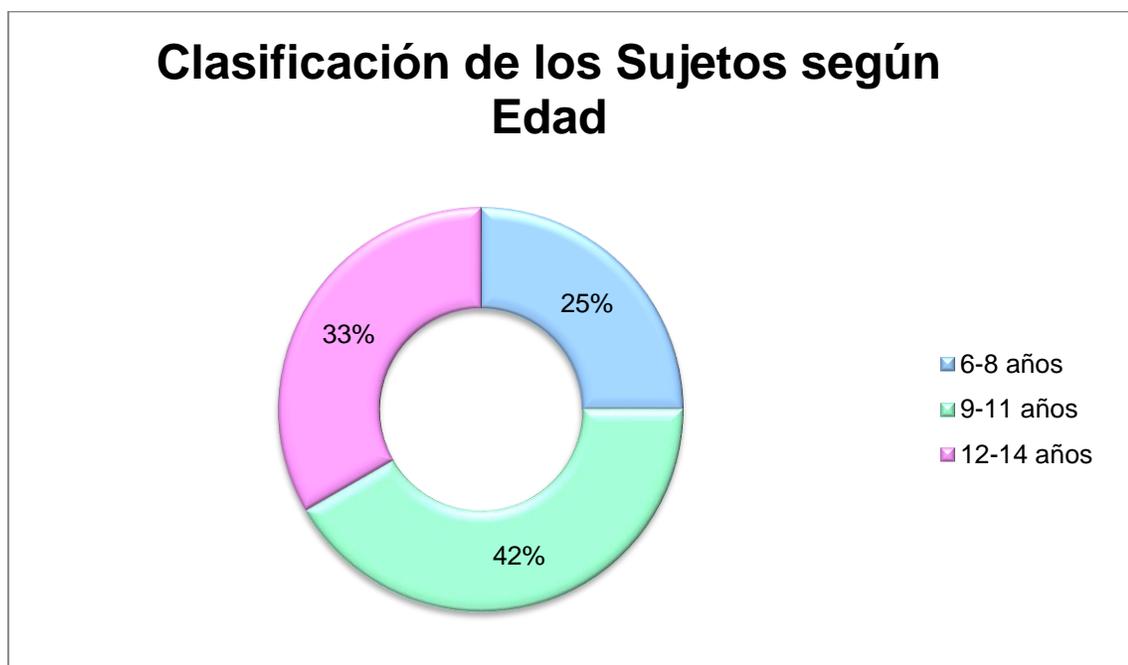
En esta gráfica, observamos que el 75% de los niños presentan problemas emocionales, el 83% problemas familiares, el 25% tiene un diagnóstico de TDAH, el 8% con un C.I. Promedio, el 8% con un C.I. Promedio bajo, el 50% con un C.I. Limítrofe y el 17% con Discapacidad Intelectual. (Elaboración propia).

TABLA 6
Clasificación de los Sujetos según Edad

Casos	Variable: Edad al momento de la evaluación
J. A. V. C.	9 años, 0 meses
O. A. G. M.	9 años, 6 meses
E. E. W.	12 años, 2 meses
I. S.	6 años, 2 meses
J. J. C. Á.	7 años, 4 meses
J. E. C. Á.	9 años, 4 meses
J. U.	10 años, 1 mes
J. B.	9 años, 8 meses
M. B.	8 años, 1 mes
J. P.	13 años, 3 meses
B. S. S.	13 años, 11 meses
U. R.	14 años, 5 meses

Listado de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según edad.
 (Elaboración propia).

ILUSTRACIÓN 2



Porcentajes de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según edad.

En esta gráfica, observamos que el 25% de los niños y adolescentes tienen entre 6 y 8 años, el 42% tienen entre 9 y 11 años y el 33% de los niños y adolescentes tienen entre 12 y 14 años. (Elaboración propia).

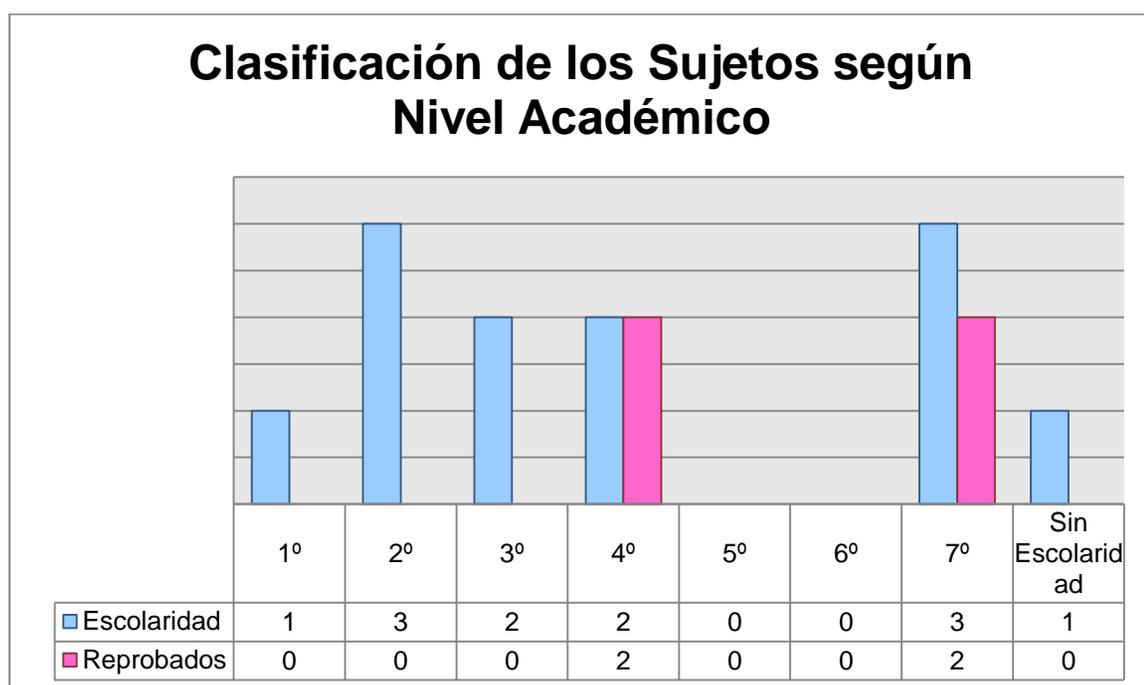
TABLA 7

Clasificación de los Sujetos según Nivel Académico

Casos	Escolaridad
J. A. V. C.	2º
O. A. G. M.	2º
E. E. W.	4º reprobada
I. S.	S/E
J. J. C. Á.	1º
J. E. C. Á.	3º
J. U.	4º reprobada
J. B.	3º
M. B.	2º
J. P.	7º reprobada
B. S. S.	7º
U. R.	7º reprobada

Listado de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según escolaridad. (Elaboración propia).

ILUSTRACIÓN 3



Cantidad de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según escolaridad. En esta gráfica, observamos que el 8% de los niños son de 1º, el 25% de los niños son de 2º, el 17% son de 3º, el 17% son de 4º, el 25% son de 7º, el 8% de los niños no tienen escolaridad,. De estos, el 33% reprueba (4º y 7º). (Elaboración propia).

