

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a seated man, likely a saint or scholar, holding a book. Above him is a crown. To the left and right are lions and castles. The entire scene is framed by a circular border containing the Latin text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMICA GUATEMALENSIS INTER CÆTERAS URBIS CONSPICUA CAROLINA".

**“PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS
VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL, QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE
LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL, GUATEMALA”**

**BELINDA SOLARES POP
TELMA IRENE SOTO HENRÍQUEZ**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS
VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL, QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA
DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL, GUATEMALA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR
BELINDA SOLARES POP
TELMA IRENE SOTO HENRÍQUEZ**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**



**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefex 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 138-2012
DIR. 1985-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

17 de octubre de 2012

Estudiantes

Belinda Solares Pop
Telma Irene Soto Henríquez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL DOCE (1974-2012)**, que literalmente dice:

“UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL, QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL, GUATEMALA”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Belinda Solares Pop
Telma Irene Soto Henríquez

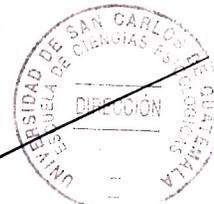
CARNÉ No. 95-15098
CARNÉ No. 95-17999

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez y revisado por Licenciado Marco Antonio García Enríque. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: uasopsic@usac.edu.gt



CIEPs 1765-2012
REG: 138-2012
REG: 138-2012

INFORME FINAL

Guatemala, 10 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL, QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL, GUATEMALA.”

ESTUDIANTE: **Belinda Solares Pop**
Telma Irene Soto Henríquez
CARNÉ No. 95-15098
95-17999

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 09 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 09 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usnc.edu.gt

CIEPs. 1766-2012
REG: 138-2012
REG: 138-2012

Guatemala, 10 de octubre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL, QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL, GUATEMALA."

ESTUDIANTE:
Belinda Solares Pop
Telma Irene Soto Henríquez

CARNÉ No.
95-15098
95-17999

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 03 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Marco Antonio García Enríquez
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala,
8 de Octubre del 2012.

Licenciado Marco Antonio García
Coordinador
Departamento de Investigaciones Psicológicas
"Mayra Gutiérrez" -CIEPs.-
CUM

Licenciado García:

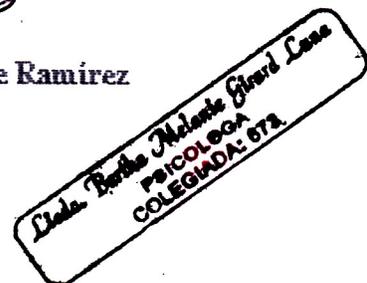
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del Informe Final de Investigación Titulado: "PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL GUATEMALA", elaborado por las Estudiantes:

Belinda Solares Pop Carné No.: 9515098
Telma Irene Soto Henríquez Carné No.: 9517999

El trabajo fue realizado a partir del 24 de julio del año dos mil doce, previo a obtener el Título de la Carrera de Licenciatura en Psicología. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,


Licenciada Bertha Melania Girard Luna de Ramirez
ASESORA
Colegiado Activo No.: 673



BMGLdR/susy
c.c.archivo



PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS
12 avenida 12-72, zona 1 PBX 2424-1717
Guatemala, Centro América
www.pdh.org.gt



Guatemala, 2 de Octubre de 2012

Licenciado:

Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano
Presente.

Licenciado García:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes: Belinda Solares Pop, Carné No. 9515098 y Telma Irene Soto Henríquez, Carné No. 9517999, realizaron en esta Institución el estudio de diez casos, como parte del trabajo de investigación titulado: **"PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA COMO APOYO A NIÑOS Y NIÑAS VICTIMAS DE MALTRATO INFANTIL, QUE ASISTEN A LA PROCURADURIA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD CAPITAL, GUATEMALA"**. En el periodo comprendido del diecisiete al veintisiete de septiembre del presente año, en horario de ocho a once horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación. Por lo que agradecemos la participación y colaboración en beneficio de nuestra Institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Licda. Ana Ingrid Verally García García
Jefe de la Unidad de Maltrato
Procuraduría de los Derechos Humanos

Ana Ingrid Verally García García
Jefa Unidad de Maltrato
Procuraduría de los Derechos Humanos

Teléfono: 24241717
Ext. 1859

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Por Belinda Solares Pop

Bertha Melanie Girard De Ramírez

Licenciada en Psicología

Colegiado 4,444

Por Telma Irene Soto Henríquez

Karla Emy Vela Díaz

Licenciada en Psicología

Colegiado 726

Marco Antonio García Enríquez

Licenciado en Psicología

Colegiado 5950

ACTO QUE DEDICO

Por **Belinda Solares Pop**

A DIOS

Fuente de sabiduría, guía espiritual, consuelo y fortaleza

A MIS PADRES

José Domingo Solares Navarro, Josefina Pop De Solares, mil gracias por la oportunidad que me dieron de obtener este triunfo, gracias por sus esfuerzos, dedicación y comprensión, a ustedes dedico este momento especial en nuestras vidas.

A MIS HERMANAS (OS)

Alma, Arturo, Georgina, Ana Josefina, María Victoria y Juan Domingo. Los exhorto a que luchan por sus ideales.

A MIS SOBRINOS

Lourdes María, Gerson Emanuel, Katerin Dayana, María Maite, José Juan y María del Rocío como muestra de superación mi ejemplo.

A MIS AMIGOS (AS)

Sofía Rafael, Lorena Lara, Alitza Loaiza, Jessica Rosales, Hugo Herrera, Marco Najarro, Misly, Jorge Mario Ortiz, Luis Arauz, Willian Raxón, Daniel Quiñonez, Tito Barrios Ceballos, Juan Rodríguez, Santiago Jacinto, Fernando Curup, Teresa Ariza, Jhonny Gramajo, Verónica Sánchez, Telma Soto y Rey Bernárdez Castillo por brindarme su amistad sincera e incondicional.

ACTO QUE DEDICO

Por Telma Irene Soto Henríquez

A DIOS Y A LA VIRGEN DE GUADALUPE

Por acompañarme siempre, guiar mis caminos y sobre todo por darme la bendición de llevar a cabo mis sueños.

A MIS PADRES

Thelma y José Manuel, por enseñarme a luchar por mis sueños, por ser lo que soy, por el amor incondicional, la comprensión y todo el apoyo que me han brindado.

A MI HIJO

Onaldo José, por ser mi inspiración y mi estímulo para seguir adelante.

A MIS HERMANOS

Ligia y Juan José, por el amor incondicional, y por el ejemplo que me han dado.

A MIS SOBRINOS

En especial a William, Diego, Sara y Dana.

A MIS AMIGAS

Nissely, Isabel, Clarita, Georgina, Natalia, Rosalinda, Belinda, Magali, Mimi, Evelyn, por los momentos compartidos, el cariño y en especial por el apoyo que he encontrado en ellas.

A MIS PADRINOS

Por la paciencia, el cariño, el apoyo y las enseñanzas que me han brindado.

A UN ÁNGEL

Por enseñarme a ver que el universo sigue y tiene tantas cosas lindas y maravillosas para ser compartidas.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por brindarnos las herramientas necesarias para poder alcanzar esta meta.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por permitirnos adquirir los conocimientos necesarios y poder llevarlos a la práctica en todos los ámbitos.

A LA PROCURADURIA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE GUATEMALA

Por permitirnos realizar nuestro trabajo de campo, en especial a Licda. Ana Ingrid García y Licda. Evelyn Pivaral, de la Unidad de Maltrato y al Lic. Valdemar Zetina.

A LICENCIADA BERTHA MELANIE GIRARD DE RAMÍREZ

Gracias por su amistad y asesoramiento en la realización de esta tesis.

A LICENCIADA ANA LUCÍA DE LEÓN CUSTODIO

Gracias por su apoyo.

A LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA ENRÍQUEZ

Gracias por su apoyo incondicional, por creer y confiar en nosotras.

INDICE

	Pág.
Resumen	
Prólogo	
Capítulo I.	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Teórico	
1.2.1 Antecedentes Históricos del Maltrato Infantil y El Abuso Sexual	4
1.2.2 Maltrato Infantil y Abuso Sexual.....	6
Clasificación	
Maltrato Físico.....	6
Maltrato por Negligencia o Abandono.....	7
Maltrato Emocional o Psicológico.....	7
Abuso Sexual.....	8
1.2.3 Indicadores Emocionales, Físicos Y de Comportamiento.....	8
1.2.4 Condición Emocional que Presenta el Niño.....	9
1.2.5 Personalidad Característica del Agresor.....	11
1.2.6 Psicoterapia Breve de Emergencia	
1.2.6.1 Historia de Psicoterapia.....	12
1.2.6.2 Definición.....	14
1.2.7 Funciones del Equipo	
Multidisciplinario.....	15
1.2.7.1 Actividades del Equipo Multidisciplinario.....	16
1.2.8 Derechos universales.....	17
1.2.9 Leyes de protección.....	18
1.3. Hipótesis.....	22

Capítulo II. Técnicas e Instrumentos	
2.1 Técnicas.....	23
2.2 Instrumentos.....	23
Capítulo III. Análisis e Interpretación de Resultados	
3.1 Características del lugar y la población.....	25
3.2 Análisis Cuantitativo.....	26
3.3 Análisis Cualitativo.....	37
Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones	
4.1 Conclusiones.....	39
4.2 Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43

Título: Psicoterapia Breve de Emergencia como apoyo a Niños y Niñas víctimas de Maltrato Infantil, que asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos de la Ciudad Capital, Guatemala

Autoras: Belinda Solares Pop
Telma Irene Soto Henríquez

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con niños y niñas comprendidos entre la primera y segunda infancia, (1 a 12 años) cada niño y niña presentó diferente tipo de maltrato (físico, emocional, por abandono o negligencia y abuso sexual), siendo así, fue una muestra no homogénea, se realizó un estudio de casos, para tratar en forma individual las manifestaciones emocionales, conductuales y físicas.

Al aplicar Psicoterapia Breve de Emergencia, a cada uno de los niños y niñas, se observó que se minimizaron síntomas o desadaptaciones que presentaban, lo cual ayudo a cada uno de ellos a reafirmar la autoestima, autoconcepto de sí mismo autocontrol, en un corto tiempo. Se elaboró una historia clínica, la cual fue aplicada al inicio para obtener toda la información concisa y precisa de cada caso recibido. Seguidamente se aplicó una hoja de observación directa, la cual consistía en cinco tipos de trastornos (conductuales, alimentación, sueño, fisiológicos y de lenguaje), en ella se hacia un chequeo en la premisa que el niño o la niña manifestaba, y en base a ello se brindo la psicoterapia breve de emergencia.

Se puede decir que la Psicoterapia Breve de Emergencia se utiliza muy pocas veces en nuestro ámbito por lo que en esta investigación narramos los beneficios de la misma en el estudio de casos de niños y niñas víctimas de maltrato infantil y de que manera llegan a manejar sus emociones.

PRÓLOGO

La investigación de estudio de casos, se realizó con el propósito de brindar apoyo psicológico a niños y niñas víctimas de maltrato infantil.

El maltrato infantil es un problema social que todos debemos conocer y enfrentar, afecta a un alto porcentaje de familias, sin distinción de niveles sociales, económicos, culturales y religiosos. A las víctimas les cuesta mucho relatar lo que les sucedió, pues tienen miedo, vergüenza, y por lo general tienden a culparse de la situación. Debido a esto, es que dentro de nuestra sociedad difícilmente es reconocido el maltrato infantil, pues se cree que son formas de educar a los niños dentro del hogar, escuela o comunidad.

El interés de realizar el estudio, fue debido a que todo tipo de maltrato conlleva a un desajuste emocional, al cual se le debe de brindar atención psicológica inmediata para que el niño o niña no presente secuelas (miedos, fobias, agresividad, vergüenza, ira, rencor, cólera, odio entre algunos), por esta razón se aplicó la Psicoterapia breve de Emergencia siendo una alternativa, que se utilizó para minimizar síntomas o desadaptaciones que exigieron el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa, siendo limitada a pocas sesiones, aplicada a cualquier clase de problemas emocionales, dirigiéndose a un fin determinado de igual manera que las demás psicoterapias, Se utilizó como medida preventiva proporcionando resultados más efectivo y reales.

Para los psicoterapeutas fue de gran satisfacción el observar los cambios conductuales positivos que manifestaron los niños y niñas de igual manera el orientar al padre de familia a como sobrellevar la situación presentada.

Belinda Solares Pop
Telma Irene Soto Henríquez

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación se realizó en la Procuraduría de los Derechos Humanos ubicada en la 12 avenida 12-72 zona 1, ciudad de Guatemala, para contribuir a la niñez víctima de maltrato infantil, se brindó apoyo psicológico breve de emergencia. El objeto de estudio se detectó en guarderías, escuelas, colegios, casas o iglesias, durante la realización de prácticas psicológicas, experiencias laborales, convivencias familiares y religiosas. Los sentimientos que surgieron en este camino fueron de frustración e impotencia al no poder intervenir en los casos de maltrato.

El problema surgió de la necesidad de observar cuando un niño o niña ha sido víctima de algún tipo de maltrato infantil, en ese momento presenta una “Crisis Emocional”, la cual no es tratada en el momento por dos razones, una por que el niño o niña no lo dicen por que se siente culpable, atemorizado y avergonzado y segundo porque sí comenta lo que le sucedió, no les creen. El Maltrato Infantil produce en la víctima baja autoestima, agresividad, irritabilidad, timidez, miedo, entre algunas conductas y diversos estados emocionales, cuando el maltrato no es tratado psicológicamente provoca que la víctima no sane emocionalmente y al momento de ser adulto presenta una conducta agresiva y repetitiva, llegando hasta ser una persona antisocial y/o delincuente. Este sería un gran problema para el niño víctima de maltrato infantil, para la familia, la comunidad y la sociedad, es necesario que realicen la denuncia y a la vez que lleven al niño o niña para brindarle tratamiento psicológico. Es importante que lo reciban en el instante para disminuir los estados emocionales que presenta (no sentirse culpable, no sentir miedo o vergüenza). A este tratamiento se le llama Psicoterapia Breve de Emergencia, el objetivo de su aplicación es ayudarlos a restablecer su salud mental y superar el trauma vivido.

La Psicoterapia Breve de Emergencia se caracterizó por ser limitada a pocas sesiones, puede ser aplicada a cualquier clase de problemas emocionales, se dirigió un fin determinado de igual manera que las demás psicoterapias, provee ayuda en situaciones psicológicas difíciles, puede utilizarse como medida preventiva y proporciona un resultado más efectivo y real que en la psicoterapia a largo plazo, puede ser económica a comparación de otros tipos de psicoterapias. Para las familias de escasos recursos es mejor proporcionarles psicoterapia breve de emergencia puesto que no cuentan económicamente para llevar un tratamiento

a largo plazo, es mas factible que asistan una o dos veces a la semana por dos o tres semanas.

Se detectó que el maltrato infantil se da en todo ámbito no importando clase social, raza, religión, cultura. Entre las tipos de maltrato infantil a abordar se encuentran: Maltrato físico: es toda relación de poder que se ejerce con el uso de la fuerza y violencia sobre el cuerpo de la víctima, por parte del agresor, con la intención de castigar, disciplinar o educar produciendo lesiones internas/externas o ambas. Maltrato por negligencia o abandono: este ocurre cuando la persona o encargada del cuidado y crianza del niño no satisface sus necesidades básicas. Maltrato emocional o psicológico: se produce a través de expresiones de desprecio o de rechazo, críticas excesivas, retiro del afecto, falta de atención. Abuso Sexual: Se produce cuando un adulto usa su poder sobre un niño para llevarlo a una actividad de tipo sexual.

Se observó que las manifestaciones conductuales, físicas y de comportamiento en cada niño y niña son completamente diferentes, por lo tanto hacen sospechar que ha sido víctima de maltrato. Es necesario clasificar los indicadores emocionales y conductuales, además describir la personalidad del abusador. Como entes trabajadores por la salud mental de las personas, es muy importante orientar a todo niño y niña victima de maltrato infantil, permitiendo de esta manera ayudar a su persona, a su familia y sociedad, así en el futuro sean personas de provecho, con una salud integral y de bienestar.

Guatemala es un país que vive en medio de una crisis generalizada de violencia y limitaciones económicas, que vienen a influir de manera directa en el diario vivir de todos los guatemaltecos. Estas limitaciones crean frustración al no cubrir las necesidades básicas de las personas y en otras ocasiones fracaso personal y violencia.

De carácter histórico cultural se determina que cuando hay maltrato y violencia en el hogar, la mayoría de las veces es porque los padres traen una historia personal donde también fueron víctimas de maltrato, asumiendo que ese patrón de crianza es el único o mejor medio para educar y construir una vida para sus hijos. Se crea entonces un círculo vicioso, afectando a los seres más indefensos de la familia, quienes reciben insultos y golpes de parte del agresor (a).

El maltrato infantil en nuestro país no se encuentra tipificado como un delito, considerándose como de ámbito social privado y reconocido como simple abuso hacia los niños. Las autoridades asignan pocos recursos para su detección y atención. “En términos generales se considera maltrato infantil a todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afectan la salud física o mental (maltrato físico, por negligencia, emocional y sexual), que ejercen sobre los niños las personas responsables de su cuidado, tales como sus padres, cuidadores, familiares, vecinos maestros, empleados y la comunidad en general.

A los niños maltratados se les culpabiliza y con ello agrava su pesar, su vergüenza y el sentimiento de soledad al no ser protegido a veces ni siquiera considerando cierto su testimonio. Como consecuencia al hacer la denuncia muchas veces la víctima si es mayor de seis a siete años pasa de ser víctima a agresor, pues se convierte en “culpable” de propiciar un castigo para el ofensor. Esta condición significa un doble peso para la víctima ya que debe cargar la culpa, además del dolor y la humillación de haber sido atacado.

Debido a que muchas víctimas no delatarán a su agresor/a abiertamente por temor o represarías o a empeorar la situación, existen varios indicadores o señales que permiten detectar una posible situación de maltrato infantil.

El propósito principal de esta investigación fue demostrar que la terapia breve de emergencia minimizó síntomas o desadaptaciones que exigieron el alivio más rápido por su naturaleza destructora o peligrosa, reafirmando su autoestima, autoconcepto de sí mismo y su autocontrol, en un corto tiempo. A un total de 10 pacientes entre ellos 4 niños y 6 niñas víctimas de maltrato infantil.

Este informe final se desarrolló en los siguientes capítulos:

Capítulo I: se sustenta por medio de las bases teóricas el concepto de Maltrato Infantil, sus antecedentes históricos, su clasificación de los distintos tipos, indicadores emocionales físicos y de comportamientos, condición emocional que presenta el niño o niña, personalidad característica del agresor, psicoterapia breve y su historia, los derechos universales de la niñez y leyes que la protegen.

Capítulo II: se presentan las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos y la metodología empleada mediante el proceso, técnicas y procedimientos a lo largo de la investigación.

Capítulo III: se realizó una presentación del análisis cuantitativo y cualitativo e interpretación de los resultados por medio de cuadros y gráficas, en los cuales se mostró el avance que presentaron cada uno de los casos individuales después de haber recibido psicoterapia breve de emergencia, niños y niñas víctimas de maltrato infantil.

Capítulo IV: aparecen las conclusiones y recomendaciones alcanzadas a través del desarrollo del trabajo de investigación.

La Procuraduría de los Derechos Humanos refiere a todos los casos a distintas entidades para su tratamiento individual o familiar, a la Procuraduría General de la Nación (PGN), Ministerio Público (MP) de acuerdo a la gravedad de la denuncia presentada, y en los casos en donde solamente necesitaban atención

y orientación psicológica se les envía a los centros de salud aledaños y hospitales nacionales.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL MALTRATO INFANTIL Y EL ABUSO SEXUAL

La historia del maltrato infantil y abuso sexual ocurre desde que el ser humano se encuentra sobre la tierra, por lo tanto debe entenderse y aceptarse que éste es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma y no característica peculiar de la sociedad moderna. Representa en seguida una breve semblanza de los hechos que fundamentan estas afirmaciones.

“Aristóteles señalaba que un “niño o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” lo habitual en la Grecia y Roma de aquel tiempo era que el padre o madre tenía poder sobre la vida o muerte de los hijos, y no podían entregarlos a un tercero y abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno. Además hubo un tiempo en que se azotaba a los niños cristianos en el día de los inocentes para recordarles la masacre de Herodes al intentar maltratar al niño Jesús. En algunas civilizaciones el infanticidio era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos por ejemplo en Esparta se les lanzaba de la cima del monte Taigeto y en la India se les consideraba instrumentos del diablo y por ello eran destrozados, en China el promedio de procreación era de tres hijos/as y para efectuar una especie de control de natalidad el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes, también Martín Lucero ordenó que los niños con retardo mental fuesen ahogados, esto por creer que eran instrumentos del diablo, también los autores del libro “Niños Maltratados” Ruth S. Kempe y Mery Kempe, comentan que en las ciudades de Tiro y Sido se sacrificaban a los niños para calmar la vida de los Dioses. Los Moravitas, Amonitas y Fenicios rendían adoración al Dios Moloch quién tenía figura de hombre y cabeza de ternero con una parrilla en su mano derecha, construido de bronce y vacío por dentro, el cuál se rellenaba de combustible y cuando la parrilla se encontraba al máximo de caliente se colocaba en ella a niños vivos de ese modo los sacrificaba, en China, a las niñas llegando la noche, se les colocaba en las puertas de la ciudad para que los lobos se las comieran”¹. Howard (1998) definió al niño maltratado como aquella persona que se encuentra en el período de vida comprendido desde la concepción hasta los 18 años que es objeto de acciones u omisiones intencionales que le producen lesiones físicas o emocionales, muerte o cualquier daño, provocado por personas mayores que por cualquier motivo tengan relación con él.

¹ DE LEON, Perla; Maltrato Infantil y sus consecuencias Psicobiológicas; CONACMI, Guatemala, 2003; Pp. 1-2

El parlamento Europeo define el maltrato infantil como toda violencia no ocasional contra la integridad física y/o psíquica del niño, o la privación de cuidados de parte de sus padres o cuidadores que conlleven perjuicio hacía él dificultando su desarrollo normal.

Así podríamos seguir describiendo infinidad de relatos que a través de la historia se ha realizado en contra de los niños, pero mas importante es definir que el maltrato infantil a sido y sigue siendo una práctica que afecta física, emocional y socialmente a nuestra niñez.

Guatemala aún vive en medio de una crisis generalizada, la cual es fuente de innumerables limitaciones económicas y espirituales entre su población. Ello conlleva a una fuente de frustración, a un incremento de violencia y maltrato, pero sobre todo en los procesos de deshumanización en la interacción personal. En ese fenómeno son los niños y jóvenes los que más daño y sufrimiento padecen. Es posible afirmar que, en lo relativo al maltrato a los niños, éste se ve acrecentado en la medida que las relaciones sociales posean un carácter violento y pierdan su sentido humanizador.

En términos generales, el maltrato puede definirse como “la fuerza intensa e impetuosa, el abuso de la fuerza o la coacción ejercida sobre una persona para obtener satisfacción”². Además, se le puede conceptualizar como “Toda acción u omisión por parte de un sujeto individual o colectivo, que perjudique los derechos que todo menor de edad tiene a crecer y desarrollarse, independientemente de que esta acción u omisión sea producto de negligencia, ignorancia o incapacidad, o que ocurra en la intimidad del hogar o en el contexto general del estado o sociedad”³.

En términos del maltrato en nuestro país, el problema no está solamente en el hecho en que ocurra, sino en las inadecuadas e inexistentes medidas que se han tomado hasta ahora para evitarlo o entenderlo adecuadamente. Médicos, legisladores y organismos encargados de velar por la niñez sólo se han ocupado del asunto tardía o marginalmente. Esa falta de respuesta del estado constituye otra de las formas de violencia, en este caso estructural, del que son víctimas la niñez y la juventud. En otras palabras, es desde el nivel macrosocial las medidas que constituyan a su atención y superación.

“En nuestro país no se cumplen las leyes que proceden ayudar al niño y niña victima de maltrato infantil, ya que en la legislación éste no está tipificado como delito, considerándose como de ámbito social privado y reconocido como “simple abuso” hacia los niños y niñas.”⁴

² Diccionario Larousse 2008

³ CEBALLOS, Silvia; Detección de casos de maltrato a la niñez; CONACMI, Guatemala, 2006; Pp. 24

⁴ GARAVITO, Marco Antonio; Denuncia legal del maltrato infantil; Editorial Magna Terra, Guatemala, 2000; Pp. 10

Las autoridades aducen desconocimiento de maltrato infantil en nuestro país y asignan pocos recursos para su detección y atención. En general hay pocos estudios y análisis de las diversas causas que lo provocan y aún menos metodologías desarrolladas para su eficaz diagnóstico y tratamiento, con lo que pasa desapercibido en las diferentes instituciones que tiene relación con la niñez e incluso en las que tienen como encargo la atención de ese tipo de casos.

A pesar de los esfuerzos que se han estado realizando a través de la Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil (CONACMI) y la Procuraduría de los Derechos Humanos de la niñez, así como de parte de otras instituciones la demanda de atención y prevención del maltrato infantil es enorme y desbordan los precarios recursos y experiencias que se tienen al respecto.

1.2.2. MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL

“En términos generales se considera maltrato infantil a todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afectan la salud física o mental (entre ellas el maltrato físico y psicológico, el abuso y la explotación sexual, la negligencia, abandono y las injusticias de todo orden), que ejercen sobre los niños las personas responsables de su cuidado, tales como los padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general”.⁵

CLASIFICACIÓN

Los tipos de **maltrato infantil** se pueden clasificar desde varios puntos de vista. Uno de ellos es el del Consejo Internacional contra Abuso de Menores, el cual los clasifica de la siguiente manera:

Maltrato: es todo comportamiento originado en una relación de poder que lesiona los derechos de un menor de edad. Es el uso indebido, excesivo e injusto del mismo. Su elemento básico es el poder.

Maltrato físico: Se define como toda relación de poder que se ejerce con el uso de la fuerza y violencia sobre el cuerpo de la víctima, por parte del agresor, con la intención de castigar, disciplinar o educar produciendo lesiones internas/externas o ambas. Esta forma de maltrato es muy frecuente, el golpe es considerado como un medio de corrección hacia los hijos e hijas, el cual es variado y socialmente aceptado. El castigo crónico no severo es también maltrato físico, pero su impacto no depende del grado de intensidad sino de la frecuencia con que se aplica.