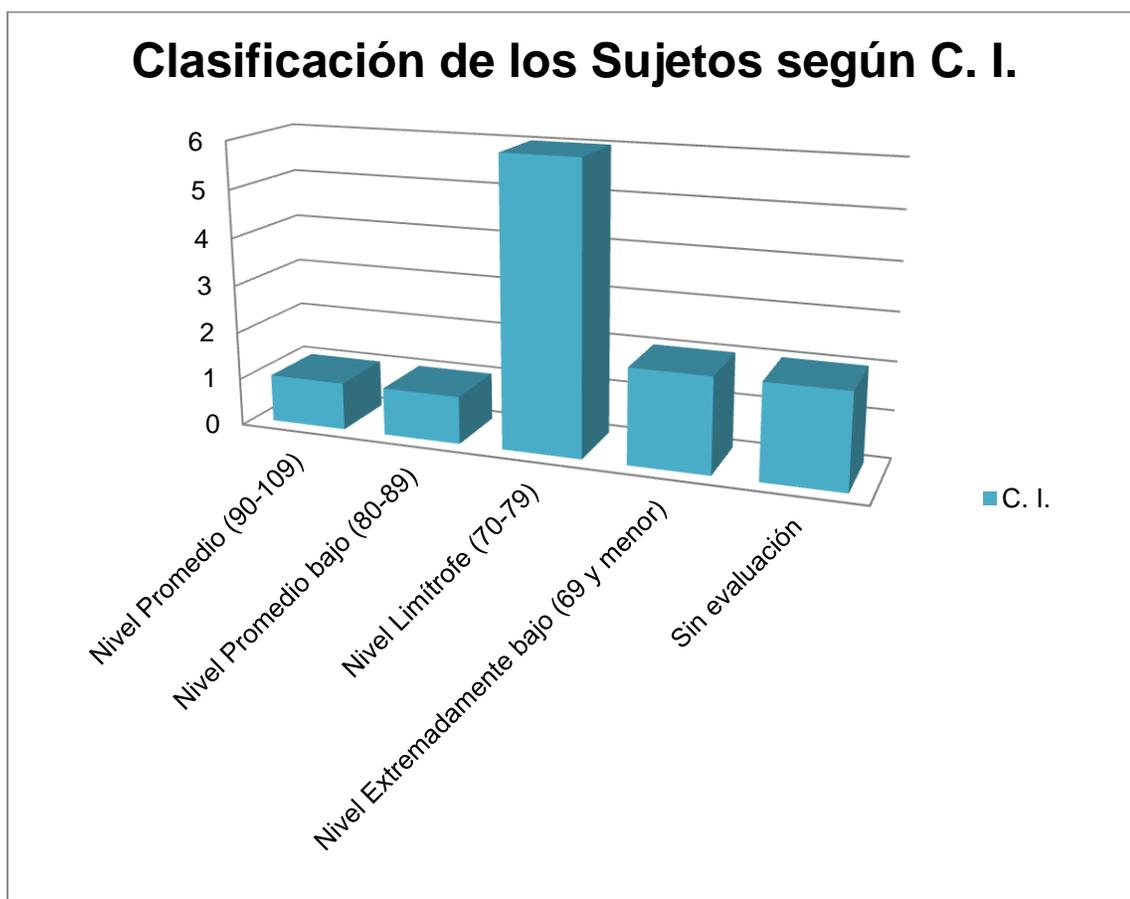
TABLA 8

Clasificación de los Sujetos según C.I.

Casos	C.I.
J. A. V. C.	74: Nivel de Inteligencia Limítrofe
O. A. G. M.	62: Nivel de Inteligencia Extremadamente bajo
E. E. W.	77: Nivel de Inteligencia Limítrofe
I. S.	C. I. Sin evaluación
J. J. C. Á.	79: Nivel de Inteligencia Limítrofe
J. E. C. Á.	97: Nivel de Inteligencia Promedio
J. U.	74: Nivel de Inteligencia Limítrofe
J. B.	54: Nivel de Inteligencia Extremadamente bajo
M. B.	72: Nivel de Inteligencia Limítrofe
J. P.	C. I. Sin evaluación
B. S. S.	87: Nivel de Inteligencia Promedio bajo
U. R.	71: Nivel de Inteligencia Limítrofe

Listado de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según C. I.
(Elaboración propia).

ILUSTRACIÓN 4



Cantidad de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño clasificados según C.I. En esta gráfica, observamos que el 8% de los niños y adolescentes tienen un C.I. Promedio, el 8% un C.I. Promedio bajo, el 50% con un C.I. Límite y el 17% con Discapacidad Intelectual. El 17% no tiene evaluación. (Elaboración propia).

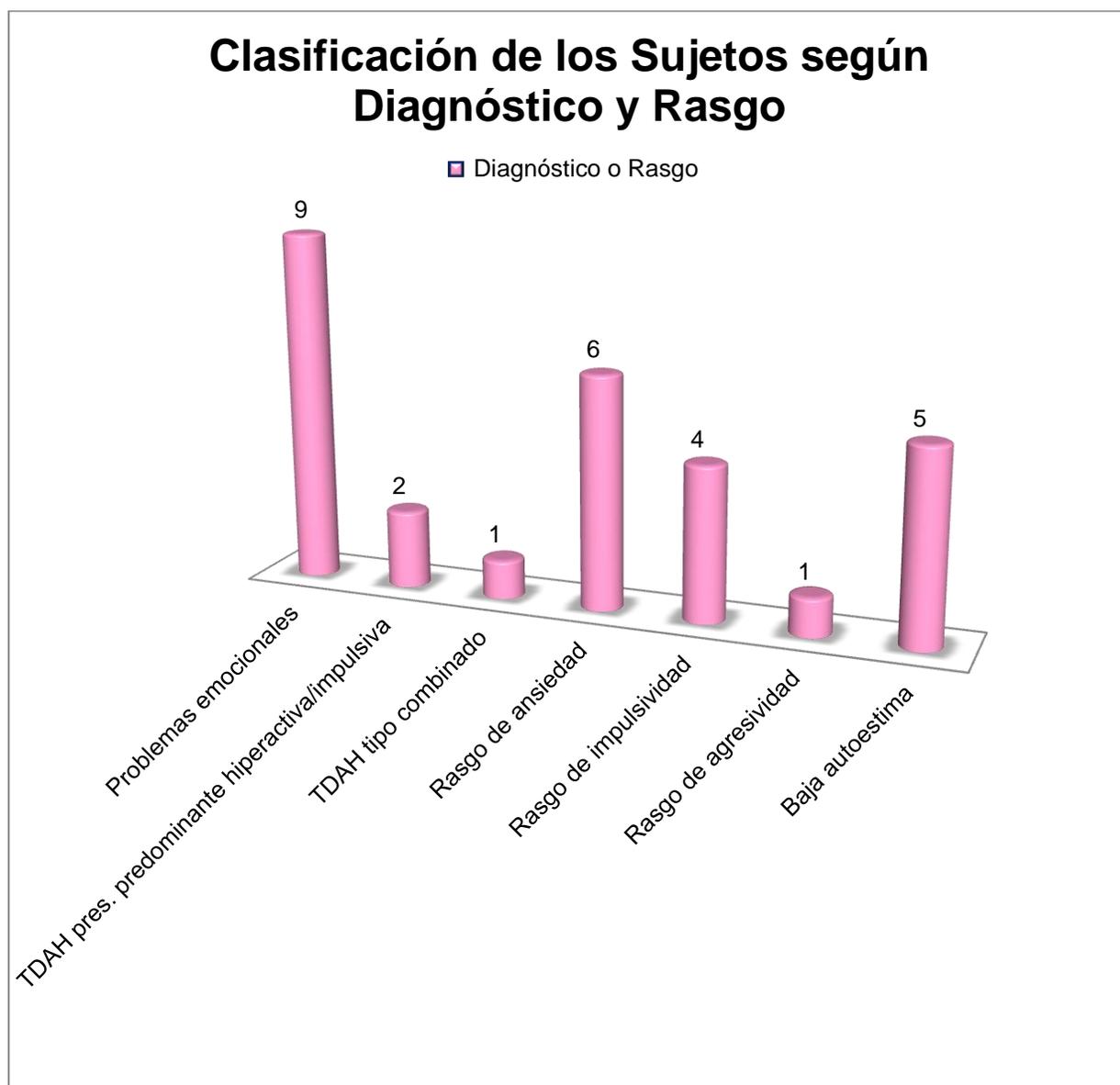
TABLA 9

Clasificación de los Sujetos según Diagnóstico y Rasgo

Casos	Diagnóstico y rasgo
J. A. V. C.	Problemas emocionales: baja autoestima, impulsividad.
O. A. G. M.	Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo combinado. Problemas emocionales: baja autoestima, ansiedad.
E. E. W.	Problemas emocionales: impulsividad, baja autoestima.
I. S.	Problemas emocionales: impulsividad, ansiedad.
J. J. C. Á.	Problemas emocionales: baja autoestima, ansiedad.
J. E. C. Á.	Problemas emocionales: agresividad, ansiedad.
J. U.	Diagnóstico Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Problemas emocionales.
J. B.	Problemas emocionales.
M. B.	Problemas emocionales.
J. P.	Diagnóstico Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Problemas emocionales.
B. S. S.	Problemas emocionales: ansiedad.
U. R.	Problemas emocionales: baja autoestima, ansiedad.