⁵ MARTINEZ, Roig; Maltrato y abandono de la Infancia; Editorial Martínez Roca, Barcelona, 2003; Pp. 38

Maltrato por negligencia o abandono: Este ocurre cuando la persona o encargada del cuidado y crianza del niño no satisface sus necesidades básicas según la ley de Protección Integral 2003 (alimentación, vestido, educación atención médica), teniendo la posibilidad y los recursos necesarios para hacerlo.

En la mayoría de los casos el descuido provoca retardo en el desarrollo del niño, enfermedades que pudieron prevenirse y es considerado como una forma de abandono. Es un proceso que se inicia

Maltrato emocional o psicológico: Esta es la forma de maltrato más difícil de identificar pues no deja marcas visibles en el cuerpo. Se produce a través de expresiones de desprecio o de rechazo, críticas excesivas, retiro del afecto, falta de atención, insultos o mensajes destructivos como “No sirves para nada” “Eres inútil” “Tonto”, daña el autoestima o el desarrollo potencial de un niño (ley de protección Integral 2003). Se da cuando existe:

1. **Maltrato Verbal:** Los padres, madres o encargados comunican su hostilidad mediante comentarios sarcásticos, despectivos y burlones sobre su aspecto o personalidad, o condescendientes dirigidos o referidos al niño.
2. **Carencia de Respeto por los límites personales:** El padre, madre o cuidador invade su privacidad, ya sea tocándoles inapropiadamente o husmeando sus pertenencias (correos, diarios, mochilas, fotografías, ropa).
3. **Amenaza de Abandono:** Se presenta cuando el padre, madre o encargado amenaza al niño de enviarlo con algún familiar (cerca o lejos del lugar en que reside) y de abandono, asustándolo innecesariamente, muchas personas lo usan como medida disciplinaria y son causas muy frecuentes de fobia a la escuela y de enfermedades psicosomáticas y otros síntomas.
 - a. **Privación de Afecto y Rechazo:** Se da cuando el padre, madre o cuidador han sufrido falta de afecto durante sus años de formación, por lo que carecen de las herramientas emocionales para ofrecer afecto a sus hijos. Se sienten temerosos para brindar afecto o atención, evadiendo contacto emocional.
 - b. **Permisividad Excesiva:** Es un tipo de negligencia emocional, evita que el niño desarrolle controles internos sobre su conducta. Los padres o cuidadores no proveen suficiente control en el niño por lo cual no saben cual es el límite.
 - c. **Sobreprotección:** Esta actitud de los adultos limita las experiencias a las que están expuestos los niños, no permitiéndoles las herramientas emocionales para enfrentar la vida, esta conducta genera por lo tanto una dependencia.

- d. Valores, patrones de crianza rígidos y restrictivos: Esta actitud de los padres o cuidadores limita el adecuado desarrollo de los niños, porque no permite el desarrollo del pensamiento y la inteligencia y no existe otro pensamiento que no sea el del adulto.

Abuso Sexual: Se produce cuando un adulto usa su poder sobre un niño para llevarlo a una actividad de tipo sexual. El abusador puede engañar, amenazar o utilizar la fuerza física para convencerle u obligarle a participar en esta actividad.

“Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad”⁶.

1.2.3. INDICADORES EMOCIONALES, FÍSICOS Y DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO O NIÑA VICTIMA DE MALTRATO INFANTIL

Es importante detectar e identificar **indicadores de maltrato infantil** cuanto antes y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo. Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales físicas y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a lo que llamamos indicadores.

Maltrato físico

Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes facies de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño a sido golpeado desde distintas direcciones.

Quemaduras: de puros o cigarros; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelos en nalgas, genitales, e inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejen señal (parrilla, plancha, etc.).

Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas facies de cicatrización, fracturas múltiples; cualquier fractura de un niño menor de dos años.

Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos: en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

⁶ Antúñez, Manolo; Abuso Sexual al Menor; México, 2004, Pp. 42

Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.

Mordedura humana: huella del adulto en diferentes partes del cuerpo del niño.

Intoxicación: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos) o alimentos (chile).

Negligencia o abandono

Descuido general: trastornos de alimentación; obesidad, bajo peso, hambre permanente, desnutrición. Higiene; aseo personal (baño diario, cepillado de dientes, corte de uñas, etc.). Vestuario; vestimenta inadecuada de acuerdo las condiciones climáticas. Enfermedades; sin atención y sin seguimiento médico. Trastornos del sueño. Problemas de aprendizaje escolar, inasistencia escolar o falta de educación. No estar inscritos en el Registro Civil, por lo que legalmente no existe, incumplimiento de prestaciones civiles y económicas. Carencia afectiva.

Emocional y Psicológico

Retardo en el desarrollo cognitivo, retardo en el crecimiento físico, desnutrición, anorexia y bulimia, obesidad, afecciones de la piel, asma, enfermedades alérgicas, enfermedades pépticas, problemas psicosomáticos, hipocondría, trastornos de sueño, fobias, trastornos del lenguaje, llanto injustificado, carencia afectiva.

Abuso Sexual

Desordenes de la alimentación, miedo a dormir solo, terrores nocturnos (pesadillas), ansiedad, enuresis (diurna y nocturna), encopresis, regresión del lenguaje, aislamiento, excesiva masturbación, posturas sexuales agresivas, hiperactividad, cambios conductuales (casa, escuela), miedo a estar solo, pobre autoestima, se queja de dolor y/o picazón en zona genital.

1.2.4. CONDICIÓN EMOCIONAL QUE PRESENTA EL NIÑO O NIÑA VÍCTIMA DE MALTRATO INFANTIL

Debe considerarse la edad y condición emocional de la víctima para decidir la manera de abordarla. Puede presentarse:

1. EN CRISIS: Durante las crisis las personas se sienten en peligro (real o imaginaria) entonces se paraliza, **pierden la confianza en sí mismas y tienen dificultad para resolver sus problemas**. Su percepción de la realidad es confusa e incompleta y por eso no logran tomar decisiones

aceptadas, lo que puede significar que la situación se complique. Cuando una persona está en crisis, como primer paso se debe ayudar a calmarse, esto probablemente se puede a través de cualquier técnica de relajación. Muchas veces únicamente con pedirles que respiren profundo y saquen el aire despacio varias veces se logra estabilizarlos. (Cuando las personas están en silencio, muchas veces les sirven para ordenar sus ideas es importante no presionarlas, ni de palabra ni con gestos que desvíen el mensaje negativo). Posterior a este ejercicio, se podrán a llorar en silencio, hay que permitirles ese espacio; después de esta situación, se podrá conocer la desencadenante de la crisis, como se siente, que ideas tiene en relación a la experiencia dolorosa que está viviendo.

2. AGRESIVO O ENFADADO: El enojo o enfado es una respuesta natural al sentimiento de ser agredido que los seres humanos debemos aprender a canalizar en forma constructiva. Los niños agresivos básicamente tienden a sentirse no amados, rechazados y despreciados, creen que no tienen lo necesario para establecer y mantener el interés de los demás en ellos. Esta falta de sentido básico de conexión con otras personas importantes en su vida les hace reaccionar en forma hostil. **Temen que los demás también les vean como insignificante, sin valor como personas e incluso repulsivos.** Y esta imagen negativa de si mismos les impulsa a explotar. El niño agresivo expresa su malestar y hace obvios sus problemas, en comparación con el que se los reserva y sufren silencio. Su tratamiento requiere de experiencia profesional por lo que no siempre es posible que la persona que atiende el primer contacto logre realizar la reunión en tales condiciones; puede hacer una referencia. Muchas veces los niños ceden ante una persona que se muestra segura, calmada y que no y que no intenta presionarles. Que no le hace preguntas, que hace comentarios breves y les asegura que comprende que se sienten muy mal. Que espera que descargue su malestar sin permitirle lastimar a nadie y le acompaña solidariamente. Un caso especial es el niño que dirige su agresión contra si mismo y no contra otras personas. Puede morderse, arañarse, golpearse contra la pared, lastimarse con objetos filosos y generalmente no lloran cuando reciben un golpe de alguien. Estos niños/as quieren morir y actúan en forma autodestructiva; su conducta puede indicar intento suicida, aunque finalmente no lo logre realizar. En estas condiciones el tratamiento profesional es una urgencia, por lo que debe insistirse en su referencia inmediata.
3. SILENCIOSO: En Ocasiones se encuentran niños que no platican espontáneamente y no responden a preguntas que se les hacen o lo hacen con monosílabos (sí, no, no sé, a veces, etc.). Esta actitud puede deberse a rasgos de personalidad o a escasa experiencia para utilizar

lenguaje oral como forma de comunicarse. Y en otras oportunidades es porque se sienten asustados por la situación o temen que se repitan sus experiencias negativas con adultos. **Pueden sentir desconfianza y no estar dispuestos a establecer contactos con facilidad.** Generalmente estar frente a un niño callado o inaccesible puede causar incomodidad, la persona que le atiende debe aprender a tolerar esta situación y a transmitirle a la víctima que no le molesta su silencio y que lo respeta. Debe aprender a aceptar las respuestas breves o cortantes, sin mostrar disgusto o ansiedad. No insistir en conseguir un diálogo en el que ella o él hable constantemente para llenar el vacío, pues esto agobiará a la víctima y no le ayudará en nada. Los silencios poseen información y sin palabras, se pueden comunicar con gestos o miradas. Es útil aprender a comprender este lenguaje para no insistir en recabar datos sino crear un ambiente de aceptación y solidaridad.

4. ESTABLE: Si el niño se presenta en condición estable podrá observarse tranquilo y confiado (posiblemente porque la crisis no es reciente). Se puede iniciar el contacto con algunas preguntas o comentarios que buscan la comunicación, como por ejemplo, en relación con su escuela, familia, actividad preferida, etc. El clima de la sesión debe ser cordial, sin formalismos y evitando que parezca un interrogatorio. Los comentarios que hace el niño/a sobre estos temas triviales no deben anotarse, pues romperían el ambiente relajado que se está intentando crear. Después de este momento la persona que atiende habrá de enterarse brevemente de lo que sucede al niño y ponerle a través de un equipo profesional.

1.2.5. PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA DEL AGRESOR⁷

Pobre Desarrollo Emocional

- ✓ Inmadurez
- ✓ dependencia
- ✓ necesidad de afecto

Baja Autoestima

- ✓ baja-pobre autoestima
- ✓ escasa autoconfianza
- ✓ sensación de incompetencia
- ✓ hipersensible
- ✓ pobre auto identidad

⁷ LAMBERTO, Silvio; Maltrato Infantil; Editorial Universidad Rivadeneira, Buenos Aires, Argentina, 2006, Pp. 81

Aislamiento Emocional

- ✓ aislamiento
- ✓ falta de empatía y afecto
- ✓ desconfiado
- ✓ dificultad matrimonial

Soledad Depresiva

- ✓ deprimido/a
- ✓ sentimiento depresivos crónicos
- ✓ apático
- ✓ triste e infeliz
- ✓ temor a estar solo.

Bajo control de la Agresividad

- ✓ agresión pobremente controlada
- ✓ agresividad.

1.2.6. PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

1.2.6.1. Historia de la Psicoterapia Breve de Emergencia

Se puede determinar sus orígenes de Sigmund Freud, pues en 1906 resolvió satisfactoriamente el caso del director de orquesta Bruno Walter, en 6 sesiones y en 1908 curó de impotencia al compositor Gustavo Mahler en una sesión de 4 horas; dos de sus discípulos Sandro Ferenczi y Otto Rank, publicaron en 1925 el desarrollo del psicoanálisis en donde propusieron establecer límites de tiempo, focalizar el tratamiento y una postura más activa por parte del terapeuta para contrarrestar la pasividad del paciente. El primero subrayó la importancia de la franqueza, la empatía y la colaboración en la relación entre paciente y terapeuta, el segundo la activación de la separación activa por el establecimiento de un tiempo en que finalizaba la terapia así como la motivación del paciente para el cambio. Wood, en una propuesta reciente (2003) propone el enfoque terapéutico utilizado por otros discípulos de Freud y Alfred Adler, como una forma de Psicoterapia Breve, que consta de 20 sesiones y aun menos. Alexander y French (1946), en su libro *Terapia Psicoanalítica principios y aplicaciones*, cuestionaron la necesidad de un tiempo prolongado de terapias, además de una actitud terapéutica que permitiera al paciente vivir “una experiencia emocional correctiva” flexible y que ajustará la duración y la frecuencia de las sesiones, evitando así la dependencia del paciente y el desarrollo de la neurosis de transferencia. A partir de 1938, retomaron el trabajo de Ferenczi y Rank, realizando su actividad de manera

sistemática con la participación de nueve psicoanalistas más, sus ideas causaron gran controversia, lo que provocó fueran ignoradas por mucho tiempo, fue hasta el período de 1960 a 1980 que se le dio importancia a la psicoterapia breve. Los principales representantes de este período fueron: David Malan, James Mann, Peter Sifneos y Habib Davanloo. Estos cuatro terapeutas desarrollaron formas de psicoterapia basadas en un modelo teórico intrapsíquico. Malan (1983) utiliza la técnica psicoanalítica utilizando la interpretación del triángulo del insight (el conflicto nuclear infantil se manifiesta en los problemas del paciente existiendo una conexión entre los patrones desadaptativos recurrentes presentes en la transferencia y los patrones de las relaciones pasadas y presentes) y del triángulo del conflicto (constituido por las pulsiones, las defensas y la angustia). Davanloo en 1978 desarrolló la psicoterapia intensiva breve con orientación dinámica cuya estrategia permite penetrar la barrera defensiva a través de una combinación de confrontación e interpretación constante, la confrontación produce sentimientos intensos que traen a la consciencia pensamientos, recuerdos y sentimientos inconscientes. El papel del terapeuta es el de “un sanador implacable”. A diferencia de otras formas de terapia breve esta permite el abordaje de distintos conflictos y el manejo de pacientes con psicopatología crónica y grave. La psicoterapia de tiempo limitado propuesta por James Mann (1973), consiste en 12 sesiones sosteniendo que un número concreto de sesiones enfrenta al paciente a elementos inconscientes relacionados con el paso del tiempo. El paciente revive con su terapeuta de forma sana la unión y la separación de la figura parental que le ha fallado y que se vive, por lo mismo con ambivalencia y culpa. Peter Sifneos (1992) estructuró una forma de psicoterapia breve que denominó “provocadora de angustias”, utilizando criterios de selección muy estrictos y el uso de interpretaciones dirigidas a un solo conflicto de tipo edípico. El número de sesiones entre 6 y 10, y que se determine en las primeras entrevistas y el papel del terapeuta se ha descrito como el de un maestro que puede ver a través de las resistencias del paciente.