Listado de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según diagnóstico y rasgo.
(Elaboración propia).

ILUSTRACIÓN 5



Cifras de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según diagnóstico y rasgo. En esta gráfica, observamos que el 42% de los sujetos presentan baja autoestima, el 8% agresividad, el 33% tiene impulsividad, el 50% ansiedad, el 8% Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo combinado, el 17% Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad presentación predominante hiperactiva/impulsiva. El 75% de los niños y adolescentes manifiestan problemas emocionales. (Elaboración propia).

TABLA 10

Clasificación de los Sujetos según Situación Familiar

Casos	Situación familiar
J. A. V. C.	Problemas familiares (Madre soltera). Problemas económicos.
O. A. G. M.	Problemas familiares (Madre soltera).
E. E. W.	Problemas familiares (padres adictos a droga, madre privada de libertad).
I. S.	Problemas familiares (padres adictos).
J. J. C. Á.	Problemas familiares (padres separados por violencia doméstica. Padre adicto a drogas y alcohol). Problemas económicos.
J. E. C. Á.	Problemas familiares (padres separados por violencia doméstica. Padre adicto a drogas y alcohol). Problemas económicos.
J. U.	Problemas económicos.
J. B.	Problemas familiares (abandono del padre). Problemas económicos.
M. B.	Problemas familiares (abandono del padre). Problemas económicos.
J. P.	Problemas familiares (padres separados).
B. S. S.	Problemas económicos.
U. R.	Problemas familiares (abandono de la madre).

Listado de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según situación familiar.
(Elaboración propia).

ILUSTRACIÓN 6



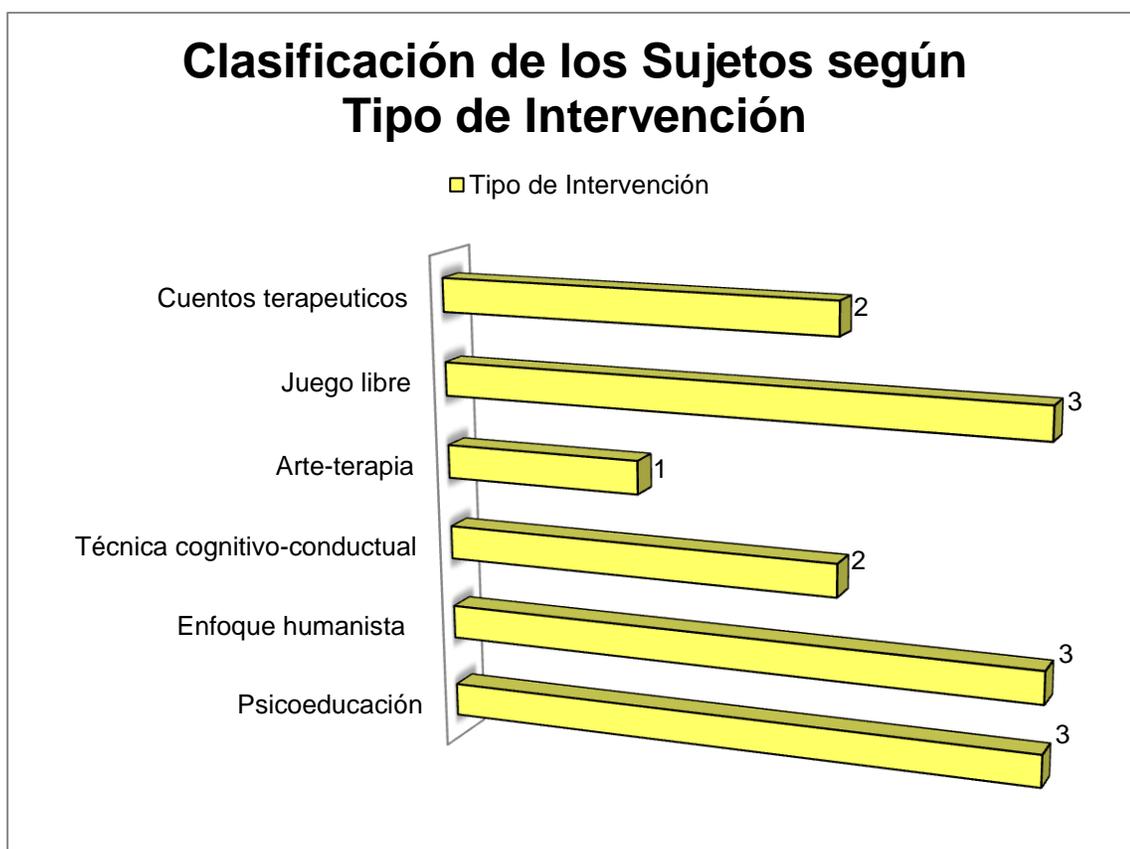
Porcentaje de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según situación familiar. En esta gráfica, observamos que el 83% de los sujetos presentan problemas familiares, el 58% presentan problemas económicos, en el 17% de las familias la madre es soltera, en el 33% el padre o la madre de familia o ambos son adictos, el 17% de las familias se caracteriza por la presencia de violencia doméstica, el 17% de las familias fueron abandonadas por parte del padre, el 8% de las familias fueron abandonadas por parte de la madre, el 25% de los padres resultaron separados. (Elaboración propia).

TABLA 11
Clasificación de los Sujetos según Tipo de Intervención

Casos	Tipo de intervención
E.E.W.W.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Enfoque Humanista. • Técnica cognitivo-conductual.
I. S.	<ul style="list-style-type: none"> • Arte-terapia. • Técnica cognitivo-conductual. • Empleo del juego libre o ludoterapia.
J.A.V.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque Humanista.
O.A.G.M.	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo del juego libre. • Técnica cognitivo-conductual.
J. E. C. Á	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica cognitivo-conductual. • Enfoque humanista. • Lectura de cuentos terapéuticos. • Psicoeducación.
J.J.C.Á.	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de cuentos terapéuticos. • Psicoeducación. • Empleo del juego libre o ludoterapia.

Listado de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según tipo de intervención.
 (Elaboración propia).

ILUSTRACIÓN 7



Cantidad de niños y adolescentes candidatos a ingresar a la Ciudad del Niño según tipo de intervención. En esta gráfica, observamos que el 33% de los sujetos recibieron una intervención psicoterapéutica con Cuentos Terapéuticos, el 50% con Juego Libre, el 17% con Arte-terapia, el 33% con Técnicas cognitivo-conductuales, el 50% con Enfoque humanista, el 50% con Psicoeducación. (Elaboración propia).

3.1.1 Propuesta de Solución

Se propone atender a los niños y adolescentes de la Institución con el fin de prevenir problemas a largo plazo, a través de intervenciones psicoterapéuticas y musicoterapéuticas dirigidas a la población afectada.