Otros autores de una forma de psicoterapia breve y de emergencia son Leopold Bellak y Leonard Small (1970-1988), **Bellak** denominó a esta “**psicoterapia breve intensiva y de urgencia**”,⁸ la cual consta de 6 sesiones, abarcando 10 trastornos psiquiátricos: depresión, suicidio, estados psicóticos agudos, enfermedades físicas, sucesos catastróficos, fobias, pánico, sentimientos de irrealidad del yo y del mundo,

⁸ Bellak M. D. Leopold y Small S. D. Leonard; Psicoterapia Breve de Emergencia. Traducción Mauricio González de la Garza. México, 2004. Pp. 141

1.2.6.2 Definición de Psicoterapia Breve de Emergencia

Es un tratamiento psicológico de problemas de naturaleza emocional, utilizado para minimizar síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa, obteniendo mayor resultado desde la primera sesión terapéutica, en la que interviene terapeuta-paciente, con el objeto de promover un desarrollo positivo de la personalidad.

Los componentes de la psicoterapia breve son: el Psicoterapeuta (analista, consejero), cliente/paciente (alguien que sufre por mala adaptación, síntomas, solicita la atención) y proceso/relación (debe ser ética, objetiva, confidencial, segura, sin juicio, profesional y responsable).

Los objetivos generales de la psicoterapia breve son: fomentar el Insight, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, designar tareas, lograr cambios, promover el crecimiento.

Los objetivos específicos de la psicoterapia breve son: aumentar la capacidad para tomar decisiones vitales, aumentar el autoconocimiento o el Insight, facilitar la comunicación y la relaciones interpersonales, modificar procesos corporales, lograr cambios en el medio ambiente, reducir la presión emocional y facilitar la expresión de sentimientos internos, liberar el potencial de desarrollo y crecimiento de la personalidad, cambiar hábitos, modificar estructuras cognitivas.

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro de su entorno. No debe de olvidarse que en la psicoterapia breve debe existir: un encuadre, en donde se establezca el horario, espacio, honorario, etc.; marco teórico, objetividad, ética, método. El proceso terapéutico lleva una sistematización, es un proceso que consiste en tres fases: **Fase inicial**, puede durar varias sesiones y en esta se incluyen: la historia clínica, el encuadre, el motivo de consulta, diagnóstico, rapport, y se va ha genera el vínculo entre paciente y terapeuta. **Fase intermedia**, se trabaja el conflicto, se elige el tipo de tratamiento y comenzará la intervención. **Fase final**, es el cierre.

Los que busca la psicoterapia es fortalecer defensas, mejorar la estabilidad del yo y restaurar el equilibrio perdido. No busca el Insight profundo. Se limita a pocas sesiones (de 4 a 6 sesiones), puede utilizarse como medida preventiva, suele ser económica a comparación de otros tipos de psicoterapias.

1.2.7. FUNCIONES QUE DEBE REALIZAR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN

PSICÓLOGO(A): Su labor es velar por la conducta y la psiquis que presenta cada niño que es víctima de maltrato infantil.

- Observa
- Entrevista
- Realiza visitas domiciliarias e informe de las mismas (en casos requeridos)
- Brinda asesoría psicológica en crisis a través de sesiones psicoterapéuticas.
- Apoya en el área legal durante las medidas de protección y alimentación para menores.
- Asiste a instituciones educativas para dictar charlas de violencia intrafamiliar, maltrato, abuso sexual, conductas inapropiadas etc.).

Trabaja conjuntamente con el **PSIQUIATRA**, quién evalúa y diagnóstica a nivel neurológico los casos de niños maltratados; y con la **TRABAJADORA SOCIAL** quién descarta o confirma el diagnóstico utiliza su criterio profesional. Una vez confirmado el maltrato y la variante de este, se reúne con el equipo multidisciplinario para discutir el caso y plantear las acciones a realizar.

En los casos de maltrato infantil, es recomendable que todos los profesionales del equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadora social, psicólogos, abogados, recepcionista) asuman una actitud positiva ante las diferentes situaciones que enfrentan, no hay que olvidar que el agresor que maltrata a niños y niñas, son personas con graves conflictos emocionales, o bien con diversas patologías. La actitud del profesional debe ser objetiva, imparcial, de aceptación y respeto hacia la persona entrevistada y/o probable agresor, el profesional del equipo de salud, nunca debe juzgar ni culpar, porque el castigo al maltrato no es de su competencia. Toda información debe manejarse con suma discreción y los comentarios acerca del caso, solo deben hacerse en las reuniones con los profesionistas involucrados, evitando interpretaciones negativas, el etiquetar a las personas y la existencia de conflictos con los familiares que se sienten vigilados, acechados y/o rechazados por el personal.

Todo equipo multidisciplinario debe:

- ✓ Brindarse apoyo mutuo a través de canales efectivos de comunicación.
- ✓ Compartir información.
- ✓ Tomar decisiones conjuntas.
- ✓ Planear acciones.
- ✓ Proporcionar atención integral.

1.2.7.1 Actividades del Equipo Multidisciplinario dentro de la Institución

- a. Incrementar y mejorar las estrategias de sensibilización, dirigidas al grupo de profesionales e instituciones en el área de la salud. Igualmente fortalecer los controles en la calidad de la atención de esta misma área.
- b. Coordinar y ejecutar la actualización del personal que labora en el área de salud, en el tema del maltrato infantil
- c. Implementar actividades de promoción del buen Trato y de prevención, identificando e interviniendo factores de riesgo de maltrato.
- d. Planear, controlar y evaluar actividades realizadas.
- e. Conocer y difundir las competencias de las instituciones involucradas en la atención jurídico legal y de protección en general a la niñez.
- f. Participar en el diagnóstico de casos y explorar los diferentes tipos de maltrato y sus posibles combinaciones.
- g. Realizar un adecuado estudio de los casos para lograr una óptima intervención disciplinaria (incluida la visita domiciliaria para confirmación y seguimiento).
- h. Orientar, según el caso, la intervención de los profesionales.
- i. Velar por el correcto diligenciamiento de los registros, en los casos de maltrato infantil atendidos.
- j. Hacer las remisiones y contra-remisiones pertinentes en cada caso.
- k. Orientar e informar a los familiares y al paciente, sobre el proceso de atención; teniendo presente el respeto de la confidencialidad.
- l. Educar al menor y al adulto responsable, sobre la importancia de cumplir con las prescripciones de cada una de las especialidades.
- m. Elaborar, en conjunto con la familia y el personal de salud, planes integrales de rehabilitación que favorezcan una mejor comprensión y relación con el niño.
- n. Notificar a las autoridades competentes, la existencia de un caso de maltrato detectado en el servicio.
- o. Velar por que los instrumentos de referencia y contra referencia, sigan el curso adecuado.

En la Institución se encuentran los porteros, cajeros, aseadores, secretarias y otros empleados, quienes son claves en la recepción de casos de maltrato infantil. Ellos, son la parte "externa" de la institución, por lo tanto deben brindar un trato amable a las personas que llegan. Deben tener buena disposición y saber brindar la orientación adecuada. El trato brindado debe expresar ayuda, apoyo solidaridad y respeto. Deben participar en talleres de sensibilización y capacitación para la detección y recepción de casos de maltrato.

1.2.8. DERECHOS UNIVERSALES DEL NIÑO

El 24 de Octubre de 1945, mediante la Carta de San Francisco, se crea la organización de las Naciones Unidas (ONU), cuya importancia radicó en que de ella emanaron el 11 de diciembre de 1947, el Fondo Internacional de Socorro de la Infancia (UNICEF), el 10 de octubre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos y once años después, el 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de la ONU aprueba la Declaración Universal de los Derechos del Niño, que señala la necesidad que tiene el niño por su falta de madurez física y mental, de ser protegido y cuidado desde su concepción hasta su completo desarrollo. La intención de este documento es la de proveer al niño de una infancia feliz, con el goce de derechos y libertades, instando a la sociedad y al estado a reconocerlos y ejercerlos mediante acciones y definiciones legales que se resumen en diez enunciados:

1. Igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad.
2. Protección especial para su desarrollo físico, mental, espiritual y social.
3. Un nombre y una nacionalidad.
4. Derecho a la salud, la alimentación, la vivienda y el recreo.
5. Educación y cuidados especiales para el niño física y mentalmente disminuido o con impedimento social.
6. Derecho a la comprensión, y al amor por parte de sus padres y de la sociedad.
7. Educación gratuita y disfrute del juego.
8. Primero en recibir ayuda, protección y socorro en caso de desastre.
9. Protección contra el abandono y explotación en el trabajo.
10. Formación de un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.

En 1979 (Año Internacional del Niño), se inicia la elaboración de la convención de los Derechos de los Niños, la cual concluye el 20 de noviembre de 1989 y tuvo como característica fundamental el reconocimiento y ratificación de casi todos los países del mundo. Su amplia aceptación sirvió para incrementar el protagonismo de los niños en las sociedades y promover el respeto de sus derechos.⁹ Contiene como puntos relevantes los siguientes principios rectores:

1. No a su discriminación (artículo 2).
2. El interés superior del niño (artículo 3).
3. Supervivencia y desarrollo del infante (artículo 6).
4. Participación activa (artículo 12).

⁹ LOREDO ABDALÁ, A; Maltrato al menor; Acta Pediátrica; México, 1998, Pp. 19

1.2.9 LEYES QUE VELAN Y PROTEGEN A LA NIÑEZ EN GUATEMALA

En nuestro país las leyes y el apoyo jurídico del menor maltratado han tenido un avance, como lo mencionamos a continuación:

DECRETO NÚMERO 27-2003

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO: Que es deber del Estado garantizar y mantener a los habitantes de la Nación en el pleno goce de sus derechos y de sus libertades, siendo su obligación proteger la salud física, mental y moral de la niñez y la adolescencia, así como regular la conducta de adolescentes que violan la ley penal.

CONSIDERANDO: Que el Decreto Número 78- 79 del Congreso de la República, Código de Menores, ha dejado de responder a las necesidades de regulación jurídica en materia de la niñez y la adolescencia, y que es necesaria una transformación profunda de la ley para proveer a los distintos órganos del Estado ya la sociedad en su conjunto de un cuerpo jurídico que oriente adecuadamente el comportamiento y acciones en favor de tan importante sector Social, conforme lo establece la Constitución Política de la República y los tratados, convenios, pactos internacionales en materia de derechos humanos aceptados y ratificados por Guatemala.

CONSIDERANDO: Que es necesario promover el desarrollo integral de la niñez y adolescencia guatemalteca, especialmente de aquellos con sus necesidades parciales o totalmente insatisfechas, así como adecuar nuestra realidad jurídica al desarrollo de la doctrina y normativa internacional sobre la materia.

CONSIDERANDO: Que nuestro país suscribió el 26 de enero de 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual fue aprobada por el Congreso de la República el 10 de mayo del mismo año, y que dicho instrumento internacional proclama la necesidad de educar a la niñez y adolescencia en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, e igualdad, para que como sujetos de derechos se les permita ser protagonistas de su propio desarrollo, para el fortalecimiento del estado de derecho, la justicia, la paz y la democracia.

POR TANTO: En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171 literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala.

DECRETA:

**LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA
TITULO II
DERECHOS HUMANOS
CAPITULO II
DERECHOS SOCIALES
SECCION IV
DERECHO A LA PROTECCION CONTRA EL TRÁFICO ILEGAL,
SUSTRACCION,
SECUESTRO, VENTA y TRATA DE NIÑOS, NIÑAS y ADOLESCENTES**

ARTICULO 50. Seguridad e integridad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la protección contra el secuestro, el tráfico, la venta y trata para cualquier fin o en cualquier forma. El Estado deberá desarrollar actividades y estrategias de carácter nacional, bilateral y multilateral adecuadas para impedir estas acciones.

SECCION V

DERECHO A LA PROTECCION CONTRA LA EXPLOTACION ECONOMICA

ARTICULO 51. Explotación económica. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra la explotación económica, el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso para su salud física y mental o que impida su acceso a la educación. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos por el Estado, la familia y la sociedad a fin de que tengan acceso a la educación, el deporte, la cultura y la recreación propia a su edad, en beneficio de su salud física y mental.

SECCION VII

DERECHO A LA PROTECCION POR EL MALTRATO

ARTICULO 53. Maltrato y agravios. Todo niño, niña o adolescente tiene el derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión, punibles por la ley, ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales. Asimismo, tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivos o psico-sociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia ya la comunidad. Deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario.

ARTICULO 54. Obligación estatal. El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de: **a) Abuso físico:** que ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con un niño, niña o adolescente, le inflige daño no accidental, provocándole lesiones internas, externas o ambas. La relación de poder se da cuando existe una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor. **b) Abuso sexual:** que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra aun niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual. **c) Descuidos o tratos negligentes:** que ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña o adolescente, no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la posibilidad de hacerlo. **d) Abuso emocional:** que ocurre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño, niña o adolescente. Cualquier persona que tenga conocimiento sobre un hecho de los descritos anteriormente deberá comunicarlo de inmediato a la

autoridad competente más cercana, quien a su vez deberá realizar las diligencias pertinentes a efecto de que se sancione drásticamente a los que resultaren responsables de los mismos.

ARTICULO 55. Obligación de denuncia. El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones.

SECCION VIII DERECHO A LA PROTECCION POR LA EXPLOTACION y ABUSOS SEXUALES

ARTICULO 56. Explotación o abuso sexual. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual, incluyendo:

- a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual.
- b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico.
- c) Promiscuidad sexual.
- d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables.

CAPITULO III PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS A TRAVES DE LA DEFENSORIA DE LA NIÑEZ y LA ADOLESCENCIA

ARTICULO 90. Creación. Se crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, cuyas facultades son la defensa, protección y divulgación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ante la sociedad en general, así como el efectivo cumplimiento de las disposiciones que en esta materia precisa el ordenamiento jurídico nacional, la Constitución Política de la República, y otros convenios, tratados, pactos y demás instrumentos internacionales en materia de derechos humanos aceptados y ratificados por el Estado de Guatemala.

ARTICULO 91. Dependencia. La Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia depende directamente del Procurador de los Derechos Humanos y Procuradores adjuntos.

ARTICULO 92. Funciones. La Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia tendrá las siguientes funciones: a) Proteger los derechos humanos de la niñez y la adolescencia establecidos en la Constitución Política de la República, los convenios, tratados, pactos y demás instrumentos internacionales aceptados y

ratificados por Guatemala, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño y otras disposiciones legales vigentes, mediante la investigación de denuncias presentadas o tramitadas de oficio en relación a la violación de tales derechos, a efecto de determinar las responsabilidades, ordenar la cesación de las violaciones ocurridas y promover las medidas o denuncias que procedan ante los órganos competentes. b) Velar porque las autoridades encargadas de brindar protección a los niños, niñas y adolescentes cumplan con sus atribuciones y que en su actuación se atiendan lo dispuestos en la Convención sobre los Derechos del Niño. c) Supervisar instituciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden a niños, niñas y adolescentes, para verificar las condiciones en que éstas se encuentran, a efecto de que se adopten las medidas pertinentes en la protección de niños, niñas y adolescentes, así como darle seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones formuladas. d) Coordinar acciones de manera interinstitucional, gubernamental y no gubernamental a nivel nacional e internacional, especialmente con aquellas que brindan protección a niños, niñas y adolescentes. e) Realizar acciones de prevención tendientes a proteger los derechos humanos del niño, niña y adolescente por medio de pláticas, conferencias, seminarios, foros, videos, cortos de televisión, radio y prensa escrita. f) Coordinar con el Director de Promoción y Educación de la Procuraduría de los Derechos Humanos, acciones encaminadas a promover y educar a la población infantil, joven y adulta en relación con los derechos y deberes del niño, niña y joven y sus mecanismos de protección elaborando para el efecto material didáctico apropiado, reproduciendo y publicando el mismo y logrando que tanto padres de familia como maestros lleven a cabo acciones multiplicadoras para difundir tales derechos. g) Representar y acompañar al Procurador de los Derechos Humanos, cuando éste lo disponga, en actividades relacionadas con niños, niñas y adolescentes tanto a nivel nacional como internacional. h) Proveer al Procurador de los Derechos Humanos, la información de soporte necesaria a efecto de que éste proponga ante el Ministerio de Educación, un programa de readecuación curricular que contenga la educación en derechos humanos a nivel nacional con énfasis en los derechos de la niñez y la adolescencia. i) Coordinar con las asociaciones y sindicatos magisteriales acciones y programas de educación en derechos humanos de la niñez y la adolescencia. j) Otras funciones y atribuciones que aunque no figuren expresamente son inherentes a esta Defensoría.

ARTICULO 93. Leyes especiales. Para los efectos de trámite de las denuncias presentadas o acciones iniciadas de oficio se deberá actuar de conformidad con lo establecido en la Ley, la Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la República y del Procurador de los Derechos Humanos, los reglamentos correspondientes y las disposiciones de carácter interno emitidas por el Procurador.

1.3 HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo:

La psicoterapia breve de emergencia mejora los estados conductuales y emocionales del niño, niña víctima de maltrato infantil.

Hipótesis Nula:

La psicoterapia breve de emergencia no mejora los estados conductuales y emocionales del niño, niña víctima de maltrato infantil.

Variables, Definiciones e Indicadores

a) Variable Independiente: Psicoterapia Breve

Es un tratamiento psicológico de problemas de naturaleza emocional, utilizado para minimizar síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa, obteniendo mayor resultado desde la primera sesión terapéutica.

Indicadores

- ✓ Causa y efecto
- ✓ Aquí y ahora
- ✓ Terapeuta-Paciente

b) Variable Dependiente: Maltrato Infantil

Maltrato infantil son todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afectan la salud física o mental (entre ellas el maltrato físico y psicológico, el abuso y la explotación sexual, la negligencia, abandono y las injusticias de todo orden), que ejercen sobre los niños las personas responsables de su cuidado, tales como los padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general.

Indicadores

- ✓ Problemas de conducta
- ✓ Problemas de alimentación
- ✓ Problemas del sueño
- ✓ Problemas fisiológico
- ✓ Problemas del lenguaje

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas:

Observación Directa: Consiste en un proceso de percepción conducido sistemáticamente siguiendo directrices lógicas y con atención, esta técnica fue dirigida a niñas y niños con el objetivo de obtener información precisa sobre el tipo de maltrato que presentó, permitiendo detectar los tipos de conductas y emociones presentadas al inicio y finalización del tratamiento psicoterapéutico. Los indicadores que se evaluaron fueron problemas conductuales, problemas de alimentación, problemas del sueño, problemas fisiológicos y problemas del lenguaje.

Historia Clínica: Es un instrumento clínico, de uso legal y de investigación, que reúne todos los “datos disponibles, que permiten describir y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio del problema. Se basó en 5 apartados a evaluar siendo estos: desarrollo/crecimiento, personales, familiares, educativos y sociales.

2.2. Instrumentos:

En esta investigación, se verificó la importancia de la Psicoterapia Breve y de Emergencia en casos atendidos de niñas y niños víctimas de Maltrato Infantil, por lo que se utilizó para la realización del estudio de casos individuales los siguientes instrumentos.

Hoja de observación directa: Proceso de percepción conducida sistemáticamente siguiendo directrices lógicas y con atención dirigida a un objeto determinado. Las partes que conformaron este instrumento fueron: Encabezado de la Universidad San Carlos De Guatemala, Centro Universitario Metropolitano, Escuela de Ciencias Psicológicas, seguidamente datos generales nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, domicilio, religión y escolaridad y el tercer apartado constó de 5 columnas evaluándose al inicio del tratamiento psicoterapéutico y al final del mismo por medio de un cheque (), la primera columna: Trastornos de la Conducta constaba de 23 apartados, la segunda columna: Trastornos de Alimentación consistía de 4 apartados, la tercera columna: Trastornos del Sueño incluía 4 apartados, la cuarta columna: Trastornos Fisiológicos constituida por 2 apartados y la quinta columna: Trastornos del Lenguaje tenía 6 apartados, todos los apartados de cada columna constaba de un punto, en forma individual el valor de la columna era de un 100%, y en forma global cada una de las columnas tuvo un valor del 20% para formar un total del 100%. Luego se procedió a realizar un análisis de cuantos apartados fueron superados por el paciente, para determinar el avance obtenido en

cada columna y en forma global, llegando a concluir que uno de los trastornos más recurrentes fue el conductual repercutiendo mayormente en el autoestima, miedo, frustración y ansiedad, seguidamente el trastorno de sueño presentado por pesadillas y por último el trastorno fisiológico presentado por enuresis, Observándose con menor incidencia los trastornos de alimentación y lenguaje. (Ver anexo # 1).

Historia clínica: Es un instrumento clínico, de uso legal y de investigación, que reúne todos los “datos disponibles, que permitió describir y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio del problema. Consistió en seis apartados, apartado I, datos generales (datos que identifican al paciente, sin incluir nombres propios, edad, sexo, lugar y fecha de nacimiento, escolaridad, religión y dirección), seguidamente los datos de los padres o persona encargada de su cuidado, siendo estos nombre, edad, ocupación y escolaridad. Apartado II, motivo de consulta, que consistió en solicitar por que razón o circunstancia se encontraba en el lugar. El III apartado historia del desarrollo, en el se evaluaron varios aspectos, desde la etapa de gestación, hasta la etapa en que se encuentra actualmente. IV apartado historia familiar, en ella se evaluaron la convivencia que existía entre padres, hermanos y demás miembros de la familia (abuelos, tíos, primos). El apartado V historia escolar, en el se evaluó su desarrollo cognitivo e intelectual, las relaciones interpersonales entre maestros y compañeros de estudio. En el IV historia social, en el se evaluó como se relacionaba con personas fuera de su familia. vecinos, escuela y la comunidad en general. A través de ella se verifico si existió algún antecedente de maltrato, los datos prescritos sirvieron para corroborar la información proporcionada por ambas partes. (Ver anexo # 2).

CAPITULO III

Análisis e Interpretación de Resultados

3.1 Características del lugar y de la población:

La presente investigación se realizó en la Procuraduría de los Derechos Humanos también conocida como PDH, en la Unidad de Maltrato, ubicada en la 12 avenida 12-72, zona 1, ciudad. Siendo una Institución del Estado de Guatemala, que vela por el cumplimiento de los Derechos Humanos, de acuerdo a la Constitución Política. Busca que no se violen las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que gozan todas las personas y que no pueden ser vulneradas. La Procuraduría de los Derechos Humanos se basa en dos conceptos esenciales: Procuración (da amparo o protección contra una agresión o daño ya perpetrado o ya perpetrarse) y Victimología (relación víctima-victimario, implica que debe atenderse a la víctima de cualquier tipo de violencia o discriminación que pudiera ser objeto). La PDH esta integrada por nueve defensorías: Adulto Mayor, del Debido Proceso y del Recluso, de la Mujer, del Trabajador, de las Personas con Discapacidad, de la Niñez y Adolescencia, de la Población Migrante, de los Pueblos Indígenas y del Medio Ambiente y del Consumidor. Esta dirigida por el Lic. Jorge De León Duque. Atienden a niño, jóvenes, adultos y ansianos, de diversos niveles socioeconómicos, procedentes del área urbana y rural.

Para esta investigación se tomó a 10 niños para el estudio de casos, entre las edades de 3 a 12 años de edad, víctimas de maltrato infantil (abuso sexual, negligencia o abandono, psicológico y emocional, físico) referidos por Licda. Ana Ingrid García García de la Unidad de Maltrato al área de psicología, son evaluados y remitidos por Licda. Evelyn Pivaral a la Procuraduría General de la Nación (PGN), Ministerio Público (MP) de acuerdo a la gravedad de la denuncia presentada, en los casos en donde solamente necesitaban atención y orientación psicológica se les remitía a los centros de salud aledaños y hospitales nacionales.

Con el propósito de dar a conocer que la Psicoterapia Breve y de Emergencia es funcional en casos de niños y niñas víctimas de maltrato Infantil, de un nivel educativo preescolar y primario, con una situación económica baja y media. Se realizó una serie de actividades psicoterapéuticas a 6 niñas y 4 niños, comprendidas entre las edades de 3 a 12 años, el tratamiento se basó en 4 sesiones con una duración de 50 minutos. En cada estudio de casos se evaluaron los trastornos de conducta, de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje.

A continuación se muestran los datos de los resultados obtenidos en la aplicación de Psicoterapia Breve de Emergencia.