3.1.1.1 Marco de Referencia

René Spitz fue un neuropsiquiatra infantil, nacido en el siglo XIX y fallecido en el año 1974. Spitz realizó una investigación sobre los efectos neurofisiológicos de la falta de contacto: su muestra de referencia estaba formada por niños hospitalizados o institucionalizados que, debido a su condición carecían de cuidado, atención y contacto afectivo con su madre. Los estudios de Spitz han revelado que el niño, privado de contacto con la figura primaria de apego, carece de un vínculo adecuado entre la corteza cerebral y el diencéfalo a nivel neurológico.

Este tipo de conexión es esencial para que el niño experimente la relación emocional y visceral entre su mundo interior y la realidad circundante de una manera apropiada. Spitz ha demostrado que la falta de contacto genera trastornos del desarrollo que se manifiestan en los niveles emocional, motor, cognitivo y lingüístico.

En el estudio psicoanalítico sobre el niño, Spitz señala que el 60% de los niños examinados con menos de un año de edad, a pesar de recibir alimentación e higiene, fueron privados de contacto y se abandonaban al "marasmo": no podían vivir sin amor, sin mimos y caricias, sin contacto y se dejaban morir.

John Bowlby también estudió el comportamiento de los niños institucionalizados y, basándose en su investigación, desarrolló la conocida teoría del apego.

La privación del contacto o, como él lo definió, la privación o falta de atención materna, origina un cuadro clínico que afecta a todos los aspectos del desarrollo del niño: físico, psicológico y emocional.

Cuanto antes ocurrió la privación del contacto sufrido por el niño, más graves son los efectos negativos que genera. El daño más grave de la falta de contacto, según Bowlby, está en el nivel afectivo: la afectividad, de hecho, es la forma en que entramos en relación con el otro y nos permite establecer vínculos duraderos a lo largo del tiempo. El niño que ha experimentado una falta de contacto no puede establecer relaciones.

Un estado de grave abandono psicológico y físico produce cambios medibles en el cerebro de los niños, lo que provoca un menor desarrollo de la materia gris y blanca, que, además, puede remediarse con medidas adecuadas y oportunas. Esto se demostró mediante un estudio realizado en el Children's Hospital en Boston, donde los investigadores analizaron los escáneres cerebrales obtenidos con imágenes de resonancia magnética de grupos de niños rumanos incluidos en un proyecto de intervención temprana en la infancia de menores en estado de abandono, con el objetivo de brindar a los niños criados en orfanatos protección adecuada cuando sean entregados a familias capaces de brindar asistencia de buena calidad.

Margaret Sheridan (2012), la primera signataria del documento publicado en las Actas de la Academia Nacional de Ciencias, que encontraron un número creciente de pruebas de que la exposición a situaciones adversas en la infancia tiene un efecto negativo en el desarrollo del cerebro, siendo las implicaciones amplias, no solo para los niños que viven en instituciones, sino también para los niños expuestos a los abusos y el abandono, la violencia durante la guerra, la pobreza extrema y otras adversidades. Sheridan y sus colegas (2012), compararon tres grupos de niños entre las edades de 8 y 11 años, el primero de los cuales consistió en niños criados en una institución, el segundo en niños entre 6 y 9 años que habían abandonado el instituto para ser asignados a las familias y el tercero, por los niños que nunca habían sido institucionalizados o que nunca habían vivido en una institución. El análisis mostró que los niños con un historial crianza en la institución mostraron un volumen significativamente menor de materia gris cerebral que el de niños nunca institucionalizados. Para los sujetos del primer grupo, entre otras cosas, esta disminución en el volumen también involucró a la materia blanca, que en cambio parecía indistinguible de la del grupo de control en los niños que recibieron cuidados por parte de una familia sustitutiva.

Los investigadores señalan que durante la infancia los picos de crecimiento de la materia gris ocurren en períodos específicos, durante los cuales el ambiente puede influir fuertemente en el desarrollo cerebral. La sustancia blanca, que es necesaria para formar conexiones en el cerebro, en cambio se desarrolla más lenta y regularmente, por lo que es más probable que sea más flexible para las intervenciones de tratamiento ya que muestra algunos signos de recuperación.

Charles Nelson (2012) señala que: "Nuestros estudios cognitivos sugieren que puede haber un período sensible durante los primeros dos años de vida en el que la intervención de crianza tenga el máximo efecto en el desarrollo cognitivo", y que "Cuanto más joven sea el niño cuando se administra en hogares de guarda, mejor será el resultado".

3.1.1.2 Justificación

Implementar un programa de trabajo en el cual se puedan crear mejores condiciones para el crecimiento y el desarrollo de los niños con múltiples carencias, a través de técnicas terapéuticas como la musicoterapia. Se plantea el problema de los posibles desemboques en las vidas de estos niños y adolescentes.

Portugal P., McCauley U., Ledezma H. & Gómez G. (2011) definen “niños, niñas o adolescentes privados de cuidados parentales aquellas personas que no vivan con al menos uno de sus padres, por cualquier razón y bajo cualquier circunstancias”.

Ana Falca (2005), en su estudio, afirma que en el año 2005, en la República de Panamá, 2901 menores de edad institucionalizados, y hasta el año 2010, la cifra permaneció estable.

Por esta razón, a medida que sea posible reducir la población de menores institucionalizados, (a través de un trabajo de educación dirigido a personas de bajo recurso económico, para el fortalecimiento de la familia y de la cultura, con el objetivo de alejar los niños y adolescentes de las influencias dañinas que intervienen en ausencia de una protección parental), se ve necesario intervenir para compensar esta ausencia y mejorar la calidad de vida y el bienestar de los niños y adolescentes.

Considerando que, según Delgado et al. (2012), quienes refieren que “un mayor tiempo en acogimiento residencial se asocia a mayores problemas de conducta y agresividad” (p.167), es

importante evitar que la institucionalización no sea motivo de deterioro de la conducta y de las relaciones interpersonales y la adaptación al entorno social.

3.1.1.3 Diseño de la Propuesta

3.1.1.3.1 Introducción.

Se organizará una propuesta de musicoterapia para los niños con problemas conductuales y en las relaciones sociales de la Ciudad del Niño, con la finalidad de establecer una comunicación entre los chicos y favorecer la comprensión, la empatía, y el establecimiento de las normas de interacción social. El modelo de referencia es la Musicoterapia.

La Musicoterapia es una terapia a través de la música. La utilización de la música para sanar, es algo muy antiguo. Esta terapia requiere de estudios especializados para poder ser ejercida ya que, el musicoterapeuta debe conocer los instrumentos musicales, los métodos utilizados, los ámbitos de aplicación de la musicoterapia. La música es un vehículo para expresar los sentimientos, y se puede aplicar a nivel prenatal, a niños, adolescentes, adultos hasta adultos mayores. Puede emplearse para personas con enfermedades degenerativas, enfermedades graves, con problemas de drogodependencia, trastornos mentales, con dolor agudo o crónico, con necesidades educativas especiales, discapacidades mentales, intelectuales y físicas.

3.1.1.3.2 Objetivo.

- Permitir a los niños de bajo recurso y con problemas familiares y sociales la posibilidad de relacionarse y expresarse en un contexto de interacción mutua a través de la música.

- Aprender a utilizar el lenguaje musical como canal de comunicación común.

3.1.1.3.3 Beneficiarios.

Funcionarios: 2 musicoterapeutas, 3 psicólogas, 1 trabajadora social, 15 niños de La Ciudad del Niño, Internos y pertenecientes al Programa de Atención Diurna.

3.1.1.3.4 Fases de Intervención.

Las fases de las Propuesta se desarrollarán en 1 mes y medio, en 6 sesiones, una vez por semana, los días martes de 5:00 p.m. a 6:00 p.m., en las cuales se atenderán las conductas a modificar y los problemas emocionales para favorecer una adaptación al entorno y al contexto en el que viven. Las sesiones se desarrollarán en grupos de 15 chicos seleccionados. Además será posible realizar atenciones individuales en casos específicos, en presencia de problemas emocionales, conductuales o relacionales más complejos.