3.2 Análisis Cuantitativo

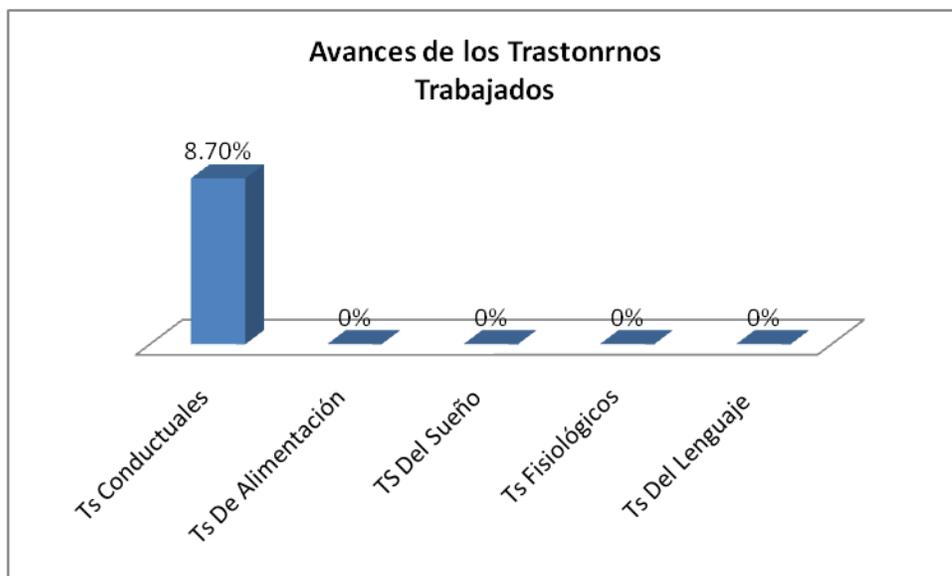
Cuadro No. 1
Distribución de la Población

Caso No.	Sexo	Edad	Ts de Conducta	Ts de Alimentación	Ts del Sueño	Ts Fisiológicos	Ts del Lenguaje	Puntaje Total	Porcentaje	Tipo de Maltrato
1	F	12	2	0	0	0	0	2	5.13%	Negligencia /abandono y físico
2	F	5	2	0	0	0	0	2	5.13%	Negligencia /abandono y físico
3	M	3	4	0	0	0	0	4	10.25%	Negligencia /abandono y físico
4	F	9	3	0	1	0	0	4	10.26%	Emocional y Psicológico
5	F	3	2	0	0	0	0	2	5.13%	Negligencia /abandono y físico
6	M	12	2	0	1	0	0	3	7.70%	Físico
7	M	10	4	0	0	0	0	4	10.25%	Abuso Sexual
8	M	12	6	0	1	1	0	8	20.51%	Abuso Sexual
9	F	8	2	0	0	0	0	2	5.13%	Negligencia /abandono
10	F	11	2	0	0	0	0	2	5.13%	Negligencia /abandono

Fuente: Resultados obtenidos en PDH, unidad de Maltrato, Septiembre de 2012 (todos los tipos de maltrato presentan secuelas de maltrato psicológico).

Este es un cuadro general, en el que se incluyó la información de 10 casos estudiados de los diferentes tipos de maltrato infantil (físico, negligencia o abandono, emocional y psicológico, abuso sexual) presentados. Los datos fueron extraídos de la hoja de observación dirigida, de los tipos de trastornos (conductuales, de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje) más relevantes. El porcentaje manifestó el avance de los trastornos trabajados en cada uno de los pacientes.

Gráfica No. 1



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, de paciente de sexo femenino, caso # 1, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

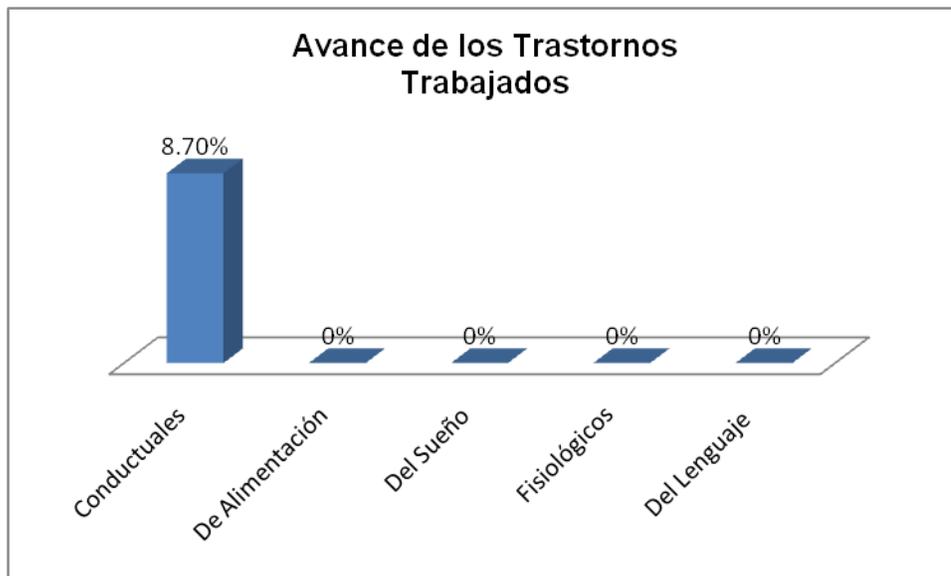
Cuadro No. 2
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	3	1	2	8.70%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	0	0	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	3	3	0	0%
Total	39			2	5.13%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #1, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Los resultados que surgieron en el caso #1, paciente de sexo femenino de 12 años de edad, referida por maltrato abandono/negligencia y físico por parte de su progenitora, logró un avance global fue del 5.13%. En trastornos conductuales al inicio del tratamiento 13.04% y al final 4.25%, mejoró autoestima, ansiedad y desconfianza logró el 8.70% de avance. En los trastornos de alimentación, del sueño, fisiológicos obtuvo 0%. El trastorno del lenguaje es genético.

Gráfica No. 2



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #2, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

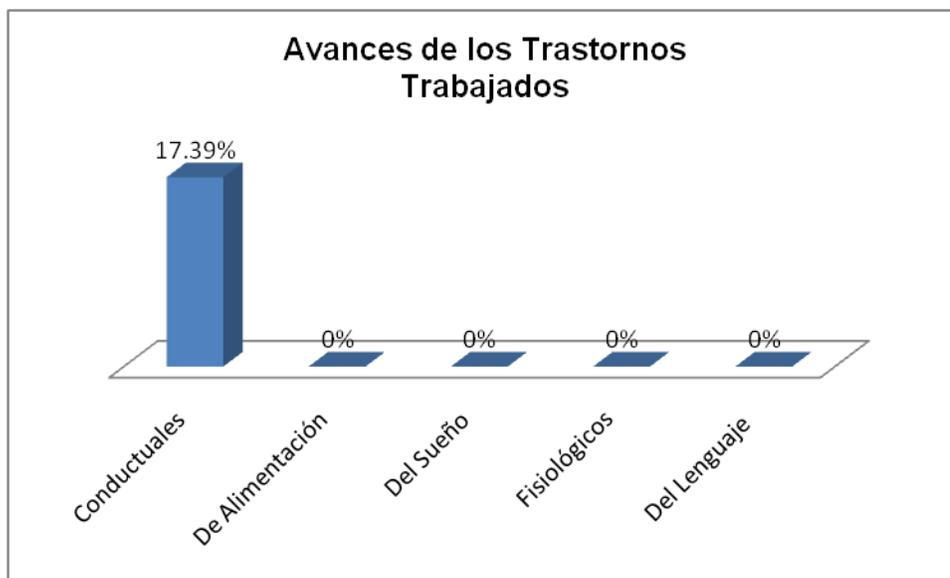
Cuadro No. 3
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	3	1	2	8.70%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	0	0	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			2	5.13%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso 2, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

En el caso #2, los resultados alcanzados por paciente de sexo femenino de 5 años de edad, referida por maltrato abandono/negligencia y físico por parte de su progenitora, fueron de un 5.13% de avance global. En trastornos conductuales al inicio del tratamiento fue de 13.04% y al final 4.35%, mejoró timidez, miedo y ansiedad alcanzó un 8.70% de avance, en trastorno de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje fue del 0%.

Gráfica No. 3



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #3, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

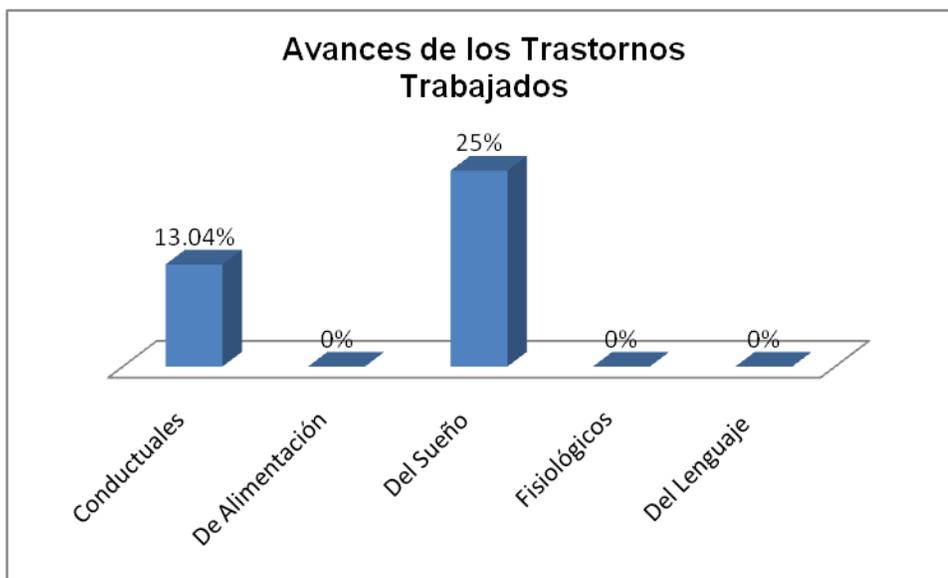
Cuadro No. 4
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	4	0	4	17.39%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	0	0	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			4	10.26%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #3, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Los resultados obtenidos en el caso #3, paciente de sexo masculino de 3 años de edad, referido por maltrato físico y de abandono/negligencia, logró un avance global del 10.26%, en trastornos conductuales al inicio del tratamiento 17.39% y al finalizar el tratamiento el 0%, mejoró timidez, sociabilidad y comunicación logró un avance del 17.39%. En los trastornos de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje dio 0%.

Gráfica No. 4



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #4, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

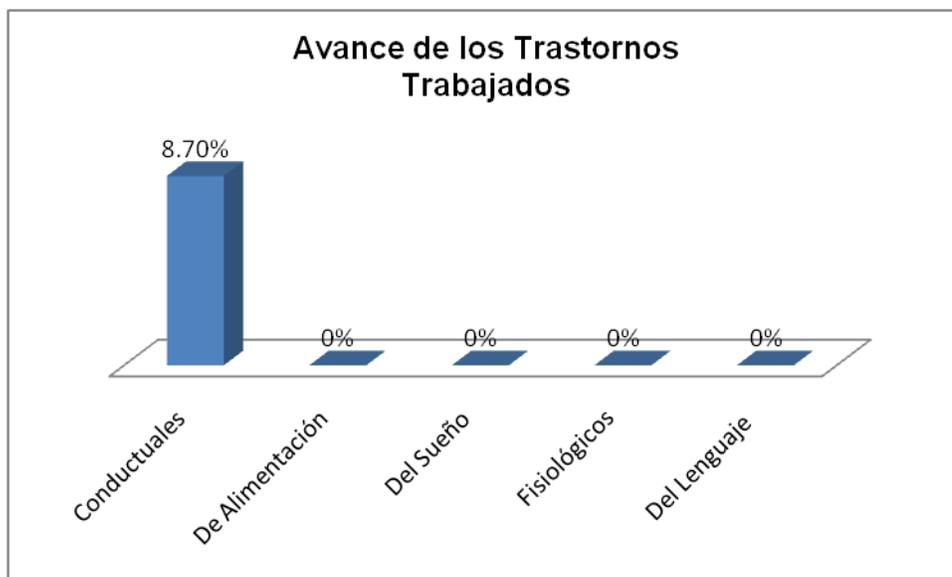
Cuadro No. 5
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	4	1	3	13.04%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	1	0	1	25%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			4	10.26%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #4, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Los resultados obtenidos evidenciaron que en el caso #4, paciente de sexo femenino de 9 años de edad, referida por maltrato emocional y psicológico por parte de su progenitor, alcanzó un avance general del 10.26%. En trastornos conductuales al inicio del tratamiento mostró un 17.39%, al final realizó un 4.35%, mejoró autoestima, miedo y agnosia logró un avance del 13.04%. En Trastorno de alimentación, fisiológicos y del lenguaje fue de 0%, pero en trastorno del sueño al inicio dio un 25%, y al final un 0%, mejoró las pesadillas lo que mostró que su avance era del 25%.