Las primeras sesiones se dedicarán a la observación diagnóstica. En las sesiones se trabajará en la libre expresión corpórea, vocal y musical.

Los terapeutas enseñarán los ejercicios para que los niños los puedan reproducir, también se expresarán a nivel sonoro, y kinestésico, con el empleo de los movimientos, el lenguaje corporal, la mímica, la voz y el canto. Los terapeutas dejarán que fluya el contenido que los chicos traerán.

Las sesiones durarán 1 hora, habitualmente 40 minutos dedicados a los ejercicios y 10 para un breve conversatorio a inicio de los encuentros, y 10 minutos dedicados al cierre, en el cual se trabajaría sobre las emociones suscitadas y emergentes a través de la libre expresión vocal y cinética.

Las técnicas de Musicoterapia empleadas en el curso de las sesiones serán:

- Técnicas de Respiración
- Técnicas de Relajación, como la relajación progresiva y el entrenamiento autógeno.
- Técnicas de Visualización: que consiste en la utilización de la imaginación con el apoyo de la música.
- Técnicas de Movimiento
- La Voz y El canto
- El Baile
- Los Instrumentos Musicales

Las técnicas se pueden efectuar de dos formas distintas:

- a) Basándose en la recepción: en el cual el paciente es receptivo y el musicoterapeuta interpreta la música.
- b) Basándose en la actuación: en el cual el paciente, produce la música.

Descripción de las sesiones

Sesión 1

El objetivo de esta sesión es lograr el conocimiento mutuo de los especialistas y de los niños a través de diálogos y preguntas.

Se presentará la canción de inicio de cada sesión.

Posteriormente se realizará el ejercicio “Baila conmigo”. Se les preguntará a los participantes sobre sus preferencias musicales, se seleccionarán algunos temas, para terminar la sesión bailando, formando parejas, indicándoles que cambien de pareja en diferentes momentos.

El musicoterapeuta al final de la sesión llenará la ficha inicial musicoterapéutica.

Sesión 2

Se entonará la canción de inicio de cada sesión.

Se realizarán las siguientes Técnicas de Respiración escuchando las siguientes piezas musicales con el fin de obtener la relajación:

- Canon en D mayor de Pachelbel
- El lago de los cisnes de Tchaikovsky
- El Danubio azul de Johann Strauss

1. Respiración diafragmática o abdominal: involucra directamente al diafragma, el músculo que separa la caja torácica del vientre con el fin de calmar la ansiedad. Colocar una mano sobre el pecho y la otra sobre el vientre y observar cuál se levanta cuando respiramos. Si es la segunda que se alza estaremos en lo correcto.

La técnica: consiste en inspirar profundamente por la nariz, mientras se observa la mano sobre el vientre que se levanta. Ejecutar una breve pausa y espirar por la boca lentamente. Repetir la secuencia por 10 minutos.

2. Respiración alterna: consiste en inhalar alternando cada una de las fosas nasales.

3. La técnica: tapar con el pulgar derecho la fosa nasal derecha e inhala lenta y profundamente. Para exhalar, tapar la fosa nasal izquierda y expulsar el aire por la fosa nasal derecha. Repetir el mismo mecanismo a la inversa.

4. Respiración completa: se compone de tres etapas de inhalación y tres de exhalación y puede realizarse sentado, acostado o de pie. Esta técnica puede ampliar la capacidad torácica, ejercitar el autocontrol e producir concentración.

La técnica: Colocar una mano sobre el pecho y la otra sobre el vientre y observar cuál se levanta cuando respiramos. Si es la segunda que se alza estaremos en lo correcto. Inspirar lentamente por la nariz, lleva el aire hacia el abdomen, posteriormente a la zona de las costillas intentando que éstas se expandan y por último hacia la clavícula. Retén el aire unos segundos. Espira en el sentido inverso, empezando por la clavícula, después las costillas y finalizar con la zona abdominal. Repetir.

Al final de la sesión se conversará sobre las sensaciones experimentadas.

Sesión 3

Se entonará la canción de inicio de cada sesión.

Se dedicará un tiempo para la libre expresión corporal y el baile con la escucha de piezas musicales alegres. Se le preguntará a los niños qué instrumentos musicales conocen, sus sonidos, cuáles les gustan.

Se realizará el ejercicio llamado “Soy un instrumento” que consiste en colocar música en la que sonarán los siguientes instrumentos: guitarra, batería, piano y violín. Mientras escuchan

van reconociendo el sonido de cada instrumento. La sugerimos a los niños que simulen tocar cada instrumento moviendo las diferentes partes del cuerpo implicadas.

Se pueden utilizar imágenes de los instrumentos para ayudar a los niños que no conocen algunos de los instrumentos.

Al final de la sesión, los musicoterapeutas tocarán piezas musicales con sus instrumentos. S terminará con un breve conversatorio sobre las experiencias vividas.

Sesión 4

Se entonará la canción de inicio de cada sesión.

Se aplicarán técnicas de relajación de entrenamiento autógeno con músicas de fondo.

Se realizará el ejercicio llamado: “Dime tu nombre” que consiste en disponer a los participantes sentados en círculo. Cada uno de los niños menciona su nombre en voz alta y lo asocia con un ritmo, utilizando palmas, pitos, patadas al suelo, objetos, y otros materiales.

Se pide a los participantes que traten de repetir el nombre y el ritmo con el que se presentó un miembro del grupo. Si no se acuerdan, se pedirá a la persona que lo repita y los demás lo imitarán.

Posteriormente, el musicoterapeuta tocará con su instrumento unas melodías de películas para niños y se les preguntará a los niños si conocen las músicas, que emociones les evocan, que pensaron al escucharlas, recuerdos, sensaciones, y cantarlas posteriormente, individualmente y grupalmente.

Sesión 5

Se entonará la canción de inicio de cada sesión.

El Musicoterapeuta mostrará al niño los instrumentos musicales para la sesión: triángulos, bongos, tambores, xilófono y otros disponibles. Le explicará el nombre, como tocarlos, el sonido de cada uno. Se dejará el niño libre de escoger. Si no el niño se muestra tímido o inseguro, el musicoterapeuta le sugerirá que imite lo que él hace. El niño tendrá que imitar lo que él hace con otro instrumento o con el mismo, tras haberlo tocado el musicoterapeuta. También se podría realizar al revés y el musicoterapeuta podría imitarle.

Sesión 6

Se entonará la canción de inicio de cada sesión.

Se realizarán técnicas de visualización guiadas por los terapeutas con músicas de fondo.

Se les pedirá a los niños que se ofrezcan a nivel individual para cantar la canción preferida. Los terapeutas pueden acompañarle o al revés, terapeuta guía la canción si el niño se muestra inseguro. Después, realizarán onomatopeyas con la voz y con los sonidos del cuerpo: imitarán el sonido de la sirena de una ambulancia con la voz; las pisadas de una persona golpeando las palmas de las manos contra los muslos; imitarán el sonido de la lluvia golpeando el dedo índice y corazón de una mano sobre la palma de la otra.

Tras la sesión, el musicoterapeuta junto al equipo multidisciplinario rellenará la ficha final musicoterapéutica.

Ficha inicial y ficha final musicoterapéutica.