Gráfica No. 5



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #5, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

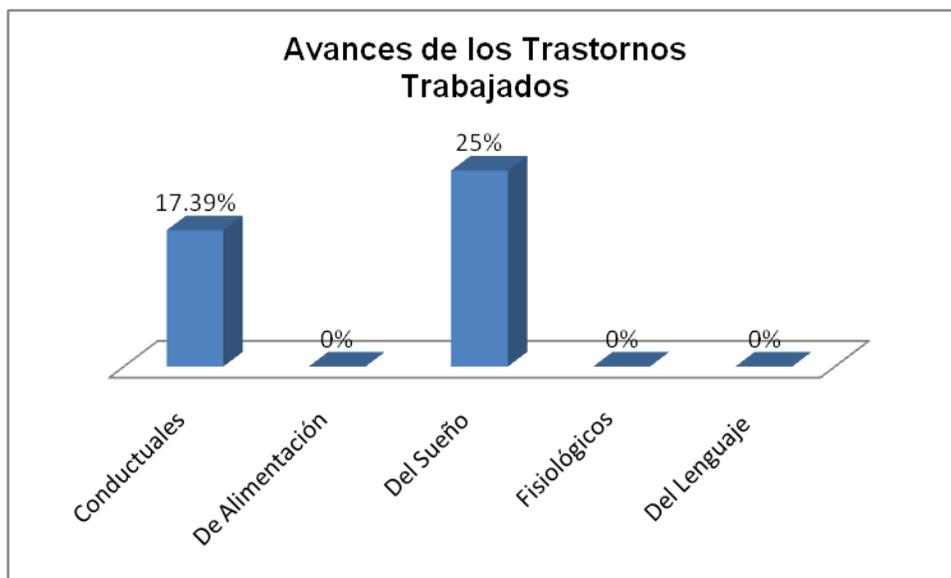
Cuadro No. 6
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	3	1	2	8.70%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	0	0	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			2	5.13%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #5, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

En el caso # 5, paciente de sexo femenino de 3 años de edad, referida por maltrato físico y negligencia/abandono, los resultados mostraron que su avance global fue de el 5.13%. En trastornos conductuales al inicio obtuvo un 13.04%, al final un 4.32%, mejoró su ansiedad, hiperactividad e inatención logró un avance del 8.70%. En los trastornos de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje fue del 0%.

Gráfica No. 6



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #6, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

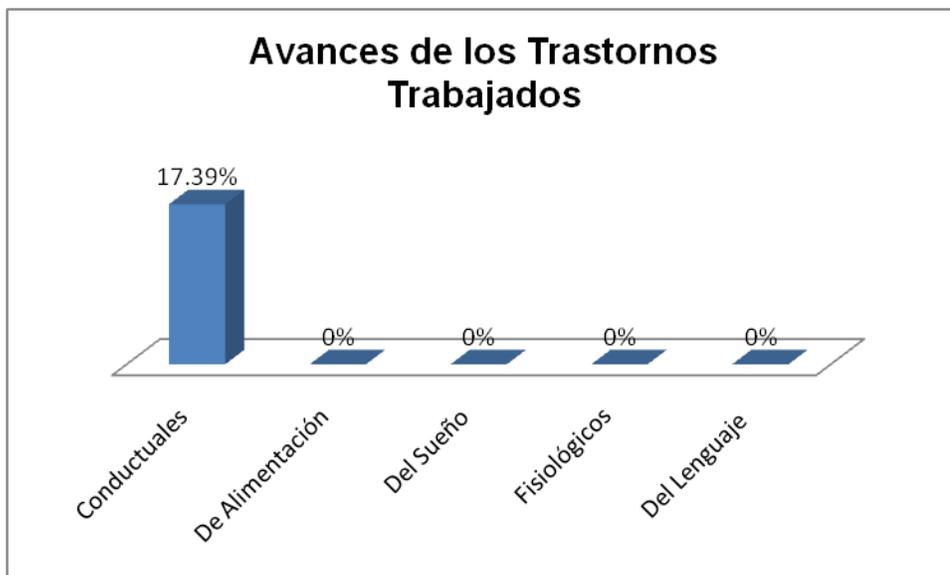
Cuadro No. 7
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	3	1	2	17.39%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	1	0	1	25%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			3	7.70%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #6, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Los resultados alcanzados en el caso #6, paciente sexo masculino de 12 años de edad, referido por maltrato físico, obtuvo un avance global del 7.70%. En trastornos conductuales al inicio del tratamiento dio un 13.04%, al final un 4.35% mejoró agresividad, impulsividad y ansiedad, el avance logrado fue de 8.70%. En trastorno del sueño al inicio fue del 25%, al final un 0%, se ausentaron sus pesadillas, por lo que su avance fue del 25%. En los trastornos de alimentación, fisiológicos y del lenguaje fue del 0%.

Gráfica No. 7



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #7, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Cuadro No. 8
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

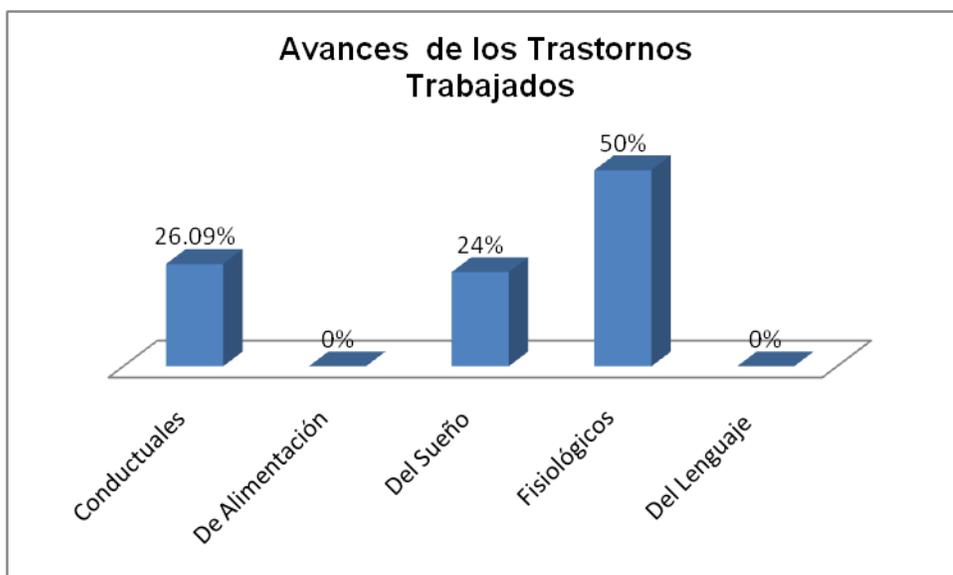
Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	6	2	4	17.39%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	1	1	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			4	10.26%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #7, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Los resultados que se obtuvieron en caso #7, paciente de sexo masculino de 10 años de edad, referido por abuso sexual, alcanzó un avance global del 10.26%, en trastornos conductuales al inicio del tratamiento el porcentaje fue de 26.09% y al final de un 8.70%, logró un avance del 17.39%. Mejoró autoestima, confianza y seguridad. En trastornos de alimentación, fisiológicos y del lenguaje 0%. En trastorno del sueño la conducta al inicio y al final del tratamiento siguió presentando pesadillas por lo que su puntaje fue del 0%.

Caso # 8

Gráfica No. 8



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #8, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

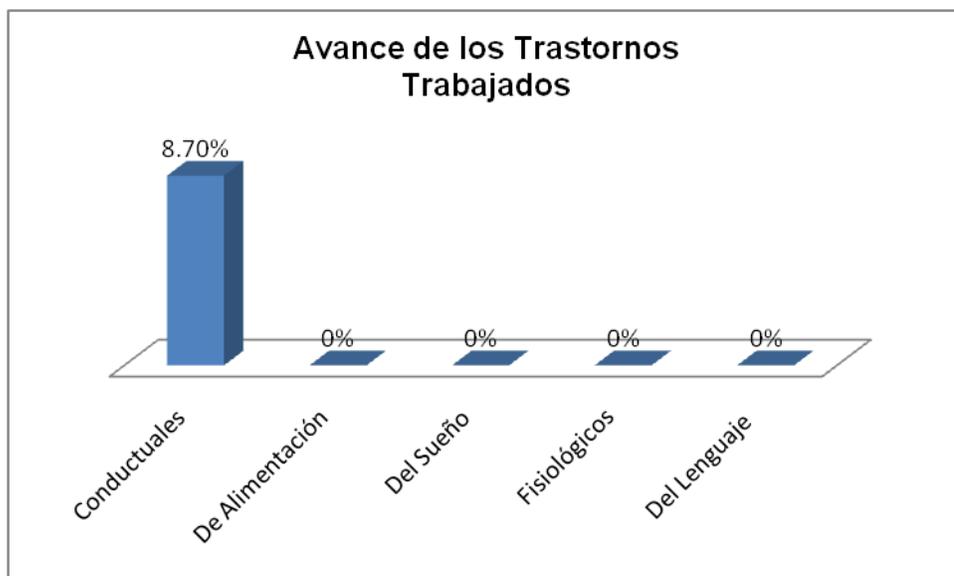
Cuadro No. 9
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	7	1	6	26.09%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	1	0	1	24%
Fisiológicos	2	1	0	1	50%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			8	20.51%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo masculino, caso #8, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Caso #8, paciente de 12 años de edad de sexo masculino, referido por abuso sexual, obtuvo un avance global de un 20.51%, en trastornos conductuales al inicio del tratamiento dio un 30.43%, al final 4.35%, logró un avance del 26.09%, mejoró su autoestima, hipoactividad, frustración, timidez y ansiedad. En los trastornos de alimentación y del lenguaje al inicio y al final dio 0%, en trastorno del sueño al inicio fue de 25% y al final del 0%, superó las pesadillas alcanzó un 25% de avance. En trastornos fisiológicos al inicio dio un 50%, al final 0%, mejoró la enuresis nocturna su avance fue del 50%.

Gráfica No. 9



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #9, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

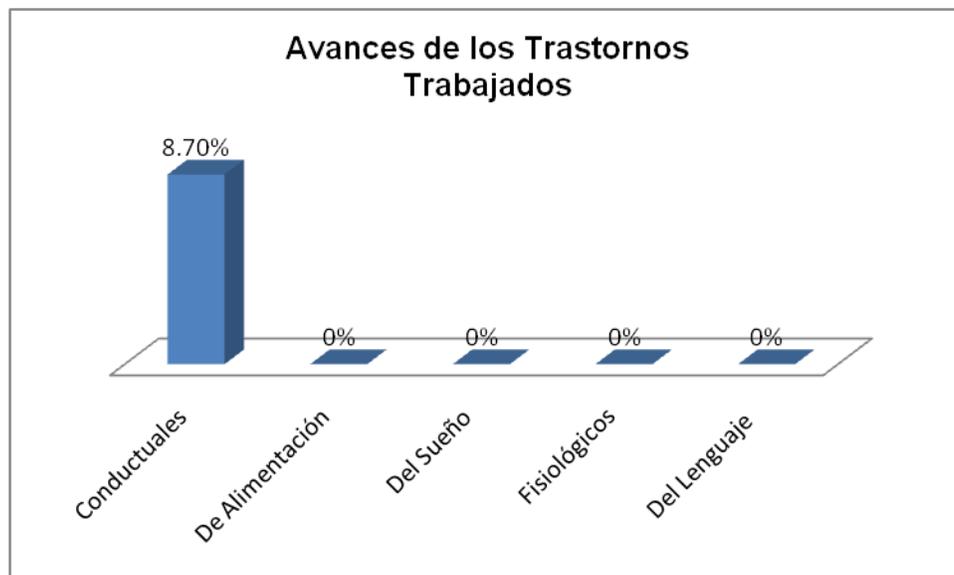
Cuadro No. 10
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	2	0	2	8.70%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	0	0	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			2	5.13%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #9, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Los resultados que se obtuvieron en caso #9, paciente de sexo femenino de 8 años de edad, referida por maltrato por negligencia y abandono. El avance global fue del 5.13%, en trastornos conductuales al inicio dio un 8.70%, al final un 0%, logró un avance del 8.70%. Se detectaron que las conductas de ansiedad, desconfianza y aislamiento fueran superadas. En los trastornos de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje dio un 0%.

Gráfica No. 10



Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #10, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Cuadro No. 10
Porcentajes de los avances en los Trastornos Trabajados

Trastornos Trabajados	Puntos	Inicio Tx	Final Tx	Puntos Realizados	Porcentaje Avance
Conductuales	23	3	1	2	8.70%
De Alimentación	4	0	0	0	0%
Del Sueño	4	0	0	0	0%
Fisiológicos	2	0	0	0	0%
Del Lenguaje	6	0	0	0	0%
Total	39			2	5.13%

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de observación, paciente de sexo femenino, caso #10, de la PDH, Unidad de Maltrato, Septiembre de 2012.

Caso #10, paciente de sexo femenino de 11 años de edad, referida por maltrato por negligencia y abandono, los resultados que alcanzó son de un 5.13% de avance global. En trastornos conductuales al inicio dio un 13.04% y al final un 4.35%, mejorando en desconfianza, ansiedad y onicofagia por lo que logró un avance del 8.70%. En los trastornos de alimentación, del sueño, fisiológicos y del lenguaje obtuvo 0%.

3.3 Análisis Cualitativo

La población que se atendió fueron 10 pacientes, que se encontraban entre las edades de 3 a 12 años de edad, el tratamiento se basó en 4 sesiones con una duración de 50 minutos. Gracias a los datos e información recabada con el uso de la Historia Clínica y la hoja de Observación directa, las cuales fueron analizadas, verificadas y estandarizadas, para brindar los resultados de que la psicoterapia breve de emergencia puede ser utilizada para minimizar síntomas o desadaptaciones.