FICHA INICIAL MUSICOTERAPÉUTICA

Nombre y apellidos:

Edad: Sexo: Ficha confeccionada por:

1. País de origen.....
2. Región de origen.....
3. Preferencias y particularidades de los padres.....
4. Vivencias sonoras durante el embarazo.....
5. Vivencias sonoras durante el nacimiento y primeros días de vida.....
6. Movimientos corporales y canciones de cuna de la madre.....
7. Ambiente sonoro durante la infancia.....
8. Reacciones de los padres a los sonidos y a los ruidos.....
9. Reacciones del paciente a los sonidos y a los ruidos.....
10. Sonidos típicos de la casa: portazos, gritos, ruidos, llantos, tics con sonido, etc.....
11. Sonidos durante la noche y sonidos corporales.....
12. Historia musical del hogar, educación musical de los padres y del paciente.....
13. Los primeros contactos con un instrumento.....
14. Estado actual del problema sonoro-musical.....
15. Asociaciones con los sonidos.....
16. Gustos o rechazos musicales sonoros y de ruidos.....
17. Deseos y rechazos de instrumentos.....

Ficha musicoterapéutica (Lacarcel, 1990).

FICHA FINAL MUSICOTERAPÉUTICA

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo:

Ficha confeccionada por:

Objetivos	Conductas observadas	Emociones surgidas	Avances	Plan de acción
Reducir las dificultades emocionales				
Mejorar el manejo del estrés				
Mejorar las áreas cognitivas				
Mejorar los problemas Conductuales				

Ficha final musicoterapéutica. (Elaboración propia).

3.1.1.3.5 Descripción de la propuesta de evaluación.

La evaluación consistirá en la observación de los niños durante las sesiones, por parte del musicoterapeuta, de las psicólogas y de la trabajadora social en conjunto, que observarán la conducta de los niños, las manifestaciones emocionales, vocales, los gestos, los movimientos, los temas emergentes. Después de las sesiones, los especialistas anotarán en los expedientes las observaciones. Dichas observaciones serán importantes para llenar la “ficha final músico terapéutica”.

Además se interviene a través de un seguimiento psicológico, evaluando las áreas carentes de cada niño y adolescente y reevaluando los mismos para detectar las mejorías en cada uno de ellos.

3.1.1.3.6 Referencias bibliográficas

Delgado, L., Fornieles, A., Costas C. y Brun-Gasca, C. (2012). *Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales*. Revista de Investigación en Educación, 10, 167. 2019, marzo 18, De <http://reined.webs.uvigo.es/ojs/index.php/reined/article/viewFile/394/213> Base de datos.

Falca, S. (2006). Desinstitucionalización de Niños, Niñas y Adolescentes. Consultora, p.4.

Guerrero, E. (2014). *La influencia de diferentes pedagogos en los instrumentos de percusión*. Revista digital para profesionales de la enseñanza 29, 1-9.

Lacarcel, J. (1990). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia: Universidad de Murcia, Secretariado de Publicaciones.

Oneca N. (2015). *Musicoterapia: fundamentos, aspectos prácticos y aplicación a niños hospitalizados*. Navarra: Facultad De Educación y Psicología de la Universidad de Navarra.

Portugal P., McCauley U., Ledezma H. & Gómez G. (2011). *Estudio sobre la situación de los derechos de la niñez y la adolescencia privados de cuidados parentales ubicados en centros de acogimiento o albergues*. Panamá: UNICEF, Defensoría del Pueblo.

Vaillancourt, M. (2009). *Música y musicoterapia*. Madrid: Narcea.

Wigram, T. (2005). *Improvisación. Método y técnicas para clínicos educadores y estudiantes de musicoterapia*. Vitoria: Agruparte.

CONCLUSIÓN

En base al análisis de los resultados de este trabajo de grado, se puede concluir que entre los niños que solicitaron ingresar a la institución de La Ciudad del Niño, ya sea por entrar al programa de atención diurna o como internos, se encontraron un 75% de niños con una situación de problemas emocionales que requiere de atención con especialistas de la salud mental, un 83% de niños con una situación de problemas familiares, un 58% de niños con una situación de problemas económicos, un 25% de niños ya diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, un 8% de niños diagnosticados con C.I. promedio, 8% diagnosticados con C.I. promedio bajo, un 50% con un nivel limítrofe de funcionamiento intelectual, un 17% de niños detectados con discapacidad intelectual. Se puede deducir, en base a los datos presentados, cuanto se hace indispensable, intervenir para reducir esta cantidad de problemas a nivel individual y social que conllevan las situaciones mencionadas de pobreza extrema, adicción a droga, problemas legales o padres privados de libertad, maltrato, violencia intrafamiliar, madre soltera, abandono de la madre o del padres, entre otros. La escolaridad de los niños va desde 1° hasta 7°, y 1 niño sin escolaridad, 4 niños reprobados.

Los rasgos psicológicos dominantes encontrados según las pruebas psicológicas aplicadas, son: baja autoestima, agresividad, impulsividad y ansiedad. La línea de tratamiento para la intervención con los niños atendidos es cognitiva conductual, con integración de técnicas psicoterapéuticas:

- Psicoeducación
- Enfoque Humanista
- Arte-terapia

- Empleo del juego libre o ludoterapia
- Empleo del juego libre
- Lectura de cuentos terapéuticos

Se propone, para lograr los objetivos planteados, un proyecto con el uso de la musicoterapia. Como ya mencionado, el objetivo general de este trabajo de grado es:

- Desarrollar estrategias de intervención psicoterapéuticas que favorezcan la presencia de personal preparado en técnicas de psicología clínica para apoyar a los niños y adolescentes de La Ciudad del Niño.

Los objetivos específicos comprenden el diseño de una propuesta para:

- prevenir dificultades y distorsiones en el desarrollo psicoafectivo de los niños y adolescentes educándolos en inteligencia emocional.
- Reducir el estrés de niños y adolescentes de la Ciudad del Niño.
- Mejorar las áreas cognitivas de niños y adolescentes de la Ciudad del Niño.
- Mejorar la conducta de niños y adolescentes de la Ciudad del Niño.

Según el análisis de resultados mencionados anteriormente, podemos deducir la necesidad de intervenir para mejorar o disminuir el porcentaje de problemas emocionales, rasgos o diagnósticos de trastornos mentales, nivel de capacidad intelectual limítrofe, dificultades en el aprendizaje, discapacidad intelectual, y mejorar la conducta de los niños y adolescentes de la Ciudad del Niño. Es posible lograr los objetivos planteados a través de una evaluación psicológica para detectar las necesidades e intervenciones psicoterapéuticas personalizadas en base al tipo de problemática que el menor presente al momento de la evaluación, según la situación familiar y al entorno del niño, presencia de apoyo por parte de un adulto significativo, problemas de apego inseguro y la necesidad de mejorar las relaciones interpersonales. El

propósito de estas intervenciones es mejorar la situación del sujeto y favorecer un futuro alentador para él y una reinserción familiar, social, escolar o laboral que le permitan desarrollar todas sus potencialidades y sus metas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar albergues tales como La Ciudad del Niño, en otras provincias del país, ya que a través de estos se pueden introducir programas de intervención psicológicos que apoyen a los niños y adolescentes en riesgo social, permitiendo se desenvuelvan de manera idónea en la sociedad en la que viven, adaptándose al contexto socio-cultural, relacional y escolar.

Además de intervenciones psicoterapéuticas en los casos de problemas más profundos en el desarrollo de la personalidad con el fin de promover la salud mental.

Es importante resaltar que dichas intervenciones aportan beneficios y mejorías en la calidad de vida de los niños y adolescentes.

Asimismo, se sugiere la participación de personal idóneo de diferentes áreas, como psicoterapeutas, musicoterapeutas, trabajadores sociales, especialistas en terapia ocupacional, personal de IPHE y maestras especiales, para que prevengan problemas e intervengan con el objetivo de fortalecer los individuos en formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bazo Gabriel A. (2010), *Musicoterapia. Armonía y Salud*. Mirbet ediciones, Perú

Caballo V. & Simón M. A. (2002). *Manual De Psicología Clínica Infantil Y Del Adolescente*. España: Editorial Pirámide

Equipo de Orientación Educativa. *Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual*. Malaga-Centro: Remedios Portillo Cárdenas

Fattiroso M.. (s.f.). *La Deprivazione di Contatto: Spitz, Bowlby e il nostro oggi*. octubre 20, 2018, de Crescita Personale.it Sitio web: <http://www.crescita-personale.it/disagio-psicologico/1912/deprivazione-di-contatto/2466/a>

López Fernandez CAO, M. y Martínez Diez, N. (2006) *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid. Ediciones Tutor

Mesa E. & Patón J. (2017, mayo 24). *Sesión de musicoterapia para niños*, 2018, septiembre, 14, De <http://www.psicosomatica.net/2017/05/24/sesion-de-musicoterapia-para-ninos/> Base de datos

Oriarte O. (s.f.). *3 técnicas de respiración para fomentar la relajación*. El Mundo. Sitio web: <http://www.vivirmasymejor.elmundo.es/respira/3-tecnicas-de-respiracion-para-fomentar-la-relajacion>

Poch S. (1981), “*Musicoterapia*” En: *Boletín de la Sociedad Española de Pedagogía Musical*. Nº 2, Madrid, 29 y en “*La Música com a vehicle de salut*” en “*La Parel avui y altres escrits*”. La Llar de Llibre, Barcelona, 1988, 63-103

Ramos-Díaz, E., Axpe, I., Fernández-Lasarte, O. y Jiménez-Jiménez, V. (2018). *Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional*. *Clínica Contemporánea*, 9, e4. <https://doi.org/10.5093/cc2018a1>

Serafina Poch Blasco, *Importancia de la Musicoterapia en el Área Emocional del Ser Humano*. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, nº 42, diciembre 2001, pp 91-113

Sheridan M., Fox N., Zeanah C., McLaughlin K., & Nelson C. (2012, August 7). Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *PNAS*, Sitio web: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1200041109>, 6. 22 octubre 2018

(2012, julio 24). *La deprivazione sociale e affettiva riduce lo sviluppo cerebrale*. *Le Scienze*, http://www.lescienze.it/news/2012/07/24/news/cervello_volume_materia_grigia_bianca_bambini_istituzionalizzati-1167555/?refresh_ce, . 22 octubre 2018

ANEXOS



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS¹

Decanato de Postgrado

Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa

Tel: 501-1039

Ciudad de Panamá, 27 de enero de 2018

NOTA-DIPG-AS-067-18

AUTORIDADES

RECTOR:

Dr. Juan Bosco Bernal

VICERRECTORA:

Mgter. Doris Hernández

SECRETARIA GENERAL:

Dra. Vielka Donado

DECANO DE POSTGRADO:

Dr. Oscar Sittón

DIRECTORES DE

POSTGRADO:

Mgter. Manuel Campos

Mgter. Carmen Rodríguez

Licenciada

Milixsa Olmedo

Coordinadora de Educación

Psicóloga de La Ciudad del Niño

E.S.D.

Respetada Licenciada Olmedo:

Le saluda cordialmente el Psicólogo Dr. Ricardo Turner, Profesor de Trabajo de Grado de la Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, programa que desarrolla esta Universidad desde 2008.

Me dirijo a usted para agradecerle lo que esté a su alcance hacer, para que la Psicóloga participante de este programa **Lic. Evelyn Castro**, con Cédula de identidad personal No **8-1119-833**, pueda desarrollar su Práctica Profesional como opción de Trabajo de Grado en este centro que usted dignamente dirige.

Este proceso de Práctica debe desarrollarse, según el reglamento de UDELAS, y debe ser supervisada por parte del departamento de Psicología que existe en esta institución y además por un docente de esta especialidad por la Universidad.

De ser necesaria información adicional, no dude en consultarnos al celular 6718-1712 (whatsapp).

Detalles para localizar al candidato a práctica:

Nombre completo: Evelyn Castro

Celular: 6247-5248

Se despide de usted atentamente,

Dr. Ricardo Turner
Profesor de Trabajo de Grado

Recibido 29/01/18.



Junta Directiva

Manuel José Paredes L.
Presidente

Eduardo Salaverry
2do. Vicepresidente

David Eisenmann
Tesorero

Benjamín De Dianous
Secretario

Ernesto Boyd
Asesor

Fortunato Peirotén
Director

Catherine C. de Secret
Relaciones Públicas

La Chorrera, 18 de enero de 2018

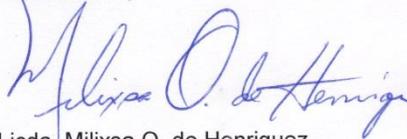
Dr. Oscar Sittón
Decano de Postgrado
Universidad Especializada de las Américas
Ciudad de Panamá

Respetado Dr. Sittón:

Por este medio le comunico que la estudiante Evelyn Maria Castro Di Nicola, con cédula de identidad personal número 8-1119-833, de la Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, ha sido aceptada para realizar su Práctica Profesional en La Ciudad del Niño, en la Dirección de Atención a Niños y Adolescentes, del 22 de enero al 14 de febrero de 2018, en el horario de 8:00 am. a 5:00 pm.

La estudiante Castro, realizará actividades de entrevista, atención, evaluación y elaboración de informes psicológicos.

Atentamente,



Licda. Milixsa O. de Henríquez
Psicóloga CIP. 500



Licda. Milixsa Olmedo G.
Psicóloga - CIP. 500



Apartado Postal 1015-336
Tel. 214-6467
mciudadnino@cwpanama.net
La Chorrera, Calle Puerto Caimito
Tel. 254-8343/8344/8345
ciudadnino@cwpanama.net
www.ciudadelnino.org

Junta Directiva

Manuel José Paredes L.
Presidente

Eduardo Salaverry
2do. Vicepresidente

David Eisenmann
Tesorero

Benjamin De Dianous
Secretario

Ernesto Boyd
Asesor

Fortunato Peiroten
Director

Catherine C. de Secret
Relaciones Públicas

La Chorrera, 18 de enero de 2018

Dr. Oscar Sittón
Decano de Postgrado
Universidad Especializada de Las Américas
Ciudad de Panamá

Respetado Dr. Sittón:

Por este medio le comunico que la estudiante **EVELYN MARIA CASTRO DI NICOLA**, con cédula de identidad personal número 8-1119-833, de la Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, ha finalizado su práctica Profesional en la Ciudad del Niño, en la Dirección de Atención a Niños y Adolescentes, del 22 de enero al 14 de febrero de 2018, en el horario de 8:00 am. A 5:00 pm., con total de 162 horas.

La estudiante Castro, realizó las siguientes actividades:

- Entrevistas a familiares y niños quienes eran candidatos a ingresar a nuestros programas de atención.
- Aplicación de pruebas, corrección y elaboración de informes técnicos de psicología.
- Participó presentando casos ante el Comité de Selección de Nuevo ingreso, con autoridades de SENNIAF, colaboradores de Hogar Malambo y equipo técnico de la Ciudad del Niño.

Se observó que la estudiante **CASTRO**, realizó las tareas encomendadas con un desempeño técnico **excelente**.

Atentamente,

Licda. Milixsa Olmedo de Henríquez
Psicóloga CIP. 500



UDELAS
UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
 Decanato de Postgrado. Extensión de Panamá
 Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa
 e.mail direccion_postgrado@udelas.ac.pa
 Tel: 501-1039

Panamá, 30 de julio de 2019

Doctor
Oscar Sittón
 Decano de Postgrado
 E. S. D.

Respetado Doctor Sittón:

Un cordial saludo y éxitos en sus delicadas funciones.

Tengo el agrado de informarle que he revisado el Trabajo de Graduación con la opción Práctica Profesional Guiada, titulado: **Intervención a Niños Institucionalizados de la Ciudad del Niño**, ha sido desarrollada por el estudiante **Evelyn Maria Castro Di Nicola**, con cédula de identidad personal No. **8-1119-833**, para optar por el título de Magister en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, que otorga esta Universidad.