Caso # 1, paciente de sexo femenino de 12 años de edad, referida por maltrato físico, negligencia y abandono. Se le proporciona psicoterapia breve de emergencia, al inicio del tratamiento se mostró aislada, temerosa, desconfiada y no colaboradora, se trabajaron estas conductas que al final del tratamiento permitieron demostrar seguridad en si misma, se dificultó la comunicación puesto que presentaba un problema genético de sordomudez lo que impedía que su lenguaje fuera fluido. Se da por concluido el caso.

Caso # 2, paciente de sexo femenino de 5 años de edad, referida por maltrato físico, negligencia y abandono. Al inicio del tratamiento se presentó tímida, con miedo, ansiosa, al final del tratamiento supero el miedo y la ansiedad presentada, logrando un avance en la mejoría de estas conductas. Se da por concluido el caso.

Caso # 3, paciente de sexo masculino de 3 años de edad, referido por maltrato físico, negligencia y abandono. Paciente que se encuentra en la etapa anal, apego hacia su progenitora, al inicio del tratamiento se presentó tímido, temeroso, poco sociable, desconfiado se trabajaron estas conductas dando como resultado un niño más sociable, comunicativo y participativo aún demostrando apego hacia su madre. Se da por concluido el caso.

Caso # 4, Paciente de sexo femenino de 9 años de edad, referida por maltrato emocional y psicológico por parte de su progenitor. Al inicio de la terapia presentó autoestima baja, miedo, onicofagia, agnosia y en varias ocasiones pesadillas, dichas conductas fueron trabajadas logrando un mejoría. Se le solicitó a la madre apoyarla en casa y que recibieran terapia familiar.

Caso # 5, Paciente de sexo femenino de 3 años de edad referida por maltrato físico, abandono y negligencia, se brindo la psicoterapia breve para su adaptación con su nueva familia integrada por papá, madrastra y hermanastra. Niña extrovertida, alegre, ansiosa, hiperactiva. Se trabajó hiperactividad e inatención observándose su mejoría. Es referida a centro de salud para recibir terapia familiar.

Caso # 6, Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, referido por maltrato físico por parte de ambos progenitores. Presentó agresividad, impulsividad,

ansiedad y pesadillas, conductas que fueron trabajadas dando como resultado un mejor manejo y concientización de las mismas. Se solicitó apoyo a centro de salud para recibir terapia familiar.

Caso # 7, Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, referido por abuso sexual. Al inicio del tratamiento la presentó baja autoestima, desconfianza, inseguridad, rencor, frustración, ansiedad y pesadillas. Se trabajaron estas conductas elevando niveles de autoestima, confianza y seguridad observándose mejoría en las mismas. Se le refirió a centro de salud para recibir psicoterapia familiar.

Caso # 8, Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, referido por abuso sexual. Al inicio del tratamiento presentó problemas de autoestima, fobias, desconfianza, hipoactividad, frustración, timidez, ansiedad, pesadillas y enuresis nocturna, dichas conductas se trabajaron logrando un avance en su autoestima, pesadillas y enuresis nocturna. Se le refirió a centro de salud para recibir psicoterapia familiar.

Caso # 9, Paciente de sexo femenino de 8 años de edad, referida por maltrato físico, negligencia y abandono por parte de su progenitora. Al inicio del tratamiento se mostró desconfiada, ansiosa, aislada, estas conductas fueron trabajadas obteniendo como resultado una mejoría en las mismas. Se da por concluido el caso.

Caso # 10, Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, referida por maltrato físico, negligencia y abandono por parte de su progenitora. Al inicio del tratamiento se presentó desconfianza, ansiedad y onicofagia, conductas que fueron tratadas mejorando su ansiedad y desconfianza. Se da por concluido el caso.

Lo más importante y significativo es que en todos los casos de maltrato infantil se mejoró la autoestima, los miedos y la comunicación entre padres e hijos. La psicoterapia Breve y de Emergencia favoreció a que los niños y niñas aprendieran a enfrentar el problema y poder buscar soluciones,

CAPÍTULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones

- La psicoterapia breve de emergencia minimiza síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido por su naturaleza destructora o peligrosa, en niños y niñas víctimas de maltrato infantil. Siendo así se comprueba y se acepta la hipótesis de trabajo.
- El trastorno más recurrente fue el conductual repercutiendo mayormente en la autoestima, miedo, frustración y ansiedad, seguidamente el trastorno de sueño presentado por pesadillas y por último el trastorno fisiológico presentado por enuresis, Observándose con menor incidencia los trastornos de alimentación y lenguaje.
- En la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) únicamente se corroboran las denuncias, no brindan seguimiento a los casos psicológicos, estos son referidos a la Procuraduría General de la Nación (PGN), Ministerio Público (MP) de acuerdo a la gravedad de la denuncia presentada, y en los casos en donde solamente necesitaban atención y orientación psicológica se les envía a los centros de salud aledaños y hospitales nacionales.
- La Procuraduría de los derechos Humanos no cuenta con un equipo multidisciplinario adecuado para brindar un tratamiento de modo integral en los casos denunciado.
- En Guatemala existen muchos hogares con maltrato infantil, debido a la falta de información acerca del tema, pues toman las agresiones y maltratos como algo normal dentro del hogar siendo para ellos la mejor forma de corregir a sus hijos.
- En todos los tipos de maltrato infantil que hay siempre prevalecerá el maltrato psicológico o emocional.

4.2 Recomendaciones

- A los profesionales en psicología utilizar la Psicoterapia breve de Emergencia, siendo esta una terapia que favorece al paciente y terapeuta en todo ámbito.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas que establezca enlaces con la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) para permitirles el acceso a los estudiantes a realizar practicas supervisadas.
- A la Procuraduría de los Derechos Humanos siendo una institución que vela por las prerrogativas de todo individuo, brindar dentro de su institución tratamiento psicológico a toda victima de maltrato.
- A la Procuraduría de los Derechos Humanos formar un equipo multidisciplinario para brindar un tratamiento integral en los casos denunciados
- Al Estado de Guatemala promover el desarrollo de una cultura de denuncia, y darle la misma importancia al área psicológica como se lo brindan al área legal.
- A la comunidad en general conocer cuales son los derechos constitucionales de cada individuo y así poder ayudar en el momento que ellos observen que un niño o niña esta siendo victima de cualquier tipo de maltrato.

BIBLIOGRAFIA

- Altúnez de Manolo; “Abuso sexual al menor”; México; 2004. 154 Págs.
- BELLAK M. D. Leopold y SMALL S.D. Leonard; “Psicoterapia Breve de Emergencia”; Segunda Edición; traducción Mauricio González de la Garza; México. 2004. Págs. 366
- CERESO RAMÍREZ, Fuensanto; “Conductas agresivas en la edad escolar”; Editorial Pirámide; 2007; 379 Págs.
- DE PAÚL OCHOTORENA, J. Arruabarrena Mandariaga; “Manual de protección Infantil”; Editorial Masson; Barcelona, 2006. 271 Págs.
- DE LEON, Perla; “Maltrato Infantil y sus Consecuencias Psicobiosociales”; CONACMI, Guatemala, 2003. 315 Págs.
- DÍAZ, José Luis; “Psicobiología y Conducta”; Editorial Debate; Madrid, 2002. 314 Págs.
- FLORINI, Héctor Juan; “Teoría y Técnicas de Psicoterapia”; Edición ampliada y actualizada. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 2002. Págs. 224
- GARABITO, Marco Antonio; “Denuncia Legal del Maltrato Infantil”; Magna Terra Editores; Guatemala, 2000. 123 Págs.
- GÓMEZ DE TERREROS, I; “Los profesionales de la Salud ante el Maltrato Infantil”; Editorial Comares; 2005. 168 Págs.
- HOWARD, Carmen Isabel; “Manual para la detección de casos de Maltrato a la Niñez”; CONACMI, Guatemala, 2008. 65 Págs.
- LAMBERTO, Silvio; “Maltrato Infantil”; Editorial Universidad Rivadeneira; Buenos Aires Argentina, 2006. 309 Págs.
- LEÓN, Yolanda; PECHE, Julio; “Sexo, Niño y Sociedad”; Biblioteca de Psicología; Perú, 2007. 294 Págs.
- LOREDO ABDALÁ, A.; “Maltrato al Menor”; Editorial McGraw-Hill; Madrid, 2004. 259 Págs.
- MARTÍNEZ ROIG, A; “Maltrato y Abandono en la Infancia”; Editorial Martínez Roca; Barcelona, 2003. 174 Págs.

- PINSKER, Henry; “Introducción a la Psicoterapia”; traducido por Víctor M. Arnaiz; Editorial Desclee, S.A. Bilbao. 2002. Págs. 311

- RODRIGUEZ, Vivian; “Modelos de atención con enfoque de derechos para los niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente”; CONACMI, Guatemala, 2003. 110 Págs.

Anexos

GLOSARIO

Abogado: Es aquella persona que ejerce profesionalmente la defensa jurídica de una de las partes en juicio, así como los procesos judiciales y administrativos ocasionados por ella. Además, asesora y da consejo en materias jurídicas.

Abuso Sexual: Se produce cuando un adulto usa su poder sobre un niño para llevarlo a una actividad de tipo sexual. El abusador puede engañar, amenazar o utilizar la fuerza física para convencerle u obligarle a participar en esta actividad.

Derecho: Facultad de hacer o exigir lo que la ley establece en nuestro favor.

Enfermera: Es aquella mujer u hombre que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular.

Equipo Multidisciplinario: Grupo de personas, desde una amplia gama de disciplinas, que trabajan juntos para asegurar la utilización integrada de las ciencias naturales y sociales y las artes en la planificación y la toma de decisiones para resolver un mismo problema.

Facultad: Capacidad o aptitud natural, física, o moral, que tiene la persona para hacer cosas.

Ley: Precepto dictado por la suprema autoridad, en que se manda o prohíbe una cosa.

Maltrato: Fuerza intensa e impetuosa, el abuso de la fuerza o la coacción ejercida sobre una persona para obtener satisfacción.

Maltrato Emocional o Psicológico: Se produce a través de expresiones de desprecio o de rechazo, críticas excesivas, retiro del afecto, falta de atención, insultos o mensajes destructivos como “No sirves para nada” “Eres inútil” “Tonto”, daña el autoestima o el desarrollo potencial de un niño (ley de protección Integral 2003).

Maltrato Físico: Es toda relación de poder que se ejerce con el uso de la fuerza y violencia sobre el cuerpo de la víctima, por parte del agresor, con la intención de castigar, disciplinar o educar produciendo lesiones internas/externas o ambas.

Maltrato Infantil: Son todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afectan la salud física o mental (entre ellas el maltrato físico y psicológico, el abuso y la explotación sexual, la negligencia, abandono y las injusticias de todo orden), que ejercen sobre los niños las personas responsables de su cuidado, tales como los padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general.

Maltrato por Negligencia o Abandono: Es cuando la persona o encargada del cuidado y crianza del niño no satisface sus necesidades básicas según la ley de Protección Integral 2003 (alimentación, vestido, educación atención médica), teniendo la posibilidad y los recursos necesarios para hacerlo.

Pediatra: Médico especialista en pediatría, que se ocupa de los cuidados del niño y del tratamiento de sus enfermedades.

Prerrogativa: Privilegio o derecho de que disfruta una persona.

Psicólogo(a): Persona que estudia la conducta o el comportamiento y los procesos mentales del ser humano.

Psiquiatra: Médico que evalúa y diagnostica a nivel neurológico diversas patologías.

Recepcionista: Persona que se encarga de atender al público.

Terapia: Parte de la medicina, que se ocupa del tratamiento de las enfermedades.

Terapia Breve: Método de tratamiento utilizado a corto plazo (4 a 5 sesiones) para minimizar síntomas o desadaptaciones.

Trabajadora Social: Persona que estudia la situación socioeconómica de los individuos.

Vulnerable: Se aplica a la persona, al carácter o al organismo que es débil o que puede ser dañado o afectado fácilmente porque no sabe o no puede defenderse. Que puede recibir lesión física o moralmente.

HISTORIA CLÍNICA

I. Datos Generales

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Lugar y fecha de Nacimiento: _____
Escolaridad: _____ Religión: _____
Dirección: _____

Datos de los Padres

Nombre de la Madre: _____
Edad: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____

Nombre del Padre: _____
Edad: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____

Persona Encargada de su cuidado

Nombre: _____
Edad: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____

Observaciones:

II. Motivo de Consulta

INSTITUCIONES QUE DAN APOYO A VICTIMAS DE MALTRATO INFANTIL

- ❖ Aldeas Infantiles SOS.
- ❖ Asociación Nacional contra el Maltrato Infantil (CONACMI).
- ❖ Asociación Casa Alianza.
- ❖ Defensoría de los Derechos de la Niñez, Procuraduría de derechos Humanos.
- ❖ Hospital General San Juan De Dios.
- ❖ Hospital Roosevelt.
- ❖ Ministerio Público- Oficina Atención a la víctima.
- ❖ Policía Nacional Civil- Oficina de Atención a la Víctima.
- ❖ Procuraduría General de la Nación (PGN)
- ❖ Secretaria de Bienestar Social de la Presidencia de la República de Guatemala.
- ❖ Secretaria de las Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP).
- ❖ Visión Mundial Guatemala.