Quiero constatar, que por la parte del **Profesor Ricardo Turner (Asesor de Contenido Clínico)** el estudio reúne los criterios que fundamentan y sustentan la investigación, por la que procede a la fase de sustentación.

Sin más en particular, me suscribo a usted muy respetuosamente.


 Asesor de (Contenido)

Excelencia Profesional con Sentido Social
 Un Proyecto Panameño con Dimensión Continental

Apartado Postal 0843-01041-Ancon, Panamá, República de Panamá. Teléfono (507) 501-1000, 501 1001



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
Decanato de Postgrado. Extensión de Panamá

Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa
Tel 501-1039 e mail direccion_postgrado@udelas.ac.pa

Panamá, 30 de julio de 2019

Doctor
Oscar Sittón
Decano de Postgrado
E. S. D.

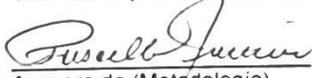
Respetado Doctor Sittón:

Un cordial saludo y éxitos en sus delicadas funciones.

Tengo el agrado de informarle que he revisado el Trabajo de Graduación con la opción Práctica Profesional Guiada, titulado: *Intervención a Niños Institucionalizados de la Ciudad del Niño*, ha sido desarrollada por el estudiante *Evelyn María Castro Di Nicola*, con cédula de identidad personal No. **8-1119-833**, para optar por el título de Magister en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, que otorga esta Universidad.

Quiero constatar, que por la parte de la Profesora Priscilla Jimenez (Metodología) el estudio reúne los criterios que fundamentan y sustentan la investigación, por la que procede a la fase de sustentación.

Sin más en particular, me suscribo a usted muy respetuosamente.


Asesora de (Metodología)

Excelencia Profesional con Sentido Social
Un Proyecto Panameño con Dimensión Continental



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
 Decanato de Postgrado. Extensión de Panamá
 Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa
 Tel: 501-1039 e.mail: direccion.postgrado@udelas.ac.pa

Panamá, 30 de julio de 2019

Doctor
Oscar Sittón
 Decano de Postgrado
 E. S. D.

Respetado Doctor Sittón:

Un cordial saludo y éxitos en sus delicadas funciones.

Tengo el agrado de informarle que he revisado el Trabajo de Graduación con la opción Práctica Profesional Guiada, titulado: **Intervención a Niños Institucionalizados de la Ciudad del Niño**, ha sido desarrollada por el estudiante **Evelyn María Castro Di Nicola**, con cédula de identidad personal No. **8-1119-833**, para optar por el título de Magister en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, que otorga esta Universidad.

Quiero constatar, que por la parte de la **Profesora Lesvia Saavedra de Castillo (Español)** el estudio reúne los criterios que fundamentan y sustentan la investigación, por la que procede a la fase de sustentación.

Sin más en particular, me suscribo a usted muy respetuosamente.


 Asesora de (Español)

Excelencia Profesional con Sentido Social
 Un Proyecto Panameño con Dimensión Continental

Apartado Postal 0843-01041-Ancon. Panamá. República de Panamá. Teléfono (507) 501-1000, 501 1001

CIUDAD DEL NIÑO DE PANAMÁ
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL NIÑO Y ADOLESCENTE

RESULTADOS:

1. INGRESO SI NO
 2. PROGRAMA A.D. INT.
 3. PENDIENTE

ENTREVISTA INICIAL

1. DATOS GENERALES DEL MENOR:

NOMBRE: _____ N° CÉDULA: _____
 EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 NIVEL: _____ ESCUELA PROCEDENCIA: _____
 MADRE: _____ N° CÉDULA: _____
 EDAD: _____ NIVEL: _____ OCUPACIÓN: _____
 RESIDENCIA: _____ TEL: _____
 TRABAJO: _____ TEL.: _____
 PADRE: : _____ N° CÉDULA: _____
 EDAD: _____ NIVEL: _____ OCUPACIÓN: _____
 RESIDENCIA: _____ TEL.: _____
 TRABAJO: _____ TEL.: _____
 RESPONSABLE: _____ N° CÉDULA: _____
 PARENTESCO: _____ EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
 DIRECCIÓN: _____ TEL.: _____
 REFERIDO POR: _____
 MOTIVO: _____

2. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

N°	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	NIVEL	OCUPACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

RECONOCIDO POR EL PADRE SI NO SITUACIÓN: _____
 PENDIENTE DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO CIVIL
 ¿HA SIDO BAUTIZADO? SI NO PARROQUIA: _____

3. SITUACIÓN SOCIAL:

ANTECEDENTES DE SALUD DEL MENOR: PRENATALES, NATALES, CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 VACUNAS

SITUACIONES TRAUMÁTICAS DEL NIÑO:

ENFERMEDADES PADECIDAS:

NOMBRE	EDAD	1ª VEZ	ÚLTIMA VEZ	TRATAMIENTOS

DEFICIENCIAS:

SENSORIALES: _____

MOTORAS: _____

OTRAS: _____

2. ANTECEDENTES ESCOLARES:

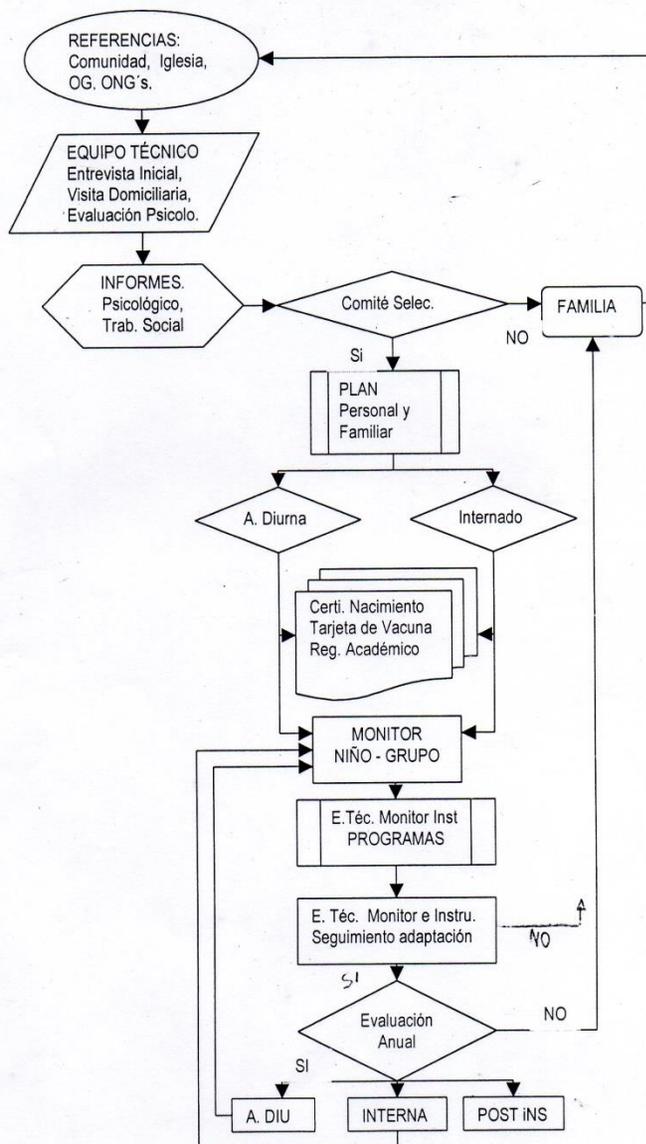
ESCUELA	GRADO	NOTA FINAL	AÑO

8. OBSERVACIONES:

Entrevistador

Fecha

CIUDAD DEL NIÑO
 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES
 FLUJOGRAMA DE INGRESO – EGRESO



ORGANIGRAMA
CIUDAD DEL NIÑO